



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล  
ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด  
ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

**The Effects of Continuous Support Program in Labor by Nurses  
on Pain Levels and Pain Coping Behaviors  
in Primiparous Adolescents**

เบญจมาภรณ์ ชูช่วย  
Benjamaporn Chuchuy

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Midwifery)  
Prince of Songkla University**

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อ  
ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

ผู้เขียน นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พิริยา ศุภศิริ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน  
ช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันทา ช่างนิชเศรษฐ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย)

นักศึกษา

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

**ผู้เขียน** นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย

**สาขาวิชา** พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์)

**ปีการศึกษา** 2557

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2557 คัดเลือกตามคุณลักษณะที่กำหนดจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ (2) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และ (3) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทดสอบหาความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยวิธีการสังเกตระหว่างผู้ประเมินได้ค่าเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ( $M = 2.20, SD = 0.50$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 3.56, SD = 0.65$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.28, p < .001$ ) มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ( $M = 5.84, SD = 0.68$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 7.60, SD = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.34, p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่าน ( $M = 7.88, SD = 0.60$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 9.72, SD = 0.45$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.18, p < .001$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะที่ 1 ของการคลอด

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ( $M = 10, SD = 0.00$ ) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 7.84, SD = 0.89$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.02, p < .001$ ) มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ( $M = 8.16, SD = 0.74$ ) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 5.60, SD = 0.57$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.56, p < .001$ ) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่าน ( $M = 6.56, SD = 0.65$ ) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 3.88, SD = 0.52$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.01, p < .001$ ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้นในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อช่วยให้เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

<b>Thesis Title</b>	The Effects of Continuous Support Program During Labor by Nurses on Pain Levels and Pain Coping Behaviors in Primiparous Adolescents
<b>Author</b>	Benjamaporn Chuchuy
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Midwifery)
<b>Academic Year</b>	2014

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a continuous support program during labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents. The sample comprised 50 primiparous adolescents receiving intrapartum care and delivering at a general hospital in southern Thailand during May to September 2014. Twenty five pregnant women were randomly assigned into each of the experimental and control groups. The experimental group received the continuous support program, while the control group received standard nursing care. The experimental instrument consisted of the continuous support program which was content validated by three experts. The data-collecting instruments consisted of: (1) a personal profile recording form, (2) a numeral rating scale for pain, and (3) an observation scale of pain coping behavior in labor. The reliability of the observational scale of pain coping behavior yielded a value of 0.90. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation for demographic data, and the hypotheses were tested with independent t-test.

The results showed that:

1. The experimental group which received the continuous support program during labor by nurses had the mean score of pain during the latent phase ( $M = 2.20$ ,  $SD = 0.50$ ) statistically significantly less than the control group ( $M = 3.56$ ,  $SD = 0.65$ ;  $p < .001$ ), during the active ( $M = 5.84$ ,  $SD = 0.68$ ) statistically significantly less than the control group ( $M = 7.60$ ,  $SD = 0.50$   $p < .001$ ), and during the transitional phase ( $M = 7.88$ ,  $SD = 0.60$ ) statistically significantly less than the control group ( $M = 9.72$ ,  $SD = 0.45$ ;  $p < .001$ ). The experimental group had significantly lower pain score than the control group throughout the first stage of labor.

2. The experimental group had pain coping behavior score during the latent phase ( $M = 10.0$ ,  $SD = 0.00$ ) statistically significantly more appropriate than the control group

( $M = 7.84$ ,  $SD = 0.89$ ;  $p < .001$ ), during the active phase ( $M = 8.16$ ,  $SD = 0.74$ ) statistically significantly more appropriate than the control group ( $M = 5.60$ ,  $SD = 0.57$ ;  $p < .001$ ), and during the transitional phase ( $M = 6.56$ ,  $SD = 0.65$ ) statistically significantly more appropriate than the control group ( $M = 3.88$ ,  $SD = 0.52$ ;  $p < .001$ ). The experimental group had pain coping behavior score significantly higher than the control group throughout the first stage of labor.

The results showed that the continuous support program during labor by nurses can reduce labor pain and increase pain coping behaviors among primiparous adolescents. So its use should be recommended in clinical practice in order to promote appropriate labor pain coping.



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(5)
ABSTRACT .....	(7)
กิตติกรรมประกาศ .....	(9)
สารบัญ .....	(10)
รายการตาราง .....	(12)
รายการภาพประกอบ .....	(13)
<b>บทที่ 1 บทนำ</b> .....	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดของการวิจัย .....	4
นิยามศัพท์ .....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
<b>บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง</b> .....	<b>9</b>
การคลออดและความเจ็บปวดในระยะคลออด .....	9
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลออด.....	22
การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลออด .....	32
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	<b>39</b>
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	51
ผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....	62
สรุปผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ .....	64
เอกสารอ้างอิง .....	67
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	75
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	77
ภาคผนวก ค การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ.....	78
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	81
ภาคผนวก จ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	90
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	96
ประวัติผู้เขียน.....	97

## รายการตาราง

หน้า

ตาราง 1	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ .....	53
ตาราง 2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ รายได้ การฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ด้วยสถิติทีอิสระ .....	54
ตาราง 3	เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	55
ตาราง 4	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	56
ตาราง 5	คะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	78
ตาราง 6	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	79
ตาราง 7	คะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	79
ตาราง 8	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครั้งแรกแต่ละระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	80

## รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	8
ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	49

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นมีอัตราสูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2553 วัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี 16 ล้านคนทั่วโลกมีการตั้งครรภ์และคลอดร้อยละ 11 ของประชากรทั่วโลก และร้อยละ 95 เป็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2010) สำหรับประเทศไทยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดบุตรมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งพบว่าในช่วงปี 2551-2555 มีอัตราการคลอดร้อยละ 15.51, 16.05, 16.17, 16.70 และ 16.59 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด ตามลำดับ อัตราเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 16.2 โดยมีอัตราเพิ่มจากร้อยละ 15.51 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 16.59 ในปี 2555 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นนับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์หลายประการ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกมีอัตราการตายสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการได้รับบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Kongnyuy et al., 2008; Carmen Solomon-Fears, 2013) รวมทั้งผลกระทบต่อจิตใจของผู้คลอด โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก เช่น ระยะคลอดมีการเผชิญและตอบสนองต่อการคลอดในลักษณะที่ไม่เหมาะสม มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด มีความกลัวและวิตกกังวลสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ (เขवालักษณ์และฤดี, 2550) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด (มานี, 2554) และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าปกติ (Cohen, Wang, & Nonacs, 2010) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดผลกระทบหรือปัญหาด้านต่างๆ ที่มีต่อมารดาและทารกต่อไป

การเจ็บครรภ์เป็นกลไกเริ่มต้นไปสู่การคลอด เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงซึ่งทำให้เกิดเป็นความเจ็บปวดต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดการคลอด และระดับความเจ็บปวดจะเปลี่ยนแปลงไปตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอด (Cheng, 2013) ในวัยรุ่นการตั้งครรภ์จัดว่าเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ (maturation crisis) เป็นวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Sauls, 2010) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนี้โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมตอบสนองโดยตรงเพื่อบรรเทาปวด ในด้าน

ของเสียง การเคลื่อนไหว การหายใจ ใบหน้าและคำพูด โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกซึ่งมักจะขาดประสบการณ์ ขาดทักษะการเผชิญการคลอด ขาดการเตรียมความพร้อมในการคลอด และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้คลอดด้วยรุ่นจะแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่มาก (Sauls, 2010) อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ (จิตตานันท์, 2550) กระตุ้นให้เกิดความโกรธ ก้าวร้าว แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อะอะ โวยวาย ส่งเสียงกรีดร้อง คื่นทูนทุราย กระสับกระส่ายและมักเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในขณะคลอด ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี มีผลกระทบต่อวงจรความกลัว ความวิตกกังวลและความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น (สุภาวดี, 2554) ส่งผลให้การคลอดล่าช้าและทารกมีความเสี่ยงสูง (ปิยฉัตร, 2549)

การแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอด ประสบการณ์การคลอดครั้งก่อน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม การเตรียมคลอด (Golmakani et al., 2012) และการสนับสนุนในระยะคลอด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2012; Lowdermilk & Perry, 2010) ซึ่งในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกเจ็บปวดมากจนสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองหรืออาจควบคุมตนเองไม่ได้ มักจะทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดได้น้อย ด้วยปัจจัยดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จึงต้องการดูแลสนับสนุนเป็นรายบุคคล (Sauls, 2010) ให้ผู้ดูแลใส่ใจใส่อย่างใกล้ชิดและดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด เพื่อให้สามารถปรับตัวกับสิ่งที่ต้องเผชิญขณะคลอดได้อย่างเหมาะสม (Liadou, 2012)

รูปแบบในการให้การสนับสนุนในระยะคลอดมีความสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ได้แก่ พยาบาลผดุงครรภ์ สามี เพื่อน มารดา หรือผู้ที่ได้รับการอบรม (Hodnett et al., 2012) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การได้รับการดูแลสนับสนุนในระยะคลอดจากบุคคลต่างๆ หรือจากบุคคลที่สามารถให้ความใกล้ชิดได้อย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดซึ่งเกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกขณะเจ็บครรภ์ ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญสถานการณ์ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดีขึ้น (Barrett & Stark, 2010)

ปัจจุบันพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดยังได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการเผชิญความเจ็บปวดไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ในระยะคลอดนับเป็นประสบการณ์แรกจึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดีขึ้น (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010) แต่เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีนโยบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดเฝ้าคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลโดยพยาบาลในห้องคลอดเท่านั้น และได้รับการดูแลโดยพยาบาลตลอดการคลอดเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 99

(Adam & Bianchi, 2008) จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี และจากการศึกษาพบว่าหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกร้อยละ 76.70 มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม (จิตตานันท์, 2550) เนื่องจากขาดความรู้ ประสบการณ์การคลอด การเตรียมตัวคลอดหรือได้รับการดูแลสนับสนุนไม่เพียงพอกับความต้องการ มีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า ผลลัพธ์และประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด จึงทำให้มีการศึกษารูปแบบต่างๆ ของการสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ สามารถเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีทั้งมารดาและทารกในครรภ์ (Hodnett et al., 2012)

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด โดยบุคคลหลายกลุ่ม เช่น สามี มารดา ผู้ใกล้ชิด ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด และการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสุขสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ ช่วยบรรเทาปวดและช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม (Hodnett et al., 2012) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากพยาบาลในห้องคลอดเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้การสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อช่วยให้การคลอดดำเนินไปในด้านบวก แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในห้องคลอดยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้คลอด เนื่องจากพยาบาลขาดทักษะหรือประสบการณ์ในการให้การสนับสนุน เวลาในการดูแลผู้คลอดส่วนใหญ่เป็นการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ เทคโนโลยี และการบันทึกข้อมูลต่างๆ จึงมีเวลาในการสนับสนุนการคลอดน้อย (Barrett & Stark, 2010) และไม่มีเวลาให้การสนับสนุนจากภาระงานที่ค่อนข้างมาก พยาบาลหนึ่งคนต้องดูแลผู้คลอดหลายคน (พิริยา, 2549) จึงส่งผลให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการบรรเทาความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่
2. หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง (continuous labor support) ของฮอดเน็ตและคณะ (Hodnett et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ฮอดเน็ตและคณะกล่าวว่า การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลสนับสนุนผู้คลอดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเป็นกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่ให้กับผู้คลอดในระหว่างการคลอดโดยพยาบาลและผู้ช่วยคลอด เป็นการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงคลอดโดยต้องดูแลต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของการคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ในทางบวกต่อการคลอด มีผลลัพธ์ด้านบวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดระยะเวลาคลอด แนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของฮอดเน็ต และคณะประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ (emotional support) ทำให้รู้สึกว่าได้ความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ สามารถตัดลึนใจและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) การให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ทำให้ลดความวิตกกังวล เกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (3) การสนับสนุนด้านความสบาย (comfort measures support) เป็นการดูแลความสบายทั่วไป ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และ (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ (advocacy support) เป็นการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามสิทธิที่จะได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอดครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากแนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องนี้ นำมาประยุกต์ใช้กับพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่มจนคลอด และปรับให้ตรงกับความต้องการในระยะคลอดครบทั้ง 4 ด้าน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงกว่าและมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่หรือ



ในครรภ์หลัง ส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านลบต่อการคลอด จึงต้องการการสนับสนุนที่เพียงพอและตรงกับความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยบรรเทาปวดและให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม (Hodnett et al., 2012; Liadou, 2012; Payant, Davies, graham, Peterson, & Clinch, 2008; Sauls, 2010) การดูแลสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทั้ง 4 ด้านเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบหนึ่งต่อหนึ่งตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดหรือปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งการดูแลสนับสนุนดังกล่าวมีผลดีช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีความเจ็บปวดลดลงและเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ด้านบวก จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการคลอดสำหรับพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุน 4 ด้านของฮอดเน็ตและคณะ (2012) ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย และ (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ สรุปกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพ 1

### นิยามศัพท์

โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมจากพยาบาลที่ส่งเสริมให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีการบรรเทาปวด และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดแต่ละรายจะได้รับการดูแลสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความปวดได้ตั้งแต่แรกเริ่มระยะเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ซึ่งมีกิจกรรมประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การเอาใจใส่ สร้างความไว้วางใจ การช่วยเหลือประคับ ประคองด้านจิตใจ กิจกรรมที่จัดให้ผู้คลอด เช่น อยู่เป็นเพื่อน พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย แสดงท่าทีแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร เป็นห่วงเป็นใย (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง การสอน กิจกรรมที่จัดให้ผู้คลอด เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การสอนสาธิต วิธีบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวด การแนะนำการปฏิบัติตัว (3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทั่วไป กิจกรรมที่จัดให้ผู้คลอด เช่น ช่วยเช็ดหน้าให้ดูแลความสะอาด นวดหลัง จัดท่าเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ประคบเย็นบรรเทาปวด และ (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ได้แก่ การดูแลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับความปลอดภัยจากการคลอด กิจกรรมที่จัดให้ผู้คลอด เช่น การให้โอกาสในการเลือกวิธีบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวด การติดตามสิทธิผู้คลอดที่ควรได้รับขณะคลอด ดูแลให้ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงตามระยะ

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกของผู้คลอดที่มีต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูกและการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารก ตั้งแต่ระยะปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งผู้คลอดประเมินเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม.

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด หมายถึง การแสดงออกของผู้คลอดเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวในระยะคลอด ประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดัดแปลงจากวิการ์ตัน (2548) โดยการสังเกตลักษณะการแสดงออกทั้งหมด 5 ด้าน คือ การแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกของคำพูด การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว และการแสดงออกของการหายใจ ซึ่งประเมินผู้คลอด 3 ครั้ง เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม.

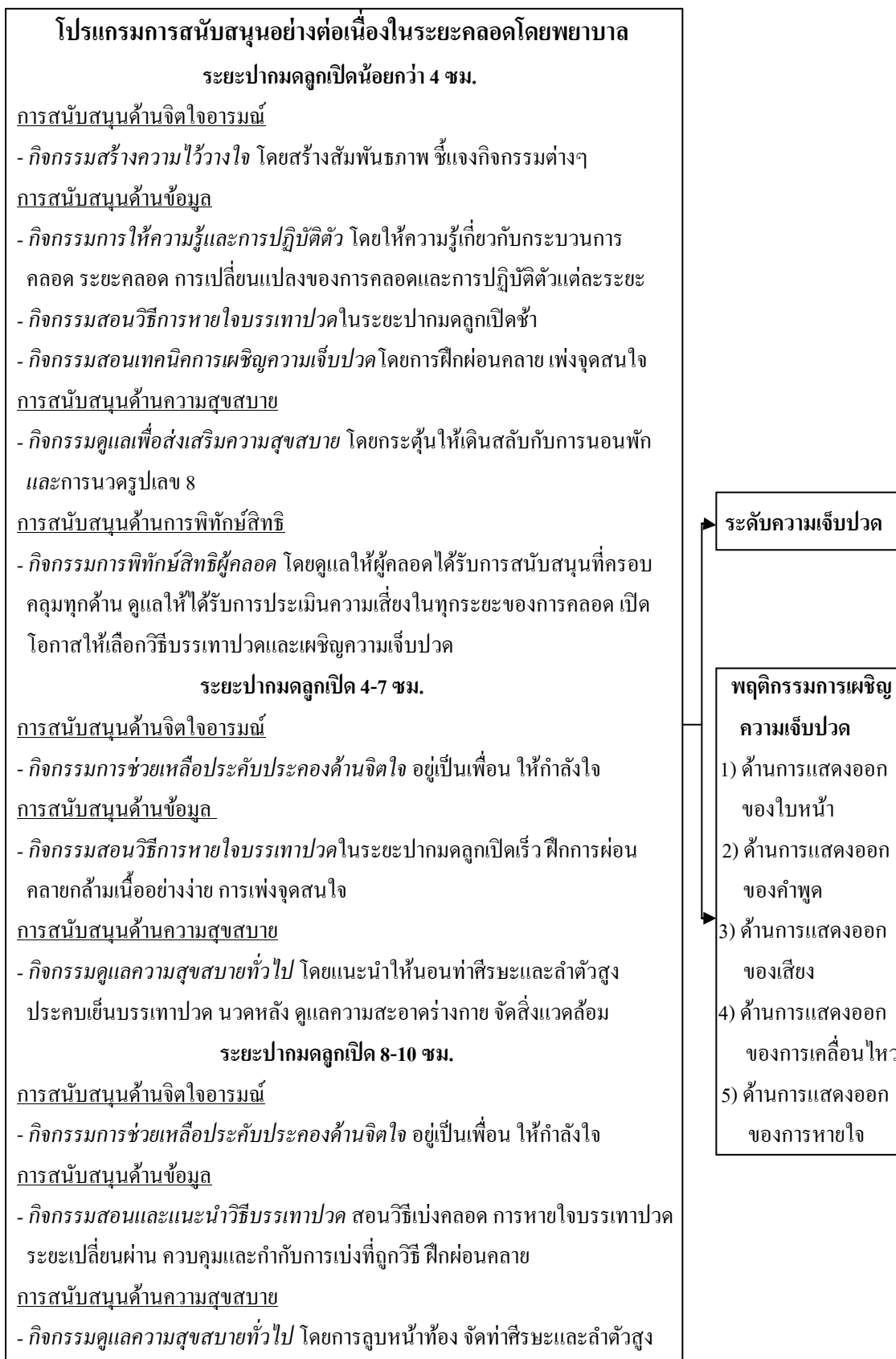
การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอดได้รับจากพยาบาลประจำห้องคลอดตั้งแต่ระยะรับใหม่จนคลอด ตามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ เช่น การให้คำแนะนำด้านต่างๆ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจภายใน จับการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ดูแลให้สารน้ำ ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ดูแลให้ได้รับการตรวจพิเศษ บอกผลการตรวจ บอกความก้าวหน้าของการคลอด และการวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ครบกำหนดและไม่มีภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มาคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2557 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 คน โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล และตัวแปรตาม คือ ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลและสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องแก่หญิงวัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอด เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ผู้วิจัยได้ศึกษา คั่นคว่า และทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. การคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.1 ความหมายของการคลอด
  - 1.2 ระยะของการคลอด
  - 1.3 ความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.4 ผลกระทบจากความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.5 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.6 การประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.7 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 2.1 แนวคิดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 2.2 การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
  - 3.1 ความหมายของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
  - 3.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
  - 3.3 แนวทางการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
  - 3.4 ผลของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

#### การคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ และก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด โดยเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มดลูกจะหดรัดตัว เกิดแรงบีบของกล้ามเนื้อมดลูก มีผลให้ปากมดลูกเปิดขยายเป็นแรงผลักดันให้ทารกและรกออกจากโพรงมดลูก ทำให้เกิดความเจ็บปวด และจะมีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองในด้านต่างๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดนี้ แต่ความเจ็บปวดจะลดลงอย่างรวดเร็ว

ทันทีที่ทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก ดังนั้น การคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องเผชิญและตอบสนองให้ได้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งผลที่ดีต่อการคลอด

### ความหมายของการคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก เยื่อหุ้มและรกออกนอกมดลูก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีทำให้มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกมีผลต่อความบางและการเปิดขยายของปากมดลูก (Cheng, 2013) กระบวนการเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด จากการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอและทำให้มีความก้าวหน้าของการคลอดตามมา (ศรีนวล, 2554) เกิดขึ้นภายหลังจากอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ (Davidson, London, & Ladewig, 2012) การคลอดปกติจะต้องมีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ มีศีรษะของทารกเป็นส่วนนำ มารดาและทารกมีภาวะสุขภาพที่ดีจนถึงสิ้นสุดระยะคลอด (Fraser & Cooper, 2012) โดยมีระยะเวลาการคลอดทั้งหมดรวมกันไม่เกิน 24 ชั่วโมง รวมทั้งไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นในระยะคลอด (สินีนาฏ, 2555) สรุปการคลอดจึงหมายถึง กระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด เพื่อขับให้ทารกที่อยู่ในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกผ่านช่องทางคลอดมาเจริญเติบโตภายนอกร่างกาย โดยเริ่มจากการหดตัวของมดลูกซึ่งทำให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูกมากขึ้น ตามระยะจนกระทั่งทารกคลอด จึงเป็นการสิ้นสุดกระบวนการคลอด

### ระยะของการคลอด

กระบวนการคลอดเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ทารกที่อยู่ในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกมาเจริญเติบโตภายนอกร่างกาย เป็นช่วงเวลาที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดอย่างมากโดยความเจ็บปวดเกิดจากการหดตัวของมดลูกและจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของการคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (สินีนาฏ, 2555; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด (the first stage of labor) เป็นกระบวนการคลอดระยะแรก เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ระยะนี้มีการหดตัวของมดลูก มีความบางของปากมดลูก 100% และมีการเปิดขยายของปากมดลูกจนถึงประมาณ 10 เซนติเมตร ในมารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 10-12 ชั่วโมง มีการเปิดขยายของปากมดลูก 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เมื่อการคลอดก้าวหน้ามากขึ้นการหดตัวของมดลูกจะนานขึ้น ถึขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เริ่มจากมีการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร มารดาครรภ์แรกระยะนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 8.6 ชั่วโมง โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และปากมดลูกมีการเปิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องช้าๆ ความแรงของการหดตัวของมดลูกอยู่ในระดับอ่อน (mild intensity) ระยะเวลาการหดตัวนาน 15-30 วินาที ห่างกัน 10-20 นาที จะมีอาการเจ็บปวด (labor pain) เกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก และอาการเจ็บปวดจะหายไป เมื่อมดลูกคลายตัวหรือไม่มีการหดตัว

1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดประมาณ 3-4 เซนติเมตรจนถึงปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร มีการเปิดของปากมดลูกอย่างรวดเร็ว มีความบางของปากมดลูกเป็น 100% มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 4.6 ชั่วโมง หากปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 1.2 เซนติเมตร/ชั่วโมง ถือว่าผิดปกติ ความแรงของการหดตัวของมดลูกอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ระยะเวลาการหดตัวนาน 40-60 วินาที ห่างกัน 2-5 นาที ระยะนี้อาการเจ็บปวดเริ่มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะมากกว่าระยะปากมดลูกเปิดช้า จากการที่มดลูกมีการหดตัวนานขึ้นและแรงขึ้น

1.3 ระยะเร่งตอนปลาย (transition phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกเป็น 100% มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 3.6 ชั่วโมง ความแรงของการหดตัวของมดลูกอยู่ในระดับแรงมากและถี่ขึ้น ระยะเวลาการหดตัวนาน 60-90 วินาที ห่างกันทุก 1.5-2 นาที ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด ระยะนี้มีการเคลื่อนต่ำของทารกเข้าสู่ช่องเชิงกรานมากขึ้นจนทำให้รู้สึกอยากเบ่งคลอด

2. ระยะที่สองของการคลอด (second stage of labor) คือเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) จนถึงทารกคลอด มดลูกจะหดตัวนาน 60-90 วินาที ถึงทุก 2-3 นาที ความรุนแรงอยู่ในระดับมากที่สุด ในครรภ์แรกใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง ระยะนี้ทารกจะเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว การคลอดจะเกิดขึ้นต้องอาศัยแรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งจากผู้คลอด

3. ระยะที่สามของการคลอด (third stage of labor) เป็นระยะของการคลอดรก โดยเริ่มตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกคลอด (ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังไม่ควรเกิน 30 นาที) ในระยะนี้มีการลอกตัวของรก เนื่องจากเมื่อทารกคลอด มดลูกลดขนาดลงอย่างรวดเร็วเนื้อที่ผนังมดลูกก็มีขนาดลดลงด้วย เกิดการดึงรั้งระหว่างพื้นที่ของรกกับพื้นที่ของผนังมดลูก ทำให้รกและกล้ามเนื้อมดลูกหนีขาดออกจากกันจึงมีเลือดไหลมารวมกันในบริเวณหลังรก ปริมาณเลือดหลังรกจะช่วยเชาเนื้อรกให้หลุดลอกออกมา จนรกลอกออกมาอย่างสมบูรณ์ เมื่อรกลอกหลุดออกมาจะยังคงค้างอยู่ในโพรงมดลูก มดลูกจะมีการหดตัวเพื่อขับเอารกจากส่วนบนของมดลูกลงมาส่วนล่าง ซึ่งเป็นการดึงรั้งเชื้อหุ้มรกให้หลุดออกมาด้วย

4. ระยะที่สี่ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะที่นับจากรกคลอดแล้วจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ร่างกายผู้คลอดเริ่มมีการปรับตัวเพื่อกลับสู่ภาวะปกติ

## ความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในกระบวนการคลอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายและความทุกข์ทรมานกับผู้คลอดเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ มีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัวและเพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวดทุกครั้งที่มีคลอดหดรัดตัว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย ความเจ็บปวดที่รุนแรงทำให้การหดรัดตัวของมดลูกผิดปกติ การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้าส่งผลให้ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจึงต้องการได้รับการบรรเทาปวดให้น้อยลงรวมทั้งให้สามารถเผชิญการคลอดได้ดี หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในระยะคลอดหรือมีการเผชิญกับความเจ็บปวดที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ รวมถึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ตามมาในระยะหลังคลอดด้วย ดังนั้น การดูแลผู้คลอดเพื่อส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความเจ็บปวดจากกระบวนการคลอดซึ่งทำให้มีการหดรัดตัวของมดลูก และเกิดการเปิดขยายของปากมดลูก อาการปวดเริ่มจากเล็กน้อยและเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งคลอด โดยกลไกการคลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี สาเหตุจากในระยะท้ายของการตั้งครรภ์หรือเมื่อใกล้คลอดออกซิโทซิน (oxytocin) และพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) จะเพิ่มขึ้น โพรเจสเตอโรน (progesterone) ลดลง เมื่อครรภ์ครบกำหนดฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) มีเพิ่มขึ้นและมีการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ออกมาเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้รกผลิตโพรเจสเตอโรนได้ช้าลงและไปกระตุ้นให้มีการปล่อยพรีเคอร์เซอร์ (precursors) ของพรอสตาแกลนดิน จากผลดังกล่าวคอร์ติซอลจึงไปลดการคลายตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและไปเพิ่มการกระตุ้นพรอสตาแกลนดินทำให้มีการหดรัดตัวของมดลูกเกิดขึ้น เพิ่มการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินและโพรเจสเตอโรนทำให้มดลูกมีการหดรัดตัวเกิดเป็นการเจ็บครรภ์

กลไกความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ความเจ็บปวดเริ่มจากเนื้อเยื่อของมดลูกและปากมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการหดรัดตัวของมดลูก เกิดการเปิดขยายของปากมดลูก (Gupta, Kumar, & Singhal, 2006) และศีรษะทารกกดทับเส้นประสาทบริเวณหลังส่วนล่างและก้นกบ (lumbo sacral plexus) โดยขณะมดลูกหดรัดตัวทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือดไปเลี้ยง (uterine hypoxia) ชั่วคราว มีการยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง ปากมดลูกมีการบางและเปิดขยาย มีการดึงรั้งของเอ็นยึดมดลูกเกิดแรงกดบนอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานและเส้นประสาทบริเวณปากมดลูก ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นที่ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด (nociceptor) ซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) และส่งพลังประสาทไปตามใยประสาท เอ เดลต้า (myelinated A. delta) และใยประสาท ซี (unmyelinated C. fiber) โดยผ่านเข้าสู่ประสาทไขสันหลังแล้วเข้าสู่สมอง โดยจะส่งสัญญาณความเจ็บปวดจากใยประสาทนำเข้า (efferent



nerve fiber) ส่งผ่านจากกลุ่มเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงมดลูกไปยังเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน เข้าสู่ประสาทไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมอง เข้าสู่ก้านสมองและเปลือกสมอง (cerebral cortex) ที่แปลความรู้สึกเจ็บปวด แล้วกระแสความรู้สึกเจ็บปวดนี้จะถูกส่งกลับมายังผิวหนังบริเวณเส้นประสาท จะมีลักษณะเป็นความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) คือมีอาการปวดแบบลึก เหมือนถูกบีบ ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกปวดหลังหรือปวดบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ และเมื่อการคลอดมีความก้าวหน้าที่ดี ระดับความเจ็บปวดเพิ่มความรุนแรงขึ้น ตำแหน่งของความเจ็บปวดจะร้าวมายังบั้นเอว หน้าท้องส่วนล่าง หน้าขาและร้าวลงขาทั้งสองข้าง (Lowdermilk & Perry, 2010)

### ผลกระทบจากความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผู้คลอดที่เข้าสู่ระยะคลอดนอกจากจะมีความรู้สึกไม่สบายแล้วความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นยังเป็นผลมาจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดผลต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ดังนี้

#### 1. ผลต่อผู้คลอด

1.1 ด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดความต้องการออกซิเจนของผู้คลอดจะเพิ่มขึ้นเพราะว่ามดลูกมีการหดตัว และในขณะเดียวกันความวิตกกังวลและความเจ็บปวดจากมดลูกหดตัวจะเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในการตอบสนองต่อการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหายใจเร็วขึ้น จะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 ถึง 20 เท่าของปกติ อาจเกิดภาวะหายใจเร็ว (hyperventilation) ทำให้เกิดภาวะต่างจากการหายใจ และมีผลให้หญิงตั้งครรภ์หายใจช้าลงกว่าปกติในระยะพัก ในขณะที่เจ็บครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 วินาทีเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ความเจ็บปวดมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เมตาบอลิซึมและการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นด้วย ผลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อโดยเพิ่มการผลิตแคทีคอลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) ทำให้กระแสโลหิตที่ไหลเวียนมายังมดลูกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกจึงทำงานผิดปกติไป (สุกัญญาและนันทพร, 2550; London et al., 2013)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับผลกระทบจากความเจ็บปวดในระยะคลอดเนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ผู้ใหญ่ ยังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ เมื่อมีการตั้งครรภ์จะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก เนื่องจากการตั้งครรภ์ในระยะ 5 ปีแรกหลังจากเริ่มมีประจำเดือนฮอร์โมนเอสโตรเจนจะทำให้ฮิพีโพฟิซีสของกระดูกปิดเร็วขึ้น กระดูกเชิงกรานมารดาจึงเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน มักเกิดร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดยาวนานอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ (สมนึก, 2551)

1.2 ด้านจิตใจ การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ของหญิงมีครรภ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความตึงเครียดและแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เกิดเป็นกลุ่มอาการของความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1984) และมีผลให้กล้ามเนื้อต่างๆ มีการหดตัวผิดปกติ ทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกมาในลักษณะไม่พึงพอใจ ผิดหวัง ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีการกระสับกระส่าย เป็นต้น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ (developmental crisis) หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดประสบการณ์หรือหญิงตั้งครรภ์แรก เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดความวิตกกังวล ความกลัว กระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดมากขึ้น จะรบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบมดลูก ทำให้มดลูกเปิดช้า เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นและยาวนานขึ้น เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้นก็จะมีอาการกลัวและความตึงเครียดมากขึ้น เกิดเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง (fear-tension-pain syndrome) ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระยะคลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางลบ (Dick-Read, 1984)

## 2. ผลต่อการคลอด

ความเจ็บปวดจากการคลอด เมื่อรุนแรงมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิคิกให้หลั่งแคททีโคลามีน คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) และอะซีทิลโคลีน ไทรอยด์ฮอร์โมน (acetylcholine thyroid hormone) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง และไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนานได้ (สุกัญญาและนันทพร, 2550) ในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกทำงานไม่ประสานกันจึงไม่มีแรงผลักดันทารกในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกมากพอที่จะทำให้เกิดการคลอด จึงเกิดความล่าช้าในการคลอด และหญิงมีครรภ์ต้องเสียพลังงานมาก ทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งไม่มีประสบการณ์คลอดมาก่อนมักจะมีการรับรู้และไวต่อความรู้สึกเจ็บปวดได้มากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว และมีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ จึงมีผลให้ระยะเวลาคลอดยาวนานและมีโอกาสในการช่วยคลอดมากขึ้นเช่นกัน

## 3. ผลต่อทารก

ในระยะคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความเจ็บปวดมากจึงส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้ โดยขณะมดลูกหดตัวเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง การส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกลดลง มีภาวะเลือดเป็นกรด ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาด

ออกซิเจนได้ ถ้าหากช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจได้รับอันตรายหรือสูญเสียจากการคลอดได้ (สุกัญญา และนันทพร, 2550; London et al., 2013)

สรุปความเจ็บปวดจากการคลอด มีผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกทำให้การหดตัวของมดลูกน้อยลง การเปิดขยายของปากมดลูกช้าเกิดการคลอดยาวนาน และส่งผลด้านจิตใจของผู้คลอด ทำให้เกิดความกดดันและทุกข์ทรมาน มีพฤติกรรมความเจ็บปวดที่ไม่ดี การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจช้าลงและเกิดการขาดออกซิเจนได้ ซึ่งปัญหาความเจ็บปวดในระยะคลอดนี้ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรหาแนวทางหรือวิธีบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ บรรเทาปวดให้กับผู้คลอด เพื่อให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม การคลอดผ่านไปได้ด้วยดี มีการดำเนินการคลอดตามปกติ เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์

### การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมี 2 วิธีหลักคือแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา วิธีการใช้นั้นเป็นบทบาทโดยตรงของสูติแพทย์ และมีข้อจำกัดคือไม่สามารถให้ยาได้ตลอดเวลาตามที่มารดาต้องการ เพราะหากให้ในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมจะเกิดผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ในปริมาณที่มากสามารถทำให้เกิดการเป็นพิษต่อมารดาได้ (systemic toxicity) ทำให้ความดันโลหิตสูง ชัก ไม่รู้สึกตัว การหายใจล้มเหลว และหัวใจทำงานล้มเหลว เป็นต้น ส่วนวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระโดยตรงของพยาบาลที่จะช่วยให้มารดาจัดการกับความเจ็บปวดในช่วงที่แพทย์ไม่สามารถให้ยากับมารดาได้ ซึ่งมีข้อดีคือไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ใช้ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ แต่มีข้อจำกัดคือมารดาต้องมีเวลาในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ จึงจะสามารถนำไปใช้ในระยะเวลาคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศศิธร, 2555 ; Adams & Bianchi, 2008) ซึ่งการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีแนวทางหรือวิธีหลากหลาย ดังนี้

1. การสนับสนุนในระยะคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ สามี หรือผู้หญิงที่ให้การช่วยเหลือ (doula) ส่งผลให้ผู้คลอดมีกระบวนการคลอดเป็นไปตามปกติ ลดความต้องการการใช้ยาระงับปวด ใช้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลงและผู้คลอดมีความพึงพอใจ (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2009) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุน ประคับประคองร่วมกับการพยาบาลตามปกติดีกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

และส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ดีตามมา (วิภารัตน์, 2548)

2. การผ่อนคลาย (relaxation) เป็นการลดปวดโดยใช้กลไกการลดตัวกระตุ้นความปวด การผ่อนคลายทุกๆ ส่วนของร่างกายในขณะที่เจ็บครรภ์มีประโยชน์ต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ และความก้าวหน้าของการคลอด ส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้สะดวก มดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้สามารถลดการรับรู้ความเจ็บปวดและมีความทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น และส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารก เช่น การผ่อนคลายด้วยการใช้เทคนิคการหายใจแบบสโล เซสท บริธชิง (slow chest breathing) คือการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ ด้วยจังหวะสม่ำเสมอ เป็นการช่วยลดความเจ็บปวดช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ในขณะมดลูกหดตัว และเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้ (Lowdermilk & Perry, 2012) การจัดสภาพแวดล้อมให้สบาย โดยมีแสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีเสียงรบกวน (ศศิธร, 2555) การลดความวิตกกังวล ความกลัวการคลอด โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การดำเนินการคลอด สุขภาพมารดาทารกที่เป็นจริง (สินีนานู, 2555) เป็นต้น

3. การสัมผัส (touch) มีผลต่อการตอบสนองของร่างกายเกี่ยวกับการลดปวดและความวิตกกังวล เมื่อร่างกายและจิตใจมีความตึงเครียด ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น การสัมผัสจะช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ช่วยเพิ่มความรู้สึกละผ่อนคลายทำให้ร่างกายมีการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งช่วยลดการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และการสัมผัสช่วยลดความต้องการยาระงับปวดในระยะคลอดได้ การสัมผัสโดยพยาบาลเพื่อการดูแลจะช่วยส่งเสริมผู้คลอดครรภ์แรกให้สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดในการคลอดได้ดีขึ้น และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกเพิ่มมากขึ้น (สินีนานู, 2555)

4. การนวด (massage) การศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดในการคลอดโดยแบ่งการวัดระดับความเจ็บปวดเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวด พบว่าทั้ง 2 กลุ่มเมื่อปากมดลูกเปิดขยายเพิ่มขึ้นจะมีระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเช่นกัน และการนวดช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงในช่วงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร และช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร แต่ไม่มีผลต่อระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์หรือผู้ที่ให้การดูแลสามารถใช้การนวดเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแก่ผู้คลอดได้ (Chang, Chen, & Huang, 2006)

5. การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง การส่งเสริมให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวหรือให้อิสระในการอยู่ในท่าต่างๆ ที่รู้สึกสบายจะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ การเคลื่อนไหว

และการเปลี่ยนท่าจะช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ลดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้ ในระยะที่ 1 ของการคลอดผู้คลอดที่อยู่ในท่านั่งและยืนจะมีการปวดท้องและหลังลดลงมากกว่า การอยู่ในท่านอนตะแคง ส่วนในระยะที่ 2 ของการคลอดผู้คลอดที่นั่งอยู่ในแนวตั้งช่วยให้มารดาปวดน้อยกว่าท่านอน หรือการอยู่ในท่านอนกึ่งศีรษะสูงจะปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนหงาย สำหรับท่าที่ผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดชอบคือท่านอนตะแคงมากกว่าท่านอนแนวตั้ง จะเห็นว่าท่าของมารดาในแนวตั้งทั้งท่านั่งหรือทำยืนช่วยลดความปวดในระยะคลอดได้ (ศศิธร, 2555)

6. การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และการฟังดนตรียังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวดด้วย (สุกัญญาและนันทพร, 2550)

7. การใช้สุคนธบำบัด เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยจากพืชหอมโดยการสูดดมเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้กลิ่นน้ำมันหอมระเหยจะถูกส่งผ่านทางเส้นประสาทรับกลิ่น (olfactory nerve) ไปยังสมองที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ต่อความปวด (ศศิธร, 2555) ในผู้คลอดที่ได้รับสุคนธบำบัดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านจะมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสุคนธบำบัด (วาริรัตน์, 2552)

8. การใช้ความร้อนและความเย็น การประคบร้อนประคบเย็นบริเวณผิวหนังช่วยในการลดปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งการใช้ความร้อนทำให้เพิ่มการทนต่อความปวดได้มากขึ้น ควรประคบที่ท้องส่วนล่าง ขาหนีบ และบริเวณฝีเย็บ ส่วนความเย็นทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทเข้า จึงทำให้ความปวดลดลง ควรประคบบริเวณหลัง ก้น และฝีเย็บ (ศศิธร, 2555)

### การประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย และความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในการคลอดนั้นมีผลต่อร่างกายและจิตใจอารมณ์ของผู้คลอด ระดับความเจ็บปวดจะมีมากขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูก และจะลดลงทันทีเมื่อสิ้นสุดการคลอด ดังนั้น ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จึงต้องการการดูแลเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดตามระยะของการคลอดและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี

การประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดทั้งความรู้สึกทางกาย ผลกระทบที่มีต่อจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งเป็นการประเมินผลของการดูแลรักษาด้วยวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวด การประเมิน

ความเจ็บปวดในการคลอดนั้นเมื่อเปลือกสมองรับรู้สัญญาณความเจ็บปวด จะส่งสัญญาณไปให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในการคลอดซึ่งสามารถประเมินได้ 3 วิธี ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physical assessment) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การมีเหงื่อออก แต่เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด จึงทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผล (พงศัการดี , 2547; Joshi, 2006)

2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินการบอกถึงความรู้สึกด้วยตนเอง (self report) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ดังนั้น การวัดที่บอกโดยตัวผู้คลอดเองอาจจะแสดงถึงปริมาณความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นที่ใกล้เคียง อย่างไรก็ตามการบอกความรู้สึกก็ยังขึ้นกับความความสามารถในการสื่อสารของบุคคล จะเป็นการให้ผู้คลอดบอกถึงความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ด้วย (Kitisumprayoonkul, Klaphajone, & Kovindha, 2006) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้วยตนเองแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ การประเมินความเจ็บปวดด้านเดียว เช่น Visual Analog Scale (VAS), Numeric Rating Scales (NRS) และการประเมินความเจ็บปวดหลายด้าน เช่น McGill's Pain Questionnaire (MPQ) เป็นต้น

2.1 มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวดด้วยสายตา (visual analog scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง จาก 0-10 เซนติเมตร ซึ่งปลายซ้ายสุดแสดงถึงไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย และปลายด้านขวาสุดแสดงถึงความถึงรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด หรือมีคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0-10 โดยอธิบายเกี่ยวกับความหมายของตัวเลขคือ 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และมีระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นจนถึงหมายเลข 10 หมายถึง ความเจ็บปวดมากที่สุด ผู้คลอดจะประเมินความเจ็บปวดโดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น โดยความเจ็บปวดจะเริ่มต้นจากซ้ายสุดเลื่อนไปทางด้านขวาจนถึงตำแหน่งที่รู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความละเอียดอ่อนในการวัดความปวดทางคลินิก อธิบายความปวดได้ดีในการวิจัย มีความถูกต้องและความเชื่อถือของเครื่องมือสูงตามการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่จะใช้ได้ยากในการวัดความเจ็บปวดที่รุนแรง (Victorian Quality Council, 2007)

2.2 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน ซึ่งกำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 โดยการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด คะแนน 10 หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุด ผู้คลอดจะประเมินความเจ็บปวดโดยการบอกตัวเลขที่แทนระดับความเจ็บปวดของตนเองในขณะนั้น ซึ่งสามารถวัดได้โดยการถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบตัวเลขหรือให้ดูระดับตัวเลขบนเส้นตรงแล้วค่อยเลือกตอบ เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย ตรงไปตรงมา และรวดเร็ว ง่ายต่อการบันทึกผล (Victorian Quality Council, 2007)

2.3 มาตรการวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (verbal rating scale) ผู้ทดลองจะเป็นผู้บอกถึงความรู้สึกเจ็บปวดขณะนั้น โดยมีระดับความรุนแรงจากน้อยไปหามาก คือ ไม่ปวด (no pain) ปวดเล็กน้อย (mild) ปวดปานกลาง (moderate) และปวดมากที่สุด (severe) (RNAO, 2002)

2.4 มาตรการวัดความเจ็บปวดด้วยการแสดงออกของใบหน้า (faces pain rating scale) ผู้ทดลองจะเป็นผู้บอกความรู้สึกจากการประเมินลักษณะสีหน้าจากรูปภาพที่สังเกต (RNAO, 2002)

2.5 แบบสอบถามความเจ็บปวดที่ประเมินได้ทั้งอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง (McGill's pain questionnaire) ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก (D'Arcy, 2007) สามารถวัดระดับความเจ็บปวด ความรู้สึกต่อความเจ็บปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดได้ เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่มีหลายมิติซึ่งมีความละเอียดมาก จึงเหมาะสำหรับการศึกษาวิจัย (Joshi, 2006) แต่ในทางปฏิบัติผู้ประเมินต้องใช้เวลา และในระยะของการทดลองที่มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ผู้ทดลองไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของตนเองได้จึงไม่สามารถทำแบบสอบถามนั้นได้

3. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกขณะเผชิญความเจ็บปวด (behavioral assessment) เป็นการวัดพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อตอบสนองความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น เช่น การใช้คำพูดที่แสดงถึงความเจ็บปวด หรือความต้องการความช่วยเหลือ การส่งเสียงหวีดร้อง หรือร้องครางเบาๆ การขมวดคิ้ว ใบหน้าเกร็งหรือบูดเบี้ยว การหายใจเร็ว เป็นต้น (พงศ์ภาวดี, 2547) เป็นวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ (Joshi, 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินความเจ็บปวดในระยะทดลองโดยผู้ทดลองตอบด้วยตนเอง (self-report) จากการใช้มาตรการวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) เนื่องจากมีความสะดวกและง่ายในการประเมิน มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในระยะทดลองซึ่งเป็นระยะที่ผู้ทดลองมีความเจ็บปวดรุนแรงและต้องการใช้น้อยในการประเมิน ง่ายต่อการบอกความรู้สึกของผู้ทดลองเพราะบอกออกมาเป็นตัวเลข วิธีการใช้เครื่องมือไม่มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและไม่เป็นการรบกวนผู้ทดลองมากเกินไป เป็นเครื่องมือวัดที่ให้คะแนนเป็นตัวเลขที่มีความไวที่ดีและตรวจสอบได้ง่ายและใช้ง่ายกว่ามาตรการวัดความเจ็บปวดชนิดที่วัดด้วยสายตา (Williamson & Hoggart, 2005) ซึ่งมาตรการวัดความเจ็บปวดชนิดที่วัดด้วยสายตานั้นผู้ทดลองจะต้องเป็นผู้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ใช้วัดความเจ็บปวดเพื่อบอกระดับความเจ็บปวดของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ทดลองรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงหากต้องให้ทำเครื่องหมายบอกระดับความปวดจะเป็นวิธีที่ยุ่งยากกว่าเมื่อเทียบกับมาตรการวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข

## ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป โดยมีผลมาจากปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากผู้คลอดได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกปัจจัยเหล่านี้ก็จะทำให้ความเจ็บปวดลดลงได้ ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

### 1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 อายุ ผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะมีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ จึงมีการรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดมากกว่า (Lowe, 2002)

1.2 ความรุนแรงและระยะเวลาการหดตัวของมดลูก ในระยะแรกของการคลอดการหดตัวของมดลูกจะไม่รุนแรง การหดตัวแต่ละครั้งจะสั้นและห่างกัน ความเจ็บปวดจึงไม่มาก (Pillitteri, 2007) เมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมามากขึ้นทำให้มีการยืดขยายของมดลูกส่วนล่างทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดมากขึ้น พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกจะมีการหดตัวของมดลูกรุนแรงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง จึงทำให้มีความเจ็บปวดรุนแรงมากกว่า (Lowdermilk & Perry, 2012)

1.3 เคยผ่านการคลอด (parity) ผู้คลอดที่ยังไม่เคยผ่านการคลอด (nulliparous) มักจะมีการรับรู้และไวต่อความรู้สึกเจ็บปวดได้มากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว (multiparous) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เข้าสู่ระยะคลอดที่มีการเปิดของปากมดลูกก่อน 5 เซนติเมตร ผู้คลอดที่ยังไม่เคยผ่านการคลอดจะมีความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าในผู้คลอดครรภ์หลัง (Lowdermilk & Perry, 2012)

1.4 ท่าของการคลอด (position) ผู้คลอดที่อยู่ในท่าศีรษะสูงจะมีระดับความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในท่านอนหงายราบ และผู้คลอดที่มีอิสระในการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าทางขณะเจ็บครรภ์จะมีความเจ็บปวดน้อยกว่า ซึ่งการอยู่ในท่าศีรษะสูงและมีการเคลื่อนไหวร่างกายจะเป็นการช่วยลดความเจ็บปวดและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อเรียบ ผู้คลอดจะสามารถควบคุมตนเองและสุขสบายมากขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2012)

1.5 ท่าของทารก (fetal position) ทารกที่มีส่วนนำไม่เหมาะสม จะทำให้การคลอดล่าช้า ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดรุนแรงและไม่สุขสบาย โดยเฉพาะท่าศีรษะทารกอยู่ทางด้านหลังจะเป็นสาเหตุการปวดหลังส่วนล่างเป็นอย่างมาก (Lowdermilk & Perry, 2012)

1.6 ขนาดของทารก (fetal size) ทารกที่มีขนาดใหญ่หรือมีน้ำหนักตัวมากจะส่งผลให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงและเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย (Lowdermilk & Perry, 2012)



## 2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 ความวิตกกังวล กลัว (anxiety and fear) ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายความเจ็บปวดในการคลอดที่สำคัญมาก (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006) ความเจ็บปวดในการคลอดทำให้ผู้คลอดมีความกลัวและวิตกกังวล หากมีความวิตกกังวลมากจะทำให้ร่างกายหลั่งแคททีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้นซึ่งจะไปกระตุ้นสมองให้รับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น และมีการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณเชิงกรานเนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลงและกล้ามเนื้อตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Lowe, 2002) เมื่อกล้ามเนื้อมดลูกมีความตึงตัวมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานจะลดลง เกิดความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าได้ (McCormick, 2009; Paterno, 2010)

2.2 การเตรียมคลอด (childbirth preparation) ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการคลอดจะมีความรู้ในเรื่องของการคลอด ความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอด ช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจ สามารถควบคุมสถานการณ์ และผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (Wee, 2005) และการใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดจากที่เคยได้รับการเตรียมคลอด เช่น การหายใจ การผ่อนคลาย เป็นต้น เป็นการปิดกั้นกลไกความเจ็บปวดจากการรับรู้ที่สมองโดยทำงานประสานกันกับกลุ่มประสาทไขสันหลังเพื่อสกัดกั้นความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006)

2.3 การสนับสนุน (support) ในระยะคลอด หากผู้คลอดรับการสนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ สามี มารดา หรือผู้ดูแล (doula) โดยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การดูแลความสบายด้านร่างกาย (comfort) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ลดการใช้ยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง คลอดเองได้ทางช่องคลอดตามปกติ ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดได้ (Hodnett et al., 2009; Lowdermilk & Perry, 2006)

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ในวัฒนธรรมที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ท่าทางหรือคำพูดได้อย่างเต็มที่มักจะมีพฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกเจ็บปวดแตกต่างกับผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมที่ต้องสำรวมกิริยา (Charlton, 2005) ซึ่งพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมจะส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ต่างกัน พยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้คลอดและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้คลอดชาวจีนมักจะไม่แสดงความเจ็บปวดในระยะคลอดออกมาเพราะมีการยอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น หรืออาจจะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยการร้องไห้อาววย กรีดเสียง ร้องครวญครางหรือทูปติดตนเองได้ถ้าหากมีสิ่งกระตุ้นที่รู้สึกเจ็บปวดเป็นครั้งแรก และมักนิยมการฝังเข็มเพื่อลดความเจ็บปวด ผู้คลอดชาวญี่ปุ่นไม่ค่อยบ่นถึงความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญขณะเจ็บครรภ์คลอด แต่เมื่อปวดมาก

มักจะขออาระงับปวดชนิดรุนแรง ส่วนผู้คลอดชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มักจะอดทนต่อความเจ็บปวดก่อนที่จะขออาระงับปวด เป็นต้น (Lowdermilk & Perry, 2006)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและรู้สึกไม่คุ้นเคยมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพ การสื่อสารที่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ล้วนมีผลให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้น้อยลง (Lowe, 2002) การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว มีแสง เสียง อุณหภูมิที่เหมาะสม มีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการมีอุปกรณ์ช่วยบรรเทาความปวด เช่น เก้าอี้ที่นั่งสบาย ลูกบอลห้องอาบน้ำ มีโทรทัศน์ มีเพลงฟัง เป็นต้น เป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายของผู้คลอดและช่วยบรรเทาปวดโดยไม่ต้องใช้ยา (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

### พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในการคลอดนั้นมีผลต่อร่างกายและจิตใจอารมณ์ของผู้คลอด ทำให้มีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อบรรเทาความปวด โดยแสดงพฤติกรรมออกทางด้านร่างกาย ความรู้สึก และอารมณ์ ในขณะที่คลอด ดังนั้น ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จึงต้องการการดูแลและส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด

### แนวคิดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

กระบวนการคลอดเกิดขึ้นโดยเริ่มจากการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดเป็นความเจ็บปวด บุคคลมักจะมีการปรับตัวให้คงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เพื่อขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ที่เกิดจากความเจ็บปวด การตอบโต้จะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง แสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท สามารถประเมินโดยสังเกตได้จากการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกในระยะคลอด ในขณะที่มดลูกมีการหดตัวประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ (Hodnett, 1996)

1. ด้านการออกเสียง (vocalizations) หมายถึง ทุกเสียงที่เปล่งออกมา ไม่เป็นภาษา หรือไม่มีความหมายในคำเหล่านั้น บอกได้ถึงขีดจำกัดของความสามารถแห่งการรับรู้ การสื่อสารกับบุคคลอื่น ซึ่งสัมพันธ์กับระดับการเจ็บครรภ์โดยการแสดงออกทางด้านนี้บ่งถึงระยะ ความ

รุนแรงและการให้ความหมายความเจ็บปวด อาการแสดงออกจะบอกถึงความเจ็บปวดอย่างรุนแรงหรือความเจ็บปวดที่ไม่คาดคิดมาก่อน

ในระยะปกมดลูกเปิดช้า (latent phase) ผู้คลอดจะมีความวิตกกังวลต่ำ การรับรู้และการเรียนรู้ต่างๆ ยังดี พฤติกรรมการออกเสียงของผู้คลอดที่เหมาะสมในระบะนี้ ได้แก่ การหัวเราะ ส่วนในระบะเร่ง (active) และระบะเปลี่ยนผ่าน (transition) การรับรู้ของผู้คลอดจะลดลง อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา ได้แก่ อาการอะอะโววายมาก กรีดร้อง การร้องครวญคราง การร้องไห้ (crying) ร้องตะโกน (groaning)

2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement) หมายถึง การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ อาการกระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าความเจ็บปวดกำลังคุกคามอยู่ สามารถบอกได้ถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรง และระบะห่างของการเจ็บครรภ์แต่ละครั้งได้ โดยบางรายอาจเคลื่อนไหวร่างกายหรือส่วนของร่างกายไม่ได้หรือการไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากความรู้สึกเจ็บปวดในบริเวณช่องท้อง (visceral pain) ส่งผลให้พฤติกรรมตอบสนอง (behavioral response) ถูกกด แต่ในบางรายอาจมีอาการตัวสั่น ยกแขนขึ้นลงไปมา ตะหรือคืบไปมา พฤติกรรมเหล่านี้ อาจจะพบได้ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์

พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมในระบะปกมดลูกเปิดช้า (latent phase) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายได้เองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น พยายามเดินไปห้องน้ำเองโดยไม่ใช้หมอนอน ส่วนในระบะเร่ง (active) และระบะเปลี่ยนผ่าน (transition) ระบะนี้การเคลื่อนไหวร่างกายต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ลดลง พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ได้แก่ มีอาการเกร็งมือและเท้าหรือมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วตัว หรือกำขอบเตียงแน่น ไม่เปลี่ยนท่าและทวนทวนในระบะเบ่งคลอด พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ อาการต่อต้าน ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือ ตะต่อหรือทำร้ายผู้อื่น

3. ด้านการควบคุมการหายใจ (respiration) การตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเจ็บปวดทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้น ปริมาณการไหลเวียนโลหิตไปสู่กล้ามเนื้อและสมองมากขึ้น มีผลให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ออกซิเจนในสมองและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้หายใจเร็วและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย โดยร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น จึงพบว่าผู้คลอดจะมมีอาการหายใจหอบ จมูกบาน หายใจเร็วกว่าปกติ ไม่สม่ำเสมอ หลอดลมขยาย เพื่อให้โลหิตได้รับออกซิเจนมากขึ้น

พฤติกรรมการควบคุมการหายใจที่เหมาะสมในระบะปกมดลูกเปิดช้า ได้แก่ การพยายามเรียนรู้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยไม่กระตุ้น ส่วนในระบะเร่ง และระบะเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมการควบคุมการหายใจที่เหมาะสม ได้แก่ การหายใจเพิ่มขึ้นสามารถ

ควบคุมการหายใจได้เป็นครั้งคราว พฤติกรรมการควบคุมการหายใจที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือ ไม่พยายามควบคุมการหายใจหรือควบคุมการหายใจไม่ได้เลย

4. การแสดงออกด้านใบหน้า (facial) เป็นอาการแสดงประการแรกที่พบได้เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวด ก่อนที่จะมีการแสดงออกทางด้านการพูดหรือการเปล่งเสียงร้อง ได้แก่ การหลับตาแน่น การเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า แสดงอาการหน้านิ่วคิ้วขมวด กัดฟัน เข้มปาก เป็นอาการแสดงซึ่งบอกได้ถึงระยะการหดตัวของมดลูกและความรุนแรงของการเจ็บครรภ์

พฤติกรรมการแสดงออกทางใบหน้าที่เหมาะสมในระยะปากมดลูกเปิดช้า ได้แก่ การขมในส่วนในระยะเร่งและระยะเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านใบหน้าที่เหมาะสม ได้แก่ ใบหน้าเกร็ง บิดเบี้ยว

5. ด้านแสดงออกด้านคำพูด (verbal) เป็นการบอกโดยตรงว่ามีอาการเจ็บปวดที่บริเวณใด ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นอย่างไรและมีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดได้อีกหรือไม่ ในระยะที่ปากมดลูกเปิดช้าผู้คลอดจะมีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวมากขึ้น

พฤติกรรมที่เหมาะสมทางด้านคำพูดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ได้แก่ พูดมากขึ้น มีการถามปัญหาต่างๆ มากขึ้น โดยการแสดงออกทางด้านคำพูดเป็นปกติ ส่วนในระยะเร่งและระยะเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านคำพูดที่เหมาะสม ได้แก่ การร้องขอความช่วยเหลือบ่อยขึ้นกว่าเดิม คำพูดที่บอกถึงความกลัว ความไม่สบาย คำพูดที่แสดงความโกรธ ก้าวร้าว ไม่พอใจ พูดหยาบคาย ซึมเศร้า ไม่พูดหรือตอบคำถามใดๆ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่ การเรียกร้องขอยุติการคลอด เพราะไม่สามารถทนต่อไปได้อีก

การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด เป็นตัวชี้บ่งถึงความต้องการการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะเจ็บครรภ์และในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล การประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้คลอด โดยสามารถนำมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม (บุญส่ง, 2551)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลไกตามธรรมชาติจะมีการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดปฏิกิริยาและตอบสนองต่อความเจ็บปวด ผู้คลอดมักจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดออกมาตามระยะของการคลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage) เริ่มตั้งแต่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ ได้แก่ (Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 1997; Oshan, 2008)

1.1 มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การขี้ม การหัวเราะ การทำกิจกรรมที่มากผิดปกติ เช่น ช่างพูด การแสดงออกทางคำพูดเป็นไปตามปกติ ถามปัญหาต่างๆ และสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว

1.2 มีความพยายามทำบทบาทอิสระของตน เช่น สามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย สงบ ไม่กระสับกระส่าย และต้องการคำบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

1.3 ความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดค่อนข้างดี สามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมที่พบว่าผู้คลอดมักแสดงออก ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว โกรธ ไม่พอใจหรือซึมเศร้า

2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่มักพบในผู้คลอดระยะนี้ ได้แก่ (Lowdermilk & Perry, 2012)

2.1 การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ผู้คลอดจะพูดน้อยลง ทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หงุดหงิดอยู่กับความก้าวหน้าในการคลอด

2.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย ร้องขอความช่วยเหลือบ่อยๆ และมากขึ้นกว่าเดิม ความสามารถที่กระทำสิ่งที่ตนต้องการลดลง

2.3 พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นถึงความตึงเครียดและความต้องการที่จะบรรเทา ลดความตึงเครียดเหล่านั้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ หน้าตาบิดเบี้ยว มีการแสดงออกของใบหน้า มือเกร็งหรือกำขบเคี้ยวไว้นแน่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง นอกจากนั้นผู้คลอดจะพักไม่ได้ ตื่นเต้น คำพูดจะแสดงให้รู้ว่าผู้คลอดมีความกลัว ไม่สุขสบาย และต้องการความช่วยเหลือ

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดบางคนที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ เกิดจากการที่ผู้คลอดมีการรับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ผิดไป เช่น มีความรู้สึกว่าตนเองถูกทิ้งเกิดความคิดฟุ้งซ่าน มีความรู้สึกถดถอย ปฏิเสธ เก็บกด ซึมเศร้า และอาจเรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดต่อไปไม่ได้อีกแล้ว แสดงอาการอะอะ โวยวายอย่างมาก

3. ระยะปากมดลูกเปิดเกือบหมดหรือระยะเปลี่ยนผ่าน (transition stage) และระยะเบ่งคลอดหรือระยะที่สองของการคลอด (second stage) ระยะนี้เป็นระยะที่มีการเจ็บปวดมากที่สุด ผู้คลอดจะพยายามเบ่งทารกออกมา มีความหุนหุนและเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Lowdermilk & Perry, 2012)

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระบะนี้ พบว่า ผู้คลอดแยกตัวและ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นลดลง อาจแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมดลูกหดตัวและเกิดความเจ็บปวด ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ลดลง

ระบะที่ 3 และระบะที่ 4 ของการคลอด ซึ่งเป็นระบะที่รกคลอดจนถึงสองชั่วโมง หลังคลอด ระบะนี้ความเจ็บปวดลดลง ความรู้สึกตึงเครียดต่างๆ ลดน้อยลง เป็นระบะที่ผ่อนคลาย หากไม่มีสถานการณ์ที่วิกฤต (situational crisis) ในการคลอด

พฤติกรรมของผู้คลอดในระบะนี้ คือ แสดงออกถึงความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัสฟังเสียงบุตรของตน ถามคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร ต้องการความมั่นใจจากบุคคลอื่น ว่าบุตรของตนเองปกติ สุขภาพแข็งแรง รวบรวมประสบการณ์การคลอดที่มีความหมายต่อตนเอง ผู้ คลอดจะถามคำถามบ่อยๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะคลอด หมกมุ่นอยู่กับ เหตุการณ์ที่ผ่านมา ทบทวนความสนใจ บางครั้งอาจแสดงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมจะทำให้การคลอดสามารถดำเนิน ไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความกลัว วิตกกังวลสูงแล้วแสดงพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิด การคลอดล่าช้า อันอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับอันตรายได้ แต่ในปัจจุบันได้มีรูปแบบใน การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระบะรอกคลอดได้เป็นอย่างดี เช่น การสนับสนุนโดยพยาบาลในระบะคลอดอย่างต่อเนื่อง (Liadou, 2012) ส่งผลให้การคลอดมี ประสิทธิภาพ มีการเผชิญความเจ็บปวดในระดับที่ดี การสนับสนุนการคลอดทางสังคมอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนระบะเบ่งคลอดจากพยาบาลช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความ เจ็บปวดในระบะคลอดได้อย่างเหมาะสม (มาณี, 2554) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดซึ่งเป็นการ ให้ข้อมูลแก่มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระบะคลอดมีผลให้มารดาวัยรุ่นแสดง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม (ปาริฉัตร, 2555) นอกจากนี้การพยาบาลแบบ สนับสนุนประคับประคองในระบะคลอดตั้งแต่ระบะที่ 1 ต่อเนื่องจนคลอดมีผลให้หญิงตั้งครรภ์มี การเผชิญความเจ็บปวดได้ดีเช่นกัน (วิภารัตน์, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระบะที่ 1 ของการ คลอด ซึ่งเป็นระบะที่ผู้คลอดมีความเจ็บปวดเริ่มจากเล็กน้อยจนกระทั่งถึงเจ็บปวดมากที่สุด การ เผชิญความเจ็บปวดในระบะคลอดของผู้คลอดมีความแตกต่างกัน การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี ส่วนผู้คลอดที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความ เหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้การคลอดล่าช้า ผลจากการศึกษาทำให้ได้แนวทางในการส่งเสริม ให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดในระบะคลอดที่ดี

## การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด สามารถประเมินได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เมื่อเกิดความเจ็บปวดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว ม่านตาขยาย เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

2. ประเมินโดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง ให้ผู้คลอดเป็นผู้บอกถึงความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ เช่น แบบสอบถามความเจ็บปวดของแมคกิลล์ (McGill's pain questionair) มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย มาตรวัดความเจ็บปวด เป็นต้น

3. ประเมินจากความเจ็บปวดโดยทางอ้อม (indirect clinical measurement of pain) ซึ่งสามารถใช้วัดหรือประเมินเพิ่มเติมได้จากลักษณะของผู้ป่วย และข้อมูลทางคลินิก 2 ประการดังนี้

3.1 การวัดหน้าที่การทำงานของระบบหายใจ เนื่องจากความเจ็บปวดที่รุนแรงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าต่างๆ ของหน้าที่การทำงานของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกได้มากที่สุดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (vital capacity) หรือ ปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าเต็มที่แล้วหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ในเวลา 1 วินาที (force expiratory volume 1=FEV<sub>1</sub>) มีหน่วยเป็นลิตร เป็นต้น

3.2 จำนวนของยาระงับปวดที่ใช้บรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความต้องการยาระงับปวดจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเจ็บปวดที่ต้องการการบรรเทาอย่างเพียงพอ ดังนั้นความรุนแรงของความเจ็บปวดสามารถประเมินได้จากความถี่ และจำนวนการใช้ยาระงับปวด

4. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกขณะเผชิญความเจ็บปวด เช่น การใช้คำพูดที่แสดงถึงความเจ็บปวดหรือต้องการความช่วยเหลือ การส่งเสียงหวีดร้อง ร้องครวญคราง ร่างกายเกร็ง คืบไปมา หน้าตาเหยง บิดเบี้ยว หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถประเมินได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด คัดแปลงต่อจากของวิภารัตน์ (2548) แบบสังเกตพฤติกรรมนี้ สามารถประเมินโดยไม่ต้องรบกวนผู้คลอด เนื่องจากในขณะที่ผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์ การรับรู้ของผู้คลอดจะแคบลง ดังนั้น จึงมีการตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์โดยมักพบว่ามีการแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม 5 ด้าน การตอบสนองต่อความเจ็บปวด สังเกตได้จากพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก ดังนี้

1. การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์ของความเจ็บปวดแทนภาษาพูด เช่น ร้องครางเบาๆ เมื่อเจ็บครรภ์ไม่นานนักหรือถ้ามีความเจ็บปวด ก็จะพูดตะคอก ร้องไห้ หัวใจร้อง อะอะ โวยวาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้น โดยอัตโนมัติ
2. การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น ถ้าเจ็บปวดมากมักพบว่าจะนอนคุดไปมา กระสับกระส่าย เกร็งกล้ามเนื้อมือเท้า กำมือแน่น เอามือลูบบริเวณที่เจ็บปวด หรือยึดเกาะเตียง ถ้าเจ็บปวดไม่มากนักก็จะนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวช้าๆ
3. การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย พบว่า หายใจหอบ จมูกบาน หายใจเร็วกว่าปกติ ไม่สม่ำเสมอ หรือขณะมดลูกหดตัวมีการกลั้นหายใจ นั่นแสดงว่าเจ็บปวดมากหรือสามารถควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอแสดงว่าเจ็บปวดไม่มาก
4. การแสดงออกของใบหน้า ดูจากดวงตาเบิกโพรง หลับตาแน่น หน้านิ้วคิ้วขมวด หน้าผากขุ่น หน้าเหยเก หน้าบิดเบี้ยว กัดฟัน กัดริมฝีปาก ใบหน้าเกร็ง เม้มปาก แสดงออกถึงความเจ็บปวดที่มากหรือใบหน้าเรียบเฉย ผ่อนคลายก็ไม่มีอาการเจ็บปวด
5. การตอบสนองทางคำพูดที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใด อย่างไร มากน้อยเพียงใด เช่น พูดอย่างหมดหวัง ซึ่งแสดงว่าไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ต่อไปอีกแล้ว หรือร้องขอความช่วยเหลือเกินความจำเป็นบ่อยๆ ผู้คลอดจะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความอดทน ภาษาที่ใช้ ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยขณะเจ็บปวด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ขณะมีความเจ็บปวดอาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เพราะมัวคิดถึงแต่ความเจ็บปวด และบริเวณที่เจ็บปวดมากกว่าจึงอาจไม่พูดเลย

### ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งปัจจัยต่างๆ นี้มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 ประวัติปวดประจำเดือน หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติปวดประจำเดือนมากอาจจะมีอาการเจ็บปวดมากขึ้นในระยะคลอดเนื่องจากออร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เพิ่มขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติปวดประจำเดือน (Lowe, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร (2551) ที่พบว่า ความเจ็บปวดจากการมีประวัติปวดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



1.2 ความเหนื่อยล้า การอดนอน การได้รับสารน้ำ อาหาร หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจเกิดจากระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง (จตุพร, 2549; สินีนาฏ, 2555; Lowdermilk et al., 2012) จึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น เอะอะโวยวาย ส่งเสียงกรีดร้อง กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

1.3 สภาพร่างกาย เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล เช่น ปากมดลูกที่แข็งเปิดขยายยาก ส่งผลต่อความถี่ ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก และความเจ็บปวดในการคลอด (จิตตานันท์, 2550; ภิญญา, 2553) ขนาดและรูปร่างของเชิงกราน ท่าของผู้คลอดหากอยู่ในท่าที่เหมาะสมจะสามารถลดความแรงในการหดตัวของมดลูก แรงกดของส่วนนำทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง (Haminton, 2009) ระดับสารเอนโดฟินในร่างกาย หากร่างกายมีการหลั่งสารดังกล่าวน้อยจะทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น รวมทั้งท่าของทารกในครรภ์ หากทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การหดตัวของมดลูกรุนแรงขึ้น ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Lowdermilk et al., 2012) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงตามมา

1.4 อายุ จากการศึกษา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยจะมีความเจ็บปวดรุนแรงเนื่องจากขาดประสบการณ์ ทำให้ทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย (Abushikha & Oweis, 2005) ผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะมีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Lowe, 2002) และมักจะมีความแข็งของปากมดลูก ฝึยแข็ง มีการยึดติดของกระดูกเชิงกราน ทำให้มีการยืดขยายได้น้อย ทารกจึงเคลื่อนลงมาได้ยาก มารดาจึงรู้สึกเจ็บปวดมาก (จิตตานันท์, 2550) ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดไม่เหมาะสม

## 2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 ความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษา มารดาครรภ์แรก พบว่า สิ่งที่มาตราดกลัวจะเกิดขึ้นในขณะคลอด ได้แก่ กลัวตนเองจะเสียชีวิต กลัวตนเองจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวทารกจะเสียชีวิต กลัวทารกจะผิดปกติ กลัวทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความกลัวทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น (ปาริฉัตร, เขียวลักษณ์, นวีวรรณ, และ วรรณ, 2555; ปิยพร, 2550; Pairman, Pincombe, Thorogood, & Tracy, 2008) และจากการศึกษาในมารดาครรภ์แรก พบว่า การตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่แต่งงานหรือมีการหย่าร้างมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของมารดา ทำให้มีความตึงเครียดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะคลอด (ปิยพร, 2550) เมื่อความเจ็บปวด ความเครียด ความกลัวเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือ

2.2 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผู้คลอดที่ยังไม่เคยผ่านการคลอด (nulliparous) มักจะมีการรับรู้และไวต่อความรู้สึกเจ็บปวดได้มากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว (multiparous) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เข้าสู่ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดขยายน้อยกว่า 5 เซนติเมตร จะมีความเจ็บปวดและต้องมีการเผชิญความเจ็บปวดที่สูงกว่าในครรภ์หลัง (Lowdermilk & Perry, 2010; Lowe, 2002) ทำให้มารดาที่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น จึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาเมื่อมีความเจ็บปวด (คาริกา, สร้อย, และวิชุดา, 2554) สำหรับผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว จากประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมาทำให้หญิงตั้งครรภ์บางราย กลัว และฝังใจหรือบางรายอาจนำประสบการณ์การคลอดมาเป็นบทเรียนในการสนองตอบต่อความเจ็บปวด

2.3 การเตรียมด้านจิตใจ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดส่งผลให้มีความเจ็บปวดมากขึ้นและทำให้การเผชิญความเจ็บปวดไม่ดี (McCormick, 2009; Paterno, 2010) การได้รับการเตรียมคลอดเป็นการเตรียมความพร้อมไปสู่การคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจ ควบคุมสถานการณ์และเผชิญการคลอดได้ดีขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2010) สำหรับมารดาที่ได้รับการเตรียมคลอดจะยอมรับว่าความเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งของการคลอดจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยการผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ และการนวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิตตานันท์, 2550; ภิญโญ, 2553) หากหญิงตั้งครรภ์ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจมาล่วงหน้า รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะสามารถแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอดได้อย่างเหมาะสม

### 3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.1 วัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาของบุคคลมีผลต่อการแสดงความเจ็บปวดที่ต่างกัน เนื่องจากในแต่ละวัฒนธรรมมีรูปแบบการปฏิบัติ การตอบสนอง และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวดในการคลอดแตกต่างกัน (Lowe, 2002) ดังนั้น ปัจจัยด้านวัฒนธรรมต้องเริ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีก่อนจึงนำไปสู่การยอมรับความเป็นตัวตนของผู้คลอด (สุกัญญาและนันทพร, 2550) เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อการเผชิญความเจ็บปวดก็ย่อมส่งผลดีตามมา

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ที่มีพื้นฐานทางสังคมที่ต่างกันจะส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกันด้วย (Lowdermilk & Perry, 2010) สังคมที่มีสถาบันครอบครัวเข้มแข็ง คอยเกื้อกูลสนับสนุนกัน จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเผชิญกับปัญหาได้ดี เช่น มารดาที่มีสามีและญาติคอยให้กำลังใจคำแนะนำต่างๆ จะสามารถปรับตัวและเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่ต้องอยู่เพียงลำพังปราศจากญาติและสามี (ปิยพร, 2550; ศศิธร, 2549) กำลังใจที่ดีช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.3 การศึกษาและอาชีพ การศึกษามีผลต่อความปวดในระยะคลอด จากการศึกษพบว่า มารดาที่มีการศึกษาน้อยมีความปวดในระยะคลอดมาก แสดงให้เห็นว่ามารดาคลอดที่มี

การศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการคิด จำแนก ประเมิน ไตร่ตรองใช้เหตุผลที่ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาค่ำ (ศศิธร, 2553) เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเองในการเผชิญต่อปัญหาได้เหมาะสม (จิตตานันท์, 2550) ในส่วนของอาชีพ พบว่า ความทนต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาแต่ละคนจะแตกต่างกันตามอาชีพ มารดาที่ทำงานเบาๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ส่วนมารดาที่ทำงานหนักๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้าและทนต่อความปวดได้ดีกว่า จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่สนองต่อความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

#### 4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างคลอด

สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งการศึกษาของศศิธร (2549) พบว่า สถานที่ที่เงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่เหมาะสม มีการระบายอากาศที่ดี ความสะอาดของร่างกาย มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดังนั้น หากจัดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่คล้ายบ้าน มีความปลอดภัยและเป็นส่วนตัว จะช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี

#### 5. การสนับสนุนในระยะคลอด

การดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้ใกล้ชิดช่วยให้หญิงวัยรุ่นแรกมีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี หากไม่ได้รับการสนับสนุนจะทำให้มีการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการคลอดได้ (Hodnett et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2010) และจากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดด้วยรูปแบบต่างๆ ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดด้วยเช่นกัน คือ

การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด คือ การอยู่ด้วยกับผู้คลอดและการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยตอบสนองความต้องการของผู้คลอดอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้คลอดเผชิญสถานการณ์ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดี มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งแผนในการสนับสนุนมีเนื้อหาครอบคลุมถึง กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเบ่งคลอด ระยะคลอดรกและระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด และการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ ขณะมดลูกหดตัว และการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่ายบริเวณที่มีการเกร็งในท่านั่ง เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดควบคุมตนเองได้มากขึ้น (มาณี, 2554)

การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด โดยมีการสนับสนุนทางการพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายปลอดภัยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดี (วิภารัตน์, 2548) และการสนับสนุนดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Hodnett et al., 2012) ซึ่งมีการสนับสนุน 4 ด้านคือการสนับสนุนด้าน

อารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญการคลอดได้ดีเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งเป็นการสนับสนุนโดยพยาบาลที่ให้กับผู้คลอด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อเนื่องจนถึงผลลัพธ์ของการคลอดต่อไป

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลต่อความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสิ้น การดูแลที่สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

### การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

#### ความหมายของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (continuous labor support) หมายถึง การดูแลสนับสนุนผู้คลอดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเป็นกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่ให้กับผู้คลอดในระหว่างการคลอดโดยพยาบาลและผู้ช่วยคลอด เป็นการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงคลอด โดยต้องดูแลต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของการคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ในทางบวกต่อการคลอด มีผลลัพธ์ด้านบวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดระยะเวลาคลอด การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสุขสบาย และด้านการพิทักษ์สิทธิ (Hodnett et al., 2012)

#### องค์ประกอบของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดมีความต้องการการสนับสนุนและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการการดูแลเป็นรายบุคคลและให้การดูแลต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด เพื่อให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจึงเป็นวิธีหนึ่งในการดูแลที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่มีผลดีต่อการคลอดมีลักษณะที่คล้ายกันสามารถสรุปได้ว่าประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การ

สนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านความสุขสบาย และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ (Hodnett et al., 2012.)

1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก ความผูกพัน การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย และเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ การให้ความจริงใจและการตั้งใจรับฟัง เป็นความรู้สึกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) การให้ข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่างๆ และข้อเท็จจริง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย (comfort measures support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายทั่วไป เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การบรรเทาปวดโดยการจัดทำ การสัมผัส การประคบร้อนเย็น และการดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการ เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ (advocacy support) หมายถึง การให้ในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ประรณหรือตัดสินใจ การให้ข้อมูลของการคลอด การเผชิญหรือเทคนิคการบรรเทาปวด การให้ความรู้ ช่วยแก้ไขความขัดแย้ง การเคารพในสิทธิของผู้คลอดเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้คลอด การให้ความเป็นส่วนตัว การปกป้องสิ่งที่ถูกต้อง และให้ความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ครอบคลุมตั้งแต่ขณะรอคลอดอย่างเพียงพอ การเคารพในความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ การดูแลให้การตัดสินใจในทุกสถานการณ์ตามความสามารถ ซึ่งเป็นความต้องการที่มาจากด้านจิตใจ

#### แนวทางการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือบุคคลตามความต้องการในสถานการณ์ต่างๆ ผู้คลอดวัยรุ่นโดยเฉพาะครรภ์แรกในระยะคลอดนับเป็นประสบการณ์แรก จึงมีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่สามารถให้ความใกล้ชิดได้อย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดีขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้แนวทางในการสนับสนุนระยะคลอดที่ตรงกับความต้องการของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านความสุขสบาย และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ (emotional support) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดวัยรุ่นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น (Fox, Halpern, Ryan, & Lowe, 2010) จึงมีความต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์อย่างมาก การให้ความใกล้ชิด ผูกพัน

ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความเชื่อใจต่อผู้ดูแล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกถึงความรัก ความเอาใจใส่ เกิดความมั่นใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นเป็นสิ่งที่ควรได้รับการใส่ใจและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้ผ่านวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี ต้องการการดูแลเป็นรายบุคคล (Sauls, 2010) และการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด (Hodnett et al., 2012) การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความปวดได้ดีขึ้น โดยปฏิบัติ ดังนี้

ในระยะแรกเริ่ม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตนเองโดยบอกชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง ให้ความเป็นกันเองกับผู้คลอดโดยชวนพูดคุย ใช้สรรพนามเรียกด้วยถ้อยคำสุภาพ

ระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะ latent phase ประเมินความเจ็บปวดและความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และให้คำชี้แจงในสิ่งที่ต้องการทราบ ตามความเหมาะสม และเป็นความจริง กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคในการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเข้าทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ เช่น การพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไม่ดูต่ำกว่ากล่าว การให้กำลังใจ แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่อยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) เป็นการสอน การอธิบาย และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดนำไปปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่ มีผลอย่างไร การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การอธิบายกระบวนการคลอดเกี่ยวกับความหมายของการคลอดปกติ กลไกการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเบ่งคลอด ระยะคลอดรก และระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก ความก้าวหน้าของการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการคลอด เพื่อทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น (Cheung & Chan, 2007) และการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ (Adams & Bianchi, 2008) จากการศึกษารูปแบบการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดตั้งแต่ระยะที่ 1 ต่อเนื่องจนคลอดซึ่งมีการสนับสนุนในการให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ตามระยะของการคลอด มีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี (วิภารัตน์, 2548)

สำหรับการให้ข้อมูลแก่หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจึงพอสรุปได้ว่าพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้โดยการบอกข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด การอธิบายแผนการรักษา บอกสิ่งที่จะให้การพยาบาลและผลการตรวจ เช่น การตรวจสภาวะของทารกในครรภ์ เป็นต้น ให้ข้อมูลในเชิงบวกที่เป็นข้อเท็จจริงและเป็นการให้กำลังใจ อธิบายเหตุผลให้ผู้คลอดด้วยรุ่นเข้าใจ ก่อนทำกิจกรรมกับผู้

คลอดเพราะหากมีแพทย์หรือพยาบาลมาตรวจหลายครั้งจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น การให้ข้อมูลจึงเป็นการสื่อสารที่เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญมากของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงครรภ์แรกวัยรุ่น นอกจากนี้ก็ควรให้ข้อมูลล่วงหน้าก่อนที่จะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง เช่น ระยะเวลาของการคลอดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง การให้การดูแลอะไรต่อไปบ้าง เป็นต้น ซึ่งหญิงครรภ์แรกวัยรุ่นต้องการที่จะรับรู้และมีเวลาทำความเข้าใจในเหตุการณ์และวิธีการดูแล (Adams & Bianchi, 2008; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

ระยะแรกรับ ให้คำแนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับสถานที่ เช่น ห้องน้ำ ห้องรอคลอด ห้องคลอดและแนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้คลอดขอความช่วยเหลือได้ตรงความต้องการ แนะนำระเบียบการเยี่ยมของญาติ แจ้งผลการตรวจให้ผู้คลอดและญาติทราบ คาดคะเนเวลาคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอด ให้ข้อมูลโดยการสอนสาธิต เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด

3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย (comfort measures support) หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีความต้องการการดูแลความสุขสบายทั่วไป เนื่องจากว่าเป็นกลุ่มผู้คลอดที่ยังไม่มีความพร้อมในการคลอดเท่าที่ควร ซึ่งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ขาดการดูแลสุขภาพและไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด มักจะทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม จึงต้องการให้มีผู้คอยช่วยเหลือในระยะคลอดเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวดได้ ต้องการให้ช่วยดูแลด้านความสุขสบายเป็นอย่างมาก (Sauls, 2010) การสนับสนุนด้านความสุขสบายทั่วไปช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกเผชิญกับความเครียด ความเจ็บปวดในขณะคลอดได้ดียิ่งขึ้น เช่น ช่วยเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น ช่วยลูบหน้าท้อง นวดหลัง จัดท่าเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เป็นต้น โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) แนะนำและกระตุ้นให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่าที่สุขสบายตามความเหมาะสม การนวดผ่อนคลายอาการปวดหลัง ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช็ดตัว เช็ดหน้า ดูแลความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ดูแลจัดเตียงให้เรียบดึงและสะอาด กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดทุกครั้งที่มีการเจ็บครรภ์เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้สุขสบายมากขึ้น ดูแลให้ผู้คลอดได้พักผ่อน และนอนหลับเท่าที่สามารถทำได้ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ (advocacy support) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดก็ต้องการการยอมรับความเป็นบุคคล การเคารพในสิทธิ การยกย่องให้เกียรติ การรับฟังและไม่ตัดสินกล่าวโทษ (Sauls, 2010) การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดเป็นความคาดหวังที่ผู้คลอดจะได้รับการพิจารณา การตัดสินใจ สิทธิของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด วิธีการเผชิญการคลอด เทคนิคการผ่อนคลาย (Payant, Davies, Graham, Peterson, & Clinch, 2008) ในระยะคลอดพยาบาลต้องการพิทักษ์ ยอมรับการตัดสินใจ และช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจเมื่อ

เกิดความขัดแย้งขึ้น (Adams & Bianchi, 2008) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่ออยู่ในระยะคลอด จะมีความเครียด ซึ่งมีผลให้การคลอดยาวนาน ทารกเครียดและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากพยาบาลเพื่อให้สามารถลดความเครียดลงได้โดยอยู่ใกล้ชิดและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การรับฟัง ซักถาม สิ่งที่ยุติงตั้งครรถ้องการ สนับสนุนการตัดสินใจ ทำให้การคลอดธรรมชาติจะเกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัยและไม่ต้องทำกิจกรรมที่เป็นความเสี่ยง การพิทักษ์สิทธิเป็นความต้องการที่ป้องกันผลลัพธ์การคลอดที่เป็นลบ (Romano & Lothian, 2008)

โดยสรุปหญิงครรภ์แรกวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการคลอดได้ไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเทียบกับผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ ผู้คลอดวัยรุ่นจึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านร่างกาย โดยเฉพาะการสนับสนุนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาในขณะระลอกคลอด การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนคลอดเป็นการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลขณะระลอกคลอดให้ครบทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้เผชิญต่อการคลอดได้อย่างเหมาะสมและมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

#### ผลของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี รับรู้ความเจ็บปวดลดลง เป็นการสร้างความมั่นใจในการคลอด เกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแล ความรู้สึกเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญและปรับตัวต่อกระบวนการคลอดได้ดี นำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกยินดีและรู้สึกมีความสามารถในการคลอด นอกจากนี้การสนับสนุนของพยาบาลในระยะคลอดยังมีประโยชน์ต่อการคลอด โดยพบว่าทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอดสูง มีความวิตกกังวลลดลง ช่วยลดความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ดีหรือในทางบวก สามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม เกิดความสุขสบาย มีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า และต้องการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010; Sauls, 2010)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนในระยะคลอดโดยการสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านความสุขสบายและการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยการให้ข้อมูลแก่มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีเนื้อหาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนเมื่อใกล้คลอด การเตรียมตัวมาคลอด



และกลไกการคลอด การปฏิบัติตนในห้องคลอด การผ่อนคลายความเจ็บปวดและการเบ่งคลอด การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยการลูบหน้าท้องและฝึกหายใจ มีผลให้มารดาวัยรุ่นมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ปาริฉัตร, 2555) การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านจิตใจอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ การกล่าวชมเชย อยู่เป็นเพื่อน เปิดโอกาสให้ซักถาม มีผลช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (บุญทวี, สมร, และอรพินธ์, 2552) การสนับสนุนการคลอดทางสังคมโดยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกได้รับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนระยะเบ่งคลอดจากพยาบาล ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในระยะต่างๆ ของการคลอด การปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้คำพูดให้กำลังใจ การสัมผัสเพื่อการดูแล และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพสบาย โดยการส่งเสริมการเปลี่ยนท่าที่รู้สึกสบาย มีผลช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่าผู้คลอดวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ (มาณี, 2554) นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อการคลอด เช่น ลดการใช้ยาบรรเทาปวด ลดอัตราการผ่าตัดคลอด ลดระยะเวลาการคลอด ลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Hodnett et al., 2012) ทำให้มีผลลัพธ์ด้านบวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจกับผู้คลอด มีการจัดการความปวดที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด (Lliadou, 2012)

จะเห็นได้ว่าการดูแลสนับสนุนในระยะคลอดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีผลต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก เป็นปัจจัยที่ช่วยในการลดความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มดลูกบีบตัวในระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้เกิดเป็นความเจ็บปวดเริ่มจากเจ็บครรภ์จริงต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดการคลอด และระดับความเจ็บปวดจะเปลี่ยนแปลงไปตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอด หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนี้โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมในด้านต่างๆ ตอบสนองโดยตรงเพื่อบรรเทาปวด ถ้าไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้

อาจกระตุ้นให้มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เอะอะโวยวาย ส่งเสียงกรี๊ด ก้าวร้าว ดิ้น  
ทุรนทุราย ส่งผลให้การคลอดล่าช้า ทารกมีความเสี่ยงสูง มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด ใน  
ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกเจ็บปวดมากจนสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง  
หรือควบคุมตนเองไม่ได้ จึงต้องการดูแลสนับสนุนอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด  
เพื่อให้สามารถปรับตัวกับสิ่งที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสม และพบว่าในขณะที่รอคลอดหญิง  
ตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลตลอดระยะคลอด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญ  
ของพยาบาลในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ควรมีแนวทาง  
สำหรับพยาบาลในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเพื่อบรรเทาปวดและส่งเสริมการการ  
เผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2557 วิธีดำเนินการวิจัยนี้ประกอบด้วย 6 ประเด็นได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ที่มาคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2557 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ได้แก่

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์
3. ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
5. ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.
6. มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง
7. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

## การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งใช้การศึกษาของวิภารัตน์ (2548) เรื่องผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน ประคับ ประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก มาคำนวณเพื่อหาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.96 (ภาคผนวก ก) และการศึกษาของมาณี (2554) เรื่องผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.89 (ภาคผนวก ก) ซึ่งสูง (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย

## เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังกล่าว ซึ่งเป็นหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยให้ผู้ช่วยวิจัยจับฉลาก 1 ครั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง 1= กลุ่มทดลอง 2= กลุ่มควบคุม เมื่อจับฉลากครั้งแรกเข้ากลุ่มใดกลุ่มตัวอย่างคนต่อมาก็จะเป็นอีกกลุ่มสลับกันจนครบ 50 ราย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดลองระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2557

### **เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)**

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการศึกษาแล้วมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ มีภาวะไม่ได้สัดส่วนระหว่างศีรษะทารกและช่องเชิงกรานหรือทารกเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการทดลองอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลที่ใช้สำหรับดูแลหญิงวัยรุ่นแรกเพื่อการคลอด เป็นกิจกรรมรายบุคคลโดยใช้สื่อ ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล มีกิจกรรมที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์-ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. (2) คู่มือสำหรับหญิงวัยรุ่นแรกในระยะคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวตามระยะของการคลอด วิธีการเผชิญความเจ็บปวดและ (3) แผ่นพับวิธีการหายใจบรรเทาปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอด โดยประยุกต์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สำหรับหญิงวัยรุ่นแรกระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของวิกตอเรีย ควอลิตี เกานซิล (Victoria Quality Council, 2007) ซึ่งเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลขและมีความต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือไม่มีความเจ็บปวดและคะแนนสูงสุดคือมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งความเจ็บปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับจากเลขจำนวนน้อยไปหาเลขจำนวนมาก การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้คลอดระบุคะแนนบนเส้นตรง ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง (self-report)

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของวิการ์ตัน (2548) มีค่าความเที่ยงของแบบสังเกต 0.82 สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกของคำพูด การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว และการแสดงออกของการหายใจ โดยแบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ช่วงคะแนนคือ 0, 1, 2 ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนตามลักษณะและการแสดงออก ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะความสามารถที่ควบคุมตนเองไม่ได้ ได้แก่ ร้องไห้เสียงดัง เอะอะโวยวาย เกร็งทั้งตัว กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบูดเบี้ยว พูดอย่างหมดหวัง ไม่สามารถทนต่อไปอีกแล้ว

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่มีลักษณะกลางๆ สามารถควบคุมตนเองได้พอสมควร ได้แก่ ร้องครางเบาๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คิ้วขมวด เม้มหรือขบริมฝีปาก บ่นถึงความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด และแผ่นพับวิธีการบรรเทาปวดในระยะคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและมีการนำไปใช้ทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างแพร่หลาย

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจำนวน 5 คนประเมิน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสังเกตไปหาค่าความเที่ยง (inter-rater reliability) จากการทดลองใช้ ผลของค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.90

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการทดลอง มีดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือดำเนินการทดลอง ณ แผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลดังกล่าว รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้กับหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองตลอดระยะเวลาของการศึกษา

1.3 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยในการสังเกตพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 ท่าน ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ได้รับการอธิบายและทำความเข้าใจแบบสังเกต ตลอดจนเต็มใจให้ความร่วมมือในการช่วยสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกจนสิ้นสุดการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยผ่านการทดลองสังเกตหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย โดยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด พร้อมทั้งหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

### 2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง มีดังนี้

ผู้วิจัยวางแผนในการทดลองโดยดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2557 ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

#### แบบแผนการวิจัย

O1	O2	O3
X	O4	O5 O6

กลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

- X หมายถึง โปรแกรมสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล
- O1 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- O2 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- O3 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- O4 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- O5 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- O6 หมายถึง คะแนนระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นตอนการ ที่แผนกห้องคลอดเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีอาการเจ็บครรภ์จริงปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ผู้วิจัยแนะนำตัว บอควัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิญชวนในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อก่อนตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบพิทักษ์สิทธิแล้ว ผู้ช่วยวิจัยจับฉลากกลุ่มตัวอย่างคนแรกเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง คนต่อไปสลับกลุ่มกันจนครบ 50 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีรายละเอียดการทดลอง ดังต่อไปนี้

#### 2.1 กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลปกติตามระยะคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวดและผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เมื่อก่อนปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม.

#### 2.2 กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลตามกิจกรรมในโปรแกรม โดยผู้วิจัยตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริงต่อเนื่องจนปากมดลูกเปิดหมด หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวดและผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรม



การเผชิญความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. โดยมีรายละเอียดการทำกิจกรรมดังนี้

ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.

การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับความเอาใจใส่ ห่วงใย มีกำลังใจ และมีความอบอุ่น ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจ ประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด โดยการแนะนำตนเอง ถามชื่อ-สกุลของผู้คลอด ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทักทายด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน สีน้ายิ้มแย้ม แสดงความเป็นมิตรและเป็นกันเอง เต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ประกอบด้วย

2.1 พุดคุยเพื่อประเมินความพร้อมต่อการคลอด ประเมินปัญหาที่ผู้คลอดสงสัย

2.2 เปิดโอกาสให้ซักถาม คอยถามอาการอยู่เสมอ ให้เวลารับฟังและระบาย

ความรู้สึ

2.3 ให้ความมั่นใจ ชื่นชม และให้กำลังใจ สัมผัสเพื่อการดูแล ด้วยท่าที่อ่อน

โยน ยิ้มแย้ม จับมือ และอยู่เป็นเพื่อนเมื่อมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวล

2.4 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดซ้ำทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลผู้ดูแลต้องให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้คลอด ระยะนี้ความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้คลอดยังดีอยู่ มีการให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิตและฝึกโดยใช้สื่อแผ่นพับ คู่มือ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้กระบวนการคลอด ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ระยะของการคลอด และการเปลี่ยนแปลงตามระยะคลอด ซักถามถึงความรู้ความเข้าใจที่ได้รับ

กิจกรรมที่ 4 การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะปากมดลูกเปิดซ้ำ ตามคู่มือสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 5 การสอนวิธีบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวด ประกอบด้วย

5.1 ให้คำแนะนำและสอนวิธีช่วยลดปวดในระยะคลอด ได้แก่ การนวดเพื่อลดปวด การอาบน้ำห้อง การหายใจเพื่อผ่อนคลาย

5.2 สอน สาธิต และฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดซ้ำ

5.3 สอน สาธิตวิธีการเผชิญความเจ็บปวดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่าง ง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง การเพ่งจุดสนใจ

การสนับสนุนด้านความสบาย เป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอด ได้รับความสบายทั่วไป (physical comfort) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การดูแลเพื่อส่งเสริมความสบาย ประกอบด้วย กระตุ้นให้เดินสลับ การนอนเป็นพักๆ และช่วยเหลือในการจัดท่านอน โดยให้นอนท่าศีรษะและลำตัวสูง (upright position) ตามความพึงพอใจของผู้คลอดโดยไม่จำกัด เช่น ยืน เดิน นั่งเอน 60 องศา โดยให้เปลี่ยน ท่าบ่อยๆ มากกว่า 2 ครั้งใน 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 7 ดูแลความสบายทั่วไป ประกอบด้วย

7.1 ดูแลใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า ลำคอ แขน ลำตัวให้รู้สึกสดชื่นขึ้น

7.2 ดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือบ้วนปากบ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มความชุ่ม ชื่นและป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ

7.3 ช่วยนวดหลัง โดยการนวดเป็นรูปเลข 8

การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอดควรได้รับ ตามสิทธิ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 8 ให้โอกาสและการตัดสินใจ ประกอบด้วย ให้โอกาสผู้คลอดในการ เลือกรับหรือตัดสินใจรับบริการ การเลือกวิธีการคลอด การเลือกวิธีบรรเทาปวดและวิธีการเผชิญความ เจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้รับความปลอดภัยจากการคลอด

กิจกรรมที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด ประกอบด้วย

9.1 ดูแลด้วยความเสมอภาค คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นบุคคล

9.2 ดูแลให้ได้รับสิทธิพื้นฐาน ได้รับการสนับสนุนครบทุกด้าน

9.3 ดูแลให้ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะที่ 1 ของการคลอด

9.4 รักษาความลับของข้อมูล

ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.

การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ระยะนี้ผู้คลอดจะเจ็บครรภ์มากขึ้น เป็นกิจกรรมที่ ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ ความห่วงใย และได้รับกำลังใจ เพื่อให้สามารถ เผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 10 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ประกอบด้วย

10.1 พุดคุยสอบถามอาการ ให้กำลังใจและชมเชย แก่ผู้คลอดในการลดความ เจ็บปวด เช่น บอกว่าการคลอดมีความก้าวหน้ามากขึ้นแล้ว ปฏิบัติตามที่สอนได้ดีมาก

10.2 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็วทุกครั้งที่มี อาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

10.3 อยู่เป็นเพื่อนดูแลใกล้ชิด แสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ

10.4 ประเมินความต้องการของผู้คลอด เปิดโอกาสให้บอกความต้องการจากพยาบาล

การสนับสนุนด้านข้อมูล ระยะนี้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น การเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้น แต่ผู้คลอดยังสามารถรับรู้ข้อมูลได้ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 11 การให้ความรู้และคำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว การบรรเทาปวด ประกอบด้วย

11.1 สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการหายใจแบบ slow chest breathing คือการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางจมูกช้าๆ ขณะมดลูกหดตัว และการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่ายบริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลงในทำนองและทำนอง

11.2 อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องกระทำ เช่น การประเมินการหดตัวของมดลูก การตรวจทางช่องคลอด และบอกผลการตรวจให้ทราบ

11.3 ฝึกวิธีการเผชิญความเจ็บปวดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง การเพ่งจุดสนใจ

การสนับสนุนด้านความสุขสบาย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลทำให้ผู้คลอดเพื่อช่วยบรรเทาปวด ได้รับความสุขสบายมากขึ้น ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 12 การดูแลความสุขสบายทั่วไป ประกอบด้วย

12.1 ประคบด้วยความเย็น บริเวณบั้นเอวจนถึงก้นกบ เป็นเวลา 20 นาที และพัก 40 นาทีแล้วเริ่มประคบใหม่ ร่วมกับกระตุ้นให้ใช้เทคนิคหายใจ

12.2 นวดบริเวณบั้นเอว และหลัง

12.3 ดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดหน้า เช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

12.4 จัดท่านอนที่เหมาะสม ใช้หมอนรองส่วนของข้อต่อ และกระดูกในบริเวณหลังและเข่า หรือจัดให้นอนท่าศีรษะและลำตัวสูง (upright position) โดยการนั่งบนเตียงสลับกับจัดท่าศีรษะและลำตัวสูง 60 องศา แนะนำให้สลับท่าบ่อยๆ ทุก 10 นาที หรือตามความต้องการของผู้คลอด

12.5 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกระตุ้นผู้คลอด เช่น แสงสว่าง เสียง เปิดแอร์ อุณหภูมิเหมาะสม

และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.

การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ระยะนี้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดมากที่สุด พยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความมั่นใจต่อการคลอดให้ผ่านไปได้อย่างดี รู้สึกปลอดภัย ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 13 การช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ ประกอบด้วย

13.1 พุดคุยสอบถามอาการ อยู่เป็นเพื่อนดูแลใกล้ชิด และให้กำลังใจ

13.2 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

การสนับสนุนด้านข้อมูล ระยะนี้การรับรู้ของผู้คลอดจะแคบลง พยายามให้ข้อมูล และสอนสั้นๆ ในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 14 การสอนและแนะนำวิธีการบรรเทาปวด ประกอบด้วย

14.1 สอนและแนะนำเทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่าน

14.2 สอน ควบคุม กำกับ วิธีเบ่งที่ถูกต้อง

14.3 ฝึกวิธีการเผชิญความเจ็บปวด โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง

การสนับสนุนด้านความสุขสบาย เป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย และบรรเทาปวด ประกอบด้วย

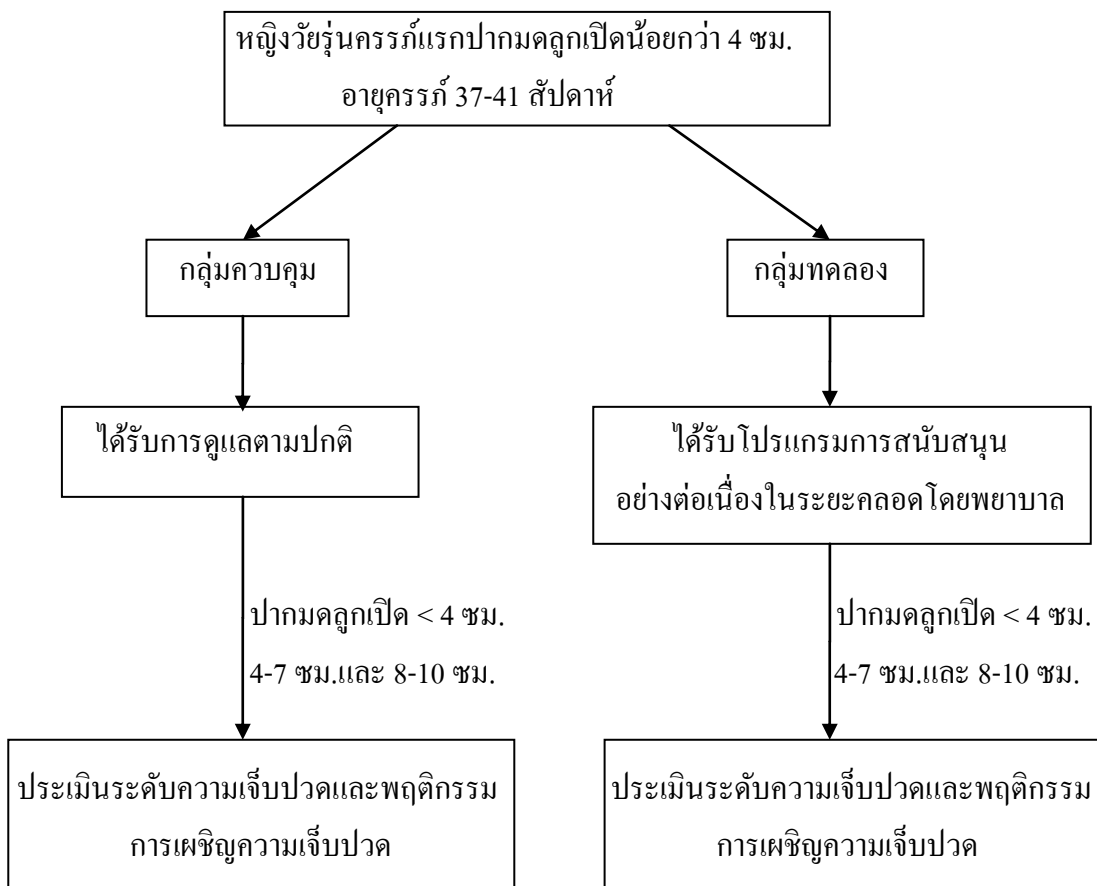
กิจกรรมที่ 15 การดูแลความสุขสบายทั่วไป ประกอบด้วย

15.1 อบอุ่นห้อง

15.2 ช่วยในการจัดทำศีรษะและลำตัวสูง โดยการนั่งบนเตียงสลับกับจัดทำศีรษะและลำตัวสูง 60 องศา แนะนำให้สลับทำบ่อยๆ ทุก 10 นาที

3. ขึ้นประเมินผล การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลนั้น ผู้วิจัยประเมินจากแบบประเมินระดับความเจ็บปวดและแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งในการทดลองนั้นประเมินโดยผู้ช่วยวิจัยและหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม.

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้อ่าน พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ดูแลให้ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมหรือการดูแลตามปกติในหน่วยงาน หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เกี่ยวข้อง และคำตอบที่ได้จากแบบบันทึกหรือแบบประเมินไม่มีการเปิดเผย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เพื่อคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Extract test) สถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ เนื่องจากก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยพบว่าคะแนนความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็น โคนิ่งปกติ (normal distribution)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2557 ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีอายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 19 ปี อายุเฉลี่ย 17.28 ปี ( $SD = 1.24$ ) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะอยู่กันโดยไม่แต่งงานร้อยละ 80 และอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 84 เมื่อตั้งครรภ์จะลาออกจากการศึกษามาอยู่กับครอบครัวสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60 แต่วัยรุ่นบางส่วนประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 28 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,000 - 20,000 บาท ข้อมูลการตั้งครรภ์พบว่ามีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7-12 สัปดาห์ร้อยละ 40 มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 44 ประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดร้อยละ 84 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตรร้อยละ 20 และไม่ตั้งใจมีบุตรร้อยละ 80

กลุ่มทดลองมีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 19 ปี อายุเฉลี่ย 17.56 ปี ( $SD = 1.35$ ) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะอยู่กันโดยไม่แต่งงานเช่นกันร้อยละ 88 และอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีร้อยละ 68 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 76 เมื่อตั้งครรภ์ลาออกจากการศึกษามาอยู่กับครอบครัวสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 68 ค่าใช้จ่ายจึงได้จากครอบครัวสามี

ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 20 ข้อมูลการตั้งครรภ์พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7-12 สัปดาห์ร้อยละ 64 มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 64 ประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด ร้อยละ 92 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตรร้อยละ 24 และไม่ตั้งใจมีบุตรร้อยละ 76

คุณลักษณะของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในด้านจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ หรือต้องการมีบุตรด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทดสอบประวัติการฝากครรภ์ด้วยสถิติของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และทดสอบระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัยด้วยสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ตาราง 1 และ 2)



ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของหญิง  
วัยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ ( $N = 50$ )

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		$\chi^2$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					N/A
คู่/สมรส	25	100	25	100	
ระดับการศึกษา <sup>a</sup>					2.87 <sup>ns</sup>
ประถมศึกษา	4	16	4	16	
มัธยมศึกษา	21	84	19	76	
อนุปริญญา	0	0	2	8	
อาชีพ <sup>a</sup>					4.96 <sup>ns</sup>
แม่บ้าน	15	60	17	68	
ทำสวน	2	8	0	0	
ค้าขาย	1	4	2	8	
รับจ้าง	7	28	5	20	
นักเรียน	0	0	1	4	
ลักษณะการอยู่อาศัย <sup>a</sup>					.99 <sup>ns</sup>
อยู่กับสามี	1	4	2	8	
ครอบครัวสามี	20	80	17	68	
ครอบครัวตนเอง	4	16	6	24	
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์					2.01 <sup>ns</sup>
ตามเกณฑ์ (4 ครั้ง)	11	44	16	64	
ไม่ตามเกณฑ์	14	56	9	36	
ประวัติการฝากครรภ์*					.74 <sup>ns</sup>
สม่ำเสมอตามนัด	21	84	23	92	
ไม่สม่ำเสมอ	4	16	2	8	
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือความต้องการมีบุตร					.12 <sup>ns</sup>
มีความตั้งใจหรือต้องการมีบุตรไม่มี	5	20	6	24	
ความตั้งใจหรือไม่ต้องการมีบุตร	20	80	19	76	

ns = non-significant

\* กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test

a = กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วย Likelihood Ratio

## ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และอายุครรภ์เมื่อมาคลอด ด้วยสถิติทีอิสระ ( $N = 50$ )

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t
	M	SD	M	SD	
อายุ (ปี)	17.28	1.24	17.56	1.36	.76 <sup>ns</sup>
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	5,960.00	1,989.14	6,960.00	3,310.08	1.29 <sup>ns</sup>
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	16.04	5.56	12.72	4.22	2.38 <sup>ns</sup>
อายุครรภ์เมื่อมาคลอด (สัปดาห์)	38.49	1.27	38.75	1.26	1.26 <sup>ns</sup>

ns = non-significant,  $p < .05$

ส่วนที่ 2 และ 3 เป็นการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ก่อนทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของคะแนนโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) ความโด่ง (kurtosis)  $\pm 3$  (Munro, 2001) พบว่า คะแนนความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมีการกระจายของข้อมูลปกติ (normal distribution) (ภาคผนวก ค) จากนั้นจึงนำคะแนนไปทดสอบทางสถิติที่ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า

ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 3.56$   $SD = 0.65$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 2.20$   $SD = 0.50$ ) ดังนั้น กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.28, p < .001$ ) ดังที่แสดงในตาราง 3

ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตรในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 7.60$   $SD = 0.50$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 5.84$   $SD = 0.68$ ) ดังนั้น กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.34, p < .001$ ) ดังที่แสดงในตาราง 3

ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 9.72$   $SD = 0.45$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ( $M = 7.88$   $SD = 0.60$ ) ดังนั้น กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.18, p < .001$ ) ดังที่แสดงในตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 50$ )

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	$M$	$SD$	คะแนนความเจ็บปวด		
				$Min - Max$	$t$	$p-value$
น้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	3.56	0.65	1-5	8.28	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	2.20	0.50			
4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	7.60	0.50	5-8	10.34	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	5.84	0.68			
8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	9.72	0.45	7-10	12.18	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	7.88	0.60			

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า

ระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 7.84$   $SD = 0.89$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 10.00$   $SD = 0.00$ )

ดังนั้น กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.02, p < .001$ ) ดังแสดงในตาราง 4

ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 5.60$   $SD = 0.57$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 8.16$   $SD = 0.74$ ) ดังนั้น กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.56, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 3.88$   $SD = 0.52$ ) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ( $M = 6.56$   $SD = 0.65$ ) ดังนั้น กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.01, p < .001$ ) ดังแสดงในตาราง 4

#### ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N=50$ )

ระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่ม	$M$	$SD$	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด		
				$Min - Max$	$t$	$p-value$
น้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	7.84	0.89	6-10	12.02	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	10	0.00			
4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	5.60	0.57	4-9	13.56	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	8.16	0.74			
8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )	3.88	0.52	3-8	16.01	0.001
	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )	6.56	0.65			

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องใน

ระยะคลอดโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

### 1. ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17.42 ปี ( $SD = 1.29$ ) และมีอายุอยู่ในช่วง 14-19 ปี เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนปลาย ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา เมื่อรู้ว่ามี การตั้งครรภ์ต้องออกจากการศึกษาอยู่กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรุตยา, ภัทรพลย์ และสมประสงค์ (2555) หรือเมื่อจบมัธยมศึกษาก็มาใช้ชีวิตคู่อยู่กับสามีไม่ศึกษาต่อ ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะอยู่กันโดยไม่แต่งงาน และอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีหรือครอบครัวของตนเอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนน้อยแยกครอบครัวออกมาอยู่กับสามีเพียงลำพัง ประกอบอาชีพบ้าง เช่น ค้าขายและรับจ้าง เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของปาริฉัตร และคณะ (2555) พบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัวของสามี หรืออยู่ร่วมครอบครัวของตนเอง บุคคลดังกล่าวจะให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนความต้องการหรือตั้งใจมีบุตรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีน้อยมาก พบว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันหรือการคุมกำเนิด การมีความรักในวัยเรียน อิทธิพลของสื่อที่ไม่เหมาะสม (ดลพัฒน์, 2555) เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์และต้องสิ้นสุดการศึกษาเพื่อทำหน้าที่เป็นมารดาต่อไป ทำให้มีผลต่อการเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤติของวัยและความไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์

### ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ซึ่งแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2009) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ที่ทั้งผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนต่างรับรู้ว่าจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้รับการสนับสนุน ผู้ให้แรงสนับสนุนต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการก่อนที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อเข้าใจตรงกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดที่ได้จากพยาบาลช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อการคลอดและมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี ดังนั้น ใน

ระยะคลอดผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญจึงเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้รับการสนับสนุนหญิงวัยรุ่นครั้งแรก ตลอดระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยมีปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม (Lowdermilk & Perry, 2010) ซึ่งการ นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดให้ สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าวจะช่วยลดความเจ็บปวดลงได้ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงต้องการผู้ที่คอย ให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการ ตอบสนองที่ตรงกับความต้องการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดสร้างเป็นโปรแกรมในการ ดูแลหญิงวัยรุ่นครั้งแรกระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้าน ความสุขสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ โดยพบว่าสามารถทำให้บรรเทาความเจ็บปวดลงได้ (Hodnett et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจอารมณ์ ด้วยการที่พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน อย่างใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด ด้วยการสร้าง สัมพันธภาพ พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกว่าได้ รับการเอาใจใส่ ทำให้เกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล (ผดุงครรภ์) ผู้ดูแล รู้สึกมีกำลังใจ อบอุ่น และผู้คลอดมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี ทั้งนี้การดูแลที่ช่วยให้ผู้ คลอดเกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลลงเป็นการช่วยตัดวงจร ความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด เมื่อผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมการ หลั่งสารเอ็นโดฟิน ช่วยลดการรับรู้ความเจ็บปวดลงได้ (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010)

อีกทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการที่พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลต่างๆ ตามระยะ คลอดและการรับรู้ของผู้คลอด ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจ กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเจ็บปวดนั้น สามารถลดความเจ็บปวดได้ เกิดการใช้ กระบวนการรับรู้ (cognitive process) ในการควบคุมระบบประสาทที่แปลตัวกระตุ้นความเจ็บปวด และขัดขวางการนำเข้าสู่ของตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ทำให้ลดหรือไม่เกิดการส่งสัญญาณประสาท ความเจ็บปวด ผู้คลอดจึงไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดหรือมีความเจ็บปวดลดลงได้ เมื่อความวิตก กังวลลดลง ความตึงเครียดทั้งร่างกายและอารมณ์ก็จะลดลง และความเจ็บปวดก็จะลดลงด้วย (Ip, Tang, & Goggins, 2009) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย โดยการที่พยาบาลช่วยดูแลด้าน ความสุขสบายต่างๆ ความสะอาด การได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนและการขับถ่ายปัสสาวะ และการบรรเทาปวดโดยการประคบเย็นทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทซ้ำจึงทำให้ความปวด ลดลง เป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย สามารถเผชิญต่อ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดได้ และการสนับสนุนด้านการ

พิทักษ์สิทธิ ด้วยการที่พยาบาลดูแลผู้คลอดให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการใน ระยะเวลาคลอดครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการให้ตรงกับสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ปรารถนา ซึ่งเป็นความต้องการที่มาจากด้านจิตใจ หรือการดูแลให้ตัดสินใจในทุกสถานการณ์ตาม ความสามารถอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เจ็บครรภ์จนคลอด ให้ความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ครอบคลุมตั้งแต่ขณะรอคลอดอย่างเพียงพอต่อเนื่องไปถึงระยะคลอด ดูแลให้ผู้คลอดได้รับการ พยาบาลตามมาตรฐานแต่ละระยะของการคลอด จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำเพื่อบรรเทาปวด และไม่เกิดผลลัพธ์การคลอดที่เป็นลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาณี (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บครรภ์และให้การ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ มีผลช่วยให้ผู้ คลอดวัยรุ่นแรกมีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง การศึกษาของปาริฉัตร (2555) ที่พบว่า การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการผ่อนคลายความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้ ระดับความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นแรกต่ำลง และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของฮอดเนทและคณะ (2012) ที่พบว่า การสนับสนุนด้านความสบาย โดยการดูแลด้านความ สะอาด สิ่งแวดล้อม การบรรเทาปวด การผ่อนคลาย และการพักผ่อน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับ ความเจ็บปวดต่ำลง รวมทั้งการศึกษาของเลียดู (2012) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลสนับสนุน อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกด้านตามสิทธิที่ควรได้รับมีผลลัพธ์ด้านบวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อ ผู้คลอด ทำให้มีการจัดการความปวดที่เหมาะสม และมีผลลัพธ์ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่ดี

2. จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ คลอดของหญิงวัยรุ่นแรก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องใน ระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

การแสดงผลพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งการ นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดให้ สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้แสดงผลพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม การประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์เพื่อการตอบสนองที่ตรงกับ ความต้องการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้าน ข้อมูล ด้านความสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ โดยพบว่าทำให้หญิงตั้งครรภ์แสดงผล พฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม (Hodnett et al., 2012) โดยพบว่า การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ด้วยการที่พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ต่อเนื่อง ไปตลอดระยะคลอด การสร้างสัมพันธภาพ พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือ

ประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีกำลังใจ อบอุ่นและและผู้คลอดมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

อีกทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูล ในระยะคลอดผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกมักรู้สึกไม่มั่นใจและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล การไม่ได้รับคำอธิบาย ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและกระบวนการคลอดว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้น การที่พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลต่างๆ ตามระยะคลอดและการรับรู้ของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดวัยรุ่นได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอด การสนับสนุนด้านความสุขสบาย การได้รับการดูแลความสุขสบายทั่วไปจากพยาบาลแต่ละระยะของการคลอด ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายผู้คลอดมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและสามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวดได้ต่อไป การที่พยาบาลผู้ดูแลด้านความสุขสบายต่างๆ จึงช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกเผชิญกับความเจ็บปวดในขณะคลอดได้ดียิ่งขึ้น และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องการการยอมรับความเป็นบุคคล ต้องการทางเลือกที่ปลอดภัยต่อการคลอด ต้องการทางเลือกในการแสดงพฤติกรรมเมื่อเจ็บปวด (Sauls, 2010) การที่พยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอด ให้โอกาสเลือกวิธีปฏิบัติ และการให้ที่ตรงกับสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการปรารถนา ช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้น และการปกป้องสิ่งที่ถูกต้อง ให้ความปลอดภัยในกระบวนการคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจตลอดการคลอด จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดผลลัพธ์การคลอดที่เป็นลบ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของมาณี (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนการคลอดด้านจิตใจอารมณ์จากพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด มีผลช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าผู้คลอดวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ การศึกษาของการศึกษาของบุญทวี และคณะ (2552) ที่พบว่า การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกด้วยการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดี และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของฮอดเนทและคณะ (2012) ที่พบว่า การสนับสนุนด้านความสุขสบาย โดยการดูแลด้านความสะอาด สิ่งแวดล้อม การบรรเทาปวด การผ่อนคลาย และการพักผ่อน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม รวมทั้งการศึกษาของเสี้ยว (2012) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกด้านตามสิทธิที่ควรได้รับ ทำให้มีการจัดการความปวดและแสดงออกที่เหมาะสม



ดังนั้น การดูแลผู้คลอดที่เป็นหญิงวัยรุ่นครั้งแรก โดยให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้านโดยพยาบาลที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนดูแลตั้งแต่ระยะแรก รับแบบต่อเนื่องตลอดการคลอด ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด สามารถเผชิญการคลอดได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมแสดงออกในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดเหมาะสมกว่ากลุ่มหญิงวัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลทำให้หญิงวัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมกว่าหญิงวัยรุ่นแรกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวด้วยหลักของการสนับสนุนการคลอดทั้ง 4 ด้านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอด ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยให้ตัดสินใจและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวด เกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ทำให้ได้รับการดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ต่อไป (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ทำให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เป็นคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้านและตรงกับความต้องการทุกระยะของการคลอด ทำให้หญิงวัยรุ่นครั้งแรกบรรเทาความเจ็บปวดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (two-group posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกอายุ 14-19 ปี ที่มาคลอดใน ห้องคลอดโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 50 ราย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลจำนวน 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 25 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดและส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยควบคุมคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาความสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความสมบูรณ์และความชัดเจนของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ใน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาปรับให้เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าใจก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบสถิติทีอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดด้วยสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

## ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดแต่ละระยะตามลำดับ ดังนี้

1.1 ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า ( $M = 2.20$   $SD = 0.50$ ) หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 3.56$   $SD = 0.65$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.28, p < .001$ )

1.2 ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า ( $M = 5.84$   $SD = 0.69$ ) หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 7.60$   $SD = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.34, p < .001$ )

1.3 ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า ( $M = 7.88$   $SD = 0.60$ ) หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 9.72$   $SD = 0.46$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.18, p < .001$ )

2. หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดแต่ละระยะตามลำดับ ดังนี้

2.1 ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า ( $M = 10.00$   $SD = 0.00$ ) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 7.84$   $SD = 0.90$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.02, p < .001$ )

2.2 ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า ( $M = 8.16$   $SD = 0.75$ ) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 5.60$   $SD = 0.58$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.56, p < .001$ )

2.3 ระยะปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร พบว่า หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า ( $M = 6.56$   $SD = 0.65$ ) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $M = 3.88$   $SD = 0.52$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.01, p < .001$ )

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า มีจุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัยดังนี้

#### จุดแข็งของการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลมีขั้นตอนและการประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์และระยะของการคลอด เป็นโปรแกรมที่ทำให้ในขณะรอคลอดไม่ต้องเตรียมผู้คลอดก่อนในขณะตั้งครรภ์ พยาบาลจึงสามารถนำไปให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อมาคลอดได้ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การคลอดสามารถดำเนินต่อไปได้ตามปกติ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

#### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับกิจกรรมการดูแลโดยพยาบาลแบบหนึ่งต่อหนึ่งอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงปากมดลูกเปิด 10 ซม. จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานพยาบาลที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษา พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลมีผลให้ผู้คลอดวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ได้เหมาะสมกว่าผู้คลอดวัยรุ่นในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมาให้บริการหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องตามมาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยกิจกรรมการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามระยะของการคลอด คือ การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ การสนับสนุนด้านความสุขสบาย การสนับสนุนด้านข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ เพื่อช่วยให้หญิงวัยรุ่นครรภ์แรกมีความเจ็บปวดลดลงและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด

### 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด โดยให้พยาบาลห้องคลอดนำโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดไปใช้ในการดูแลหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกร่วมกับการให้บริการพยาบาลตามปกติในแต่ละระยะของการคลอด เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และมีการประเมินผลการใช้เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น

### 3. ด้านการบริการ

นำผลที่ได้จากการวิจัยถ่ายทอดแก่พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดให้มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลตลอดระยะคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอกับความต้องการ และสามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่อิสระ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์หลังหรือผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยบรรเทาปวดและส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะคลอดเช่นกัน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอดระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น มารดาหรือสามีผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เพื่อนำมาปรับหรือร่วมใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ระยะเวลาคลอด ความพึงพอใจ ประสบการณ์คลอด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทุกด้านตามระยะของการคลอด

## เอกสารอ้างอิง

- จตุพร ไชยสุวรรณ. (2549). ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีวัยรุ่น. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, 241-248.
- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ฉวี เบาทรวง, และสุพิศ รุ่งเรืองศรี. (2537). ผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลพัฒน์ ยศธร. (2555). *วัยรุ่น: รักษ์ตัวตน อดทนมุ่งมั่นบากบั่นเพื่ออนาคต*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยสีวามงคล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การสูบน้ำท้อง และการนวดก้นกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.
- บุญทวี สุนทรลิมศิริศรี, สมร ภูมณสกุล, และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลรามาชิปดี*, 15(3), 361-371.
- บุญส่ง สุประดิษฐ์. (2551). *เปรียบเทียบผลการเตรียมสามีเพื่อสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดของมารดาครั้งแรกและมารดาครั้งหลังต่อความพึงพอใจของสามี และภรรยา และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของภรรยาและคะแนนแอฟการ์ด*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ซันนาท.
- ประสิทธิ์ ไหมสีเสน (2550). *ความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับความช่วยเหลือของผู้ประสบภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิในจังหวัดกระบี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-107.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-108.

- ปิยฉัตร ปธานราชฤทธิ์. (2549). *ความต้องการการสนับสนุนในระยะคลอดของผู้คลอดและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยพร นิสสัยกล้า. (2550). *ผลของการฝึกการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียด ความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการการผดุงครรภ์ขั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. (2547). *แนวคิดและทฤษฎีความปวด*. กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- พริยา สุกศรี. (2549). *การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 1-7.
- ภิญโญ เสโส. (2553). *การพัฒนารูปแบบการเตรียมมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกก่อนคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม* โรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- มานี จันทร์โสภา. (2554). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และฤดี ปุ๋งบางกะดี. (2550). *การพัฒนาศักยภาพ: การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะเสี่ยง*. การประชุมวิชาการสูติศาสตร์ครั้งที่ 5, กรุงเทพฯ, ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา สุวะจันทร์. (2551). *ความต้องการการดูแล การรับรู้พฤติกรรมดูแล และความพึงพอใจในพฤติกรรมดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วาริรัตน์ จิตติถาวร. (2552). *ผลของการนัดและสุคนธบำบัดต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



- ศรีนวล โอสถเสถียร. (2554). *คู่มือจุดเน้นทางการพยาบาลแม่-เด็กและการผดุงครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วิเจ พรินต์ติ้ง.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 3(2), 14-28.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59- 63.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2551). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2553). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. สงขลา: เค ก้อปปี.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2555). *สูติศาสตร์ระยะคลอด*. สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2549). การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด. ใน ศิริพร พงษ์โกคา, อรณัฐ เชาวน์ปรีชา, ชลดา จันทร์ขาว, และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาในระยะคลอด* (หน้า 32-43). กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊อค.
- สินีนานู หงส์ระนัย. (2555). *การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- สุกัญญา ปรีศัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด: โครงการตำรา*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี หาญวาระ. (2554). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. *วารสารการพยาบาล*, 13(1), 5-15.
- สมนึก เตชะพะโลกุล. (2551). ผลของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่โรงพยาบาลแกลง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(3), 387-392.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, คืบจาก [bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic57](https://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic57)
- อุสาห์ สุภรณ์พันธ์. (2548). *การพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- Abushaikha, L., & Oweis, A. (2005). Labor pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 33-38.
- Adams, E. D., & Bianchi A. L. (2008). A Practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 106-115.
- Barrett, S. J., & Stark, M. A. (2010). Factors associated with labor support behaviors of nurses. *Journal of Perinatal Education*, 19, 12-18.
- Birch, E. R. (1986). The experience of touch received during labor: Postpartum perceptions of therapeutic value. *Journal Nurse Midwifery*, 31, 270-276.

- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 456-464.
- Carmen Solomon-Fears. (2013). Teenage pregnancy prevention: Statistics and programs. *Congressional Research Service*, 1-19. Retrieved from <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RS20301.pdf>
- Chang, M. Y., Chen, C. H., & Huang, K. F. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *The Journal Nursing Research*, 14, 190-197.
- Charlton, J. E. (2005). Pain in pregnancy and labor. *Core curriculum for professional education in pain* (3rd ed.). Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC>.
- Cheng, Y. (2013). Normal Labor and Delivery. *Medscape*. com.
- Cheung, W., Ip, W. Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23, 123-130.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R, et al., (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 273-93.
- D'Arcy, Y. (2007). Recognizing and easing procedural pain. *American Nurse Today*, 2, 11-13.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (Eds.). (2012). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (9th ed.). Saddle River, N.J.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2012). *Survival Guide to Midwifery*: Elsevier Health Sciences. (7th ed.).
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Fox, J. K., Halpern, L. F., Ryan, J. L., & Lowe, K. A. (2010). Stressful life events and the tripartite model: Relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 33, 43-54.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2012). *Survival Guide to Midwifery*: Elsevier Health Sciences. (7th ed.).
- Golmakani, N., Hashemi, A., Bibi, M., Sajjadi, S. A., Pourjavad, & Monireh. (2012). Investigating the Factors Associated with Labor Pain and Coping Behavior. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*, 15, 36-36.

- Gupta, S., Kumar, G. S. A., & Singhal, H. (2006). Acute pain-labour analgesia. *Indain Journal of Anaesthesia*, *50*, 363-369.
- Hamilton, A. C. (2009). Pain relief and comfort in labor. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.). *Myles textbook formidwives* (14th ed., pp. 471-485). Philadephia: Churchill Livingstone.
- Hodnett, E. D. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *25*, 257-264.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2009). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, *1*. The Cochrane Collaboration. Published: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, *10*. The Cochrane Collaboration. Published: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ip, W. Y., Tang, C. S. K., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, *18*. 2125–2135.
- Joshi, M. (2006). Evaluation of pain. *Indain Journal of Anaesthesia*, *50*, 335-339.
- Kitisumprayoonkul, W., Klaphajone, J., & Kovindha, A. (2006). Thai short-form McGill pain questionnaire. *Journal of The Medical Association of Thailand*, *89*, 846-852
- Kongnyuy, E., Nana, P., Fomula, N., Wiysonge, S., Kouam, L., & Doh, A. S. (2008). Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. *Maternal Child Health Journal*, *12*, 149-154.
- 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*, 263-270.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *55*, 234–242.
- Lliadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, *6*, 385-391.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Davidson, M. C., Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2013). *Maternal & child nursing care*. (4th ed.) Upper Saddle River: Prentice hall.
- Lowdermilk, D. L. (2012). Labor and birth processes. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K.Cashion, & K. R. Alden (Eds.). *Maternity & women's health care* (10th ed., pp. 369-385). St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2010). *Maternity nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.

- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, S16-24.
- McCormick, C. (2009). The first stage of labour: Physiology and early care. In D. M. Fraser, & M. A. Cooper (Eds.). *Myles textbook for midwives* (15th ed., pp. 457-475). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- 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).
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 298-309.
- Orashan, S. A. (2008). *Maternity, newborn, and woman's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., & Tracy, S. (2008). *Midwifery preparation for practice*. Australia: El-servier.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2010). *Maternal Child Nursing Care* (4th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Paterno, M. T. (2010). Fear factor: Anxiety disorders in the intrapartum environment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 125-131.
- Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 405-414.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins 2004, 497.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (1997). Adolescent sexuality, pregnancy, and childrearing. In S.T. Reeder, L.L. Martin, & D. Koniak-Griffin (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed., pp 939). New York, Philadelphia: Lippincott.
- Registered Nurse Association of Ontario. (2002). Nursing best practice guideline shaping the future of nursing: *Assessment & management of pain supplement*. Retrieved from 11, 2009, from <http://www.rnao.org>

- Romano, A., & Lothian, J. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 94-104.
- Sauls, D. J. (2006). Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 36-41.
- Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 703-712.
- Schaffer, M. A. (2009). Social support. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed., pp. 163-187). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott, Williams & Wilkins.
- Treffers, P. E., Olukoya, A. A., Ferguson, B. J., & Liljestrand, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 75, 111-121.
- Victorian Quality Council. (2007). *Acute pain management measurement toolkit*. Retrieved from 7, 2011 from [http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/apmm\\_toolkit.pdf](http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/apmm_toolkit.pdf).
- Wahn, E. H., Post, I., & Nissen, E. (2007). A description of Swedish midwives' reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 23, 269-278.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 471-82.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17-27.
- Wee, M. (2005). How painful is labour? *Women's Health Medicine*, 2, 15-16.
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 798-804.
- World Health Organization. (2010). Adolescent pregnancy. December 6. Available from: URL: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/adolescent\\_pregnancy/en/print.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/print.html).

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ โพลิต และฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งค่า SD และ X ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่องผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก (วิภารัตน์, 2548)

การคำนวณขนาดอิทธิพล

$$ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}}$$

$\mu_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD_1^2$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

$SD_2^2$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษานี้ แทนค่าในสูตรดังนี้

$$ES = \frac{19.43 - 14.60}{\sqrt{2.34^2 + 2.27^2}/2} = \frac{4.83}{1.63}$$

$$= 2.96$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2010, P. 497) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเหลือ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย กลุ่มละ 25 ราย

และได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก (มานี, 2554)

$$ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}}$$

$\mu_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD_1^2$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

$SD_2^2$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แทนค่าในสูตรดังนี้

$$ES = \frac{6.10 - 8.62}{\sqrt{1.5^2 + 0.88^2}/2} = \frac{-2.52}{0.87}$$

$$= 2.89$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck , 2010, P. 497) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเหลือ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย กลุ่มละ 25 ราย



## ภาคผนวก ข

## ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยดิฉัน นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการปกครอง (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก โดยมี ผศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกระยะคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการคลอดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกให้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากท่านเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มที่รับโปรแกรมสนับสนุนการคลอดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการกิจกรรมสนับสนุนขณะระอคลอดเป็นรายบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่งอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล และอีกกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที ประเมินระดับความเจ็บปวดและรับการประเมินพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรมตลอดระยะเวลาเจ็บครรภ์เพื่อเก็บข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ท่านมีสิทธิที่จะถามข้อสงสัย ปฏิเสธข้อซักถามและสามารถยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม โดยผลประโยชน์จากการวิจัยเพื่อนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้บรรเทาความเจ็บปวดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ในระหว่างเข้าร่วมวิจัยหากท่านเกิดข้อสงสัยใดๆ สามารถที่จะสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือ ประสงค์จะไม่ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือครั้งนี้

.....

.....

.....

(นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัย

(วัน/เดือน/ปี).....

(วัน/เดือน/ปี).....

## ภาคผนวก ค

## การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน $\pm 3$  นั่นคือข้อมูลกระจายไปตามปกติ (Normal distribution)

ตาราง 5

คะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(N = 50)

คะแนนความเจ็บปวด		Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม	.74	1.60	-.35	-.39
	กลุ่มทดลอง	.44	.96	.49	.54
ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม	-.44	-.96	-1.98	-2.2
	กลุ่มทดลอง	.22	.48	-.73	-.81
ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม	-1.04	-2.26	-1.00	-1.11
	กลุ่มทดลอง	.03	.65	.02	.02

SE ของ Skewness = .46 Kurtosis = .90

สูตรคำนวณ Z-value =  $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

ตาราง 6

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นแรกแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 50)

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด		Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.	กลุ่มควบคุม	-.39	-.85	-1.06	-1.18
	กลุ่มทดลอง				
ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	กลุ่มควบคุม	-1.13	-2.46	.44	.49
	กลุ่มทดลอง	-.27	-.59	-1.08	-1.2
ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	กลุ่มควบคุม	-.18	-.40	.89	.99
	กลุ่มทดลอง	.75	1.63	-.35	-.39

SE ของ Skewness = .46 Kurtosis = .90

$$\text{สูตรคำนวณ Z-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

ตาราง 7

คะแนนความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นแรกแต่ละระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 50)

คะแนนความเจ็บปวด	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.	.42	1.23	-.34	-.52
ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	-.24	-.71	-1.19	-1.80
ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	-.21	-.62	-1.30	-1.97

SE ของ Skewness = .34 Kurtosis = .66

$$\text{สูตรคำนวณ Z-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

ตาราง 8

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงวัยรุ่นแรกแต่ละระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N=50$ )

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวด	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ชม.	-.67	-1.97	-1.04	-1.57
ปากมดลูกเปิด 4-7ชม.	.09	.26	-1.23	-1.86
ปากมดลูกเปิด 8-10ชม.	.12	.35	-1.31	-1.98

SE ของ Skewness = .34 Kurtosis = .66

สูตรคำนวณ Z-value =  $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

## ภาคผนวก ง

## เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

## โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์

สถานที่ ห้องคลอด โรงพยาบาลจังหวัดกระบี่

ผู้จัดทำ/ผู้นำ นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด
2. เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดและผู้คลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญ

ความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

## โปรแกรมการสนับสนุน ใช้สื่อประกอบด้วย

1. โปรแกรมสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการสนับสนุนการคลอดที่ต้องให้กับหญิงตั้งครรภ์
2. คู่มือสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์คลอด
3. แผ่นพับเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวดในระยะคลอด

# โปรแกรม

## การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

### สำหรับพยาบาล



จัดทำโดย

นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย นักศึกษาปริญญาโท สาขาผดุงครรภ์

ผศ.ดร.สุนันทา ชัยวณิชเศรษฐและดร.วรางดณา ชัยเวช อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย

## คำนำ

โปรแกรม “การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด” สำหรับพยาบาลเป็นกิจกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด จัดทำขึ้นภายใต้การทำวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตลอดระยะคลอด บทบาทในการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี สาระสำคัญประกอบด้วยโปรแกรมกิจกรรมการสนับสนุนการคลอดที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามช่วงระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสุขสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ หวังว่าโปรแกรม “การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด” นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1 ของคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตรงกับความ ต้องการ มีประสบการณ์คลอดที่ดี และมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีทั้งมารดาและทารกในครรภ์

กุมภาพันธ์ 2557

## โปรแกรมสนับสนุนการคลอด

โปรแกรมสนับสนุนการคลอดสำหรับพยาบาลเป็นกิจกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อช่วยบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก ส่งผลให้การคลอดมีผลลัพธ์ที่ดี สำคัญประกอบด้วยโปรแกรมกิจกรรมสนับสนุนการคลอดที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามช่วงระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสบายและด้านการพิทักษ์สิทธิ ในระยะเจ็บครรภ์จริง- ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตรงกับความต้องการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องไปตลอดระยะที่ 1 ของคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์คลอดที่ดี และมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีรายละเอียดโปรแกรมดังนี้

*ระยะเจ็บครรภ์จริง-ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.*

**1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์** เป็นกิจกรรมที่สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับความเอาใจใส่ มีกำลังใจ และมีความอบอุ่น ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างความไว้วางใจ ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย

สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด โดยการแนะนำตนเอง ถามชื่อ-สกุลของผู้คลอด ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทักทาย ด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน สีหน้ายิ้มแย้ม แสดงความเป็นมิตรและเป็นกันเอง เต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออยู่เป็นเพื่อนเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที ประกอบด้วย

2.1 พุดคุยเพื่อประเมินความพร้อมต่อการคลอด ประเมินปัญหาที่ผู้คลอดสงสัย

2.2 เปิดโอกาสให้ซักถาม คอยถามอาการอยู่เสมอ ให้เวลารับฟังและระบาย

ความรู้สึก

2.3 ให้ความมั่นใจ ชื่นชม และให้กำลังใจ สัมผัสเพื่อการดูแล ด้วยท่าที่ อ่อนโยน ยิ้มแย้ม จับมือ และอยู่เป็นเพื่อนเมื่อมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวล

2.4 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเข้าทุกครั้งที่มีการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- บอกผู้คลอดทุกครั้งที่จะให้การพยาบาล

- ประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะ



2. การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลผู้ดูแลต้องให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้คลอด ระยะเวลาและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้คลอดยังดีอยู่ มีการให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิตและฝึกโดยใช้สื่อแผ่นพับ คู่มือ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้กระบวนการคลอด ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ระยะของการคลอด และการเปลี่ยนแปลงตามระยะคลอด ชักถามถึงความรู้ความเข้าใจที่ได้รับ

กิจกรรมที่ 4 การให้คำแนะนำ และการปฏิบัติตัว ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะปากมดลูกเปิดช้า ตามคู่มือสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 5 การสอนวิธีบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวด ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วย

5.1 ให้คำแนะนำและสอนวิธีช่วยลดปวดในระยะคลอด ได้แก่ การนวดเพื่อลดปวด การอาบน้ำห้อง การหายใจเพื่อผ่อนคลาย

5.2 สอน สาธิต และฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า

5.3 สอน สาธิตวิธีการเผชิญความเจ็บปวดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง การเพ่งจุดสนใจ ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ประมุขนิเทศให้ผู้คลอดรับทราบถึงสถานที่ กฎระเบียบการเฝ้าคลอด เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรทางการพยาบาลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ

- ชักประวัติเจ็บครรภ์จริง น้ำเดิน มูกเลือด ภาวะผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนมารพ.

- ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าห้อง และประเมินภาวะจิตสังคม

- ตรวจภายใน

- ฟังเสียงหัวใจเด็ก

- ประเมินปัญหา

- บอกความก้าวหน้าของการคลอด

3. การสนับสนุนด้านความสบาย เป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสบายทั่วไป (physical comfort) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การจัดทำเพื่อส่งเสริมความสบาย ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย

6.1 กระตุ้นให้เดินสลับการนอนเป็นพักๆ และช่วยเหลือในการจัดทำนอน โดยการจัดทำศีรษะและลำตัวสูง (upright position) ตามความพึงพอใจของผู้คลอดโดยไม่จำกัด เช่น ยืน เดิน นั่งเอน 60 องศา โดยให้เปลี่ยนท่าบ่อยๆ มากกว่า 2 ครั้งใน 1 ชั่วโมง,

6.2 กระตุ้นให้เปลี่ยนท่าที่สุขสบาย วิธีที่ 1 จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย งอเข่าเล็กน้อย วิธีที่ 2 การนวดเป็นรูปเลข 8

กิจกรรมที่ 7 ดูแลความสุขสบายทั่วไป ใช้เวลา 20 นาที ประกอบด้วย

7.1 ดูแลความสุขสบาย ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า ลำคอ แขน ลำตัวให้รู้สึกสดชื่น

7.2 ดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือบ้วนปากบ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและป้องกันภาวะ dehydrate

7.3 ช่วยนวดหลัง ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ดูแลให้ได้พักผ่อน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ สะอาด และมีแสงไฟพอเหมาะ

- ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ

- ดูแลให้น้ำและอาหารเพียงพอกับร่างกาย

- ดูแลความสะอาดร่างกาย เพื่อการคลอดตามความเหมาะสม เช่น แนะนำให้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า

**4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ** เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอดควรได้รับตามสิทธิ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 8 ให้โอกาสและการตัดสินใจ ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย

ให้โอกาสผู้คลอดในการเลือกหรือตัดสินใจรับบริการ การเลือกวิธีคลอด การเลือกวิธีบรรเทาปวด และวิธีการเผชิญความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้รับความปลอดภัยจากการคลอด

กิจกรรมที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด ประกอบด้วย

9.1 ดูแลด้วยความเสมอภาค คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นบุคคล

9.2 ดูแลให้ได้รับสิทธิพื้นฐาน ได้รับการสนับสนุนครบทุกด้าน

9.3 ดูแลให้ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะที่ 1 ของการคลอด

9.4 รักษาความลับของข้อมูล

ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ดูแลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานในระยะแรกของการคลอด

*ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.*

**1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์** ระยะนี้ผู้คลอดจะเจ็บครรภ์มากขึ้น เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ ความห่วงใย และได้รับความกำลังใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 10 การช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ ทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที ประกอบด้วย

10.1 พุดคุยสอบถามอาการ ให้กำลังใจและชมเชย แก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด เช่น บอกว่าการคลอดมีความก้าวหน้ามากขึ้นแล้ว ปฏิบัติตามที่สอนได้ดีมาก

10.2 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็วทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

10.3 อยู่เป็นเพื่อนดูแลใกล้ชิด แสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ

10.4 ประเมินความต้องการของผู้คลอด เปิดโอกาสให้บอกความต้องการจากพยาบาลร่วมกับการดูแลตามปกติ

- บอกผู้คลอดทุกครั้งที่จะให้การพยาบาล

**2. การสนับสนุนด้านข้อมูล** ระยะนี้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น การเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้น แต่ผู้คลอดยังสามารถรับรู้ข้อมูลได้ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 11 การให้ความรู้และคำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว การบรรเทาปวด ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วย

11.1 สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการหายใจแบบ slow chest breathing คือการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางจมูกช้าๆ ขณะมดลูกหดตัว และการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่ายบริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลงในท่านั่งและท่านอน

11.2 อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องกระทำ เช่น การประเมินการหดตัวของมดลูก การตรวจทางช่องคลอด และบอกผลการตรวจให้ทราบ

11.3 ฝึกวิธีการเผชิญความเจ็บปวดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง การเพ่งจุดสนใจ

ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- บอกความก้าวหน้าของการคลอด เวลาใกล้คลอด สุขภาพทารกในครรภ์

**3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย** เป็นกิจกรรมที่พยาบาลทำให้ผู้คลอดเพื่อช่วยบรรเทาปวด ได้รับความสุขสบายมากขึ้น ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 12 การดูแลความสุขสบายทั่วไป ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วย

12.1 ประคบด้วยความเย็น บริเวณบั้นเอวจนถึงจนถึงก้นกบ เป็นเวลา 20 นาที และพัก 40 นาทีแล้วเริ่มประคบใหม่ ร่วมกับกระตุ้นให้ใช้เทคนิคหายใจ

12.2 นวดบริเวณบั้นเอว และหลัง

12.3 ดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดหน้า เช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

12.4 จัดทำนอนที่เหมาะสม ใช้หมอนรองส่วนของข้อต่อ และกระดูกในบริเวณหลังและเข่า หรือจัดให้นอนท่าศีรษะและลำตัวสูง (upright position) โดยการนั่งบนเตียงสลับกับจัดท่าศีรษะและลำตัวสูง 60 องศา แนะนำให้สลับท่าบ่อยๆ ทุก 10 นาที หรือตามความต้องการของผู้คลอด

12.5 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกระตุ้นผู้คลอด เช่น แสงสว่าง เสียง เปิดแอร์ อุณหภูมิเหมาะสม หรือเปิดเพลงเบาๆ ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูก
- ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
- วัดสัญญาณชีพ
- การดูแลให้สารน้ำ
- ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน

- ดูแลระเพาะปีศาจให้ว่าง โดยการกระตุ้นให้ถ่ายปีศาจเมื่อระเพาะปีศาจเต็มหรือสวนปีศาจให้เมื่อไม่สามารถถ่ายได้เอง

**4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ** เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอดควรได้รับตามสิทธิ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 13 ให้โอกาสและการตัดสินใจ ประกอบด้วย

ให้โอกาสผู้คลอดในการเลือกวิธีการบรรเทาปวดและการเผชิญความเจ็บปวด ร่วมกับการดูแลตามปกติ

ดูแลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

*ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.*

**1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์** ระยะนี้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดมากที่สุด พยายามให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความมั่นใจต่อการคลอดให้ผ่านไปได้ด้วยดี รู้สึกปลอดภัย ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 14 การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทุก 30 นาที ครั้งละ 10 นาที

14.1 พูดคุยสอบถามอาการ อยู่เป็นเพื่อนดูแลใกล้ชิด และให้กำลังใจ

14.2 กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

**2. การสนับสนุนด้านข้อมูล** ระยะนี้การรับรู้ของผู้คลอดจะแคบลง พยายามให้ข้อมูลและสอนสั้นๆ ในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 15 การสอนและแนะนำวิธีการบรรเทาปวด ใช้เวลา 20 นาที ประกอบด้วย

15.1 สอนและแนะนำเทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่าน

15.2 สอน ควบคุม กำกับ วิธีเบ่งที่ถูกต้อง

15.3 ฝึกวิธีการเผชิญความเจ็บปวดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่าย บริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลง ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- บอกกำหนดการระยะเวลาของการคลอด ผลการตรวจ บอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ

**3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย** เป็นกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความสุขสบายและบรรเทาปวด ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 16 การดูแลความสุขสบายทั่วไป ใช้เวลา 30 นาที ประกอบด้วย

16.1 ประคบด้วยความเย็น บริเวณบั้นเอวจนถึงจนถึงก้นกบ เป็นเวลา 20 นาที และพัก 40 นาทีแล้วเริ่มประคบใหม่ ร่วมกับกระตุ้นให้ใช้เทคนิคหายใจ

16.2 ช่วยบรรเทาปวดด้วยการนวดหลัง

16.3 ช่วยในการจัดทำศีรษะและลำตัวสูง โดยการนั่งบนเตียงสลับกับจัดทำศีรษะและลำตัวสูง 60 องศา แนะนำให้สลับทำบ่อยๆ ทุก 10 นาที ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูก
- ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
- วัดสัญญาณชีพ
- การดูแลให้สารน้ำ

**4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ** ระยะเวลาที่ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับความปลอดภัยจากการคลอด ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 17 การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด ใช้เวลา 10 นาที ประกอบด้วย

17.1 การดูแลให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนครบทุกด้าน

17.2 ดูแลให้ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทั้งมารดาและทารก

17.3 ให้โอกาสผู้คลอดในการเลือกวิธีการบรรเทาปวดหรือผ่อนคลาย ร่วมกับการดูแลตามปกติ

- ดูแลให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานระยะคลอด

**ภาคผนวก จ**  
**เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล**

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก

คำชี้แจง แบบสอบถามและแบบประเมินชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องว่างหรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลท่าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. สถานภาพ

( ) 1 โสด

( ) 2 คู่/สมรส

( ) 3 หย่าร้าง/หม้าย

( ) 4 อื่นๆ ระบุ.....

3. ระดับการศึกษา

( ) 1 ประถมศึกษา

( ) 2 มัธยมศึกษา

( ) 3 อนุปริญญา

( ) 4 ปริญญาตรี

( ) 5 อื่นๆ ระบุ.....

4. อาชีพ

( ) 1 แม่บ้าน

( ) 2 ทำสวน

( ) 3 ค้าขาย

( ) 4 รับจ้าง

( ) 5 นักเรียน/นักศึกษา

( ) 6 อื่นๆ ระบุ.....

5. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน

6. ลักษณะการอยู่อาศัย

( ) 1 อยู่กับสามี 2 คน

( ) 2 ครอบครัวสามี

( ) 3 ครอบครัวตนเอง

( ) 4 อยู่ตามลำพังคนเดียว

( ) 5 อยู่กับเพื่อน

( ) 6 อื่นๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

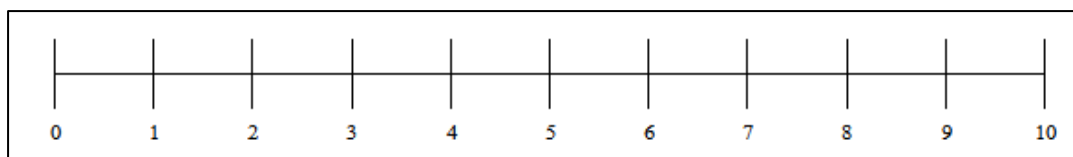
1. อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์
2. จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์.....  
 ( ) ตามเกณฑ์                      ( ) ไม่ตามเกณฑ์
3. ประวัติการฝากครรภ์  
 ( ) สม่ำเสมอตามนัด              ( ) ไม่สม่ำเสมอ
4. อายุครรภ์เมื่อมาคลอด.....สัปดาห์ กำหนดคลอด.....
5. ความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือความต้องการมีบุตร  
 ( ) มีความตั้งใจหรือต้องการมีบุตร  
 ( ) ไม่มีความตั้งใจหรือไม่ต้องการมีบุตร

**ตอนที่ 2** แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ให้ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของท่าน

**การวัดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ครั้งที่ 1**

2.1 คุณรู้สึกเจ็บปวดเมื่อมดลูกมีการหดตัวระดับใด



ไม่เจ็บปวด

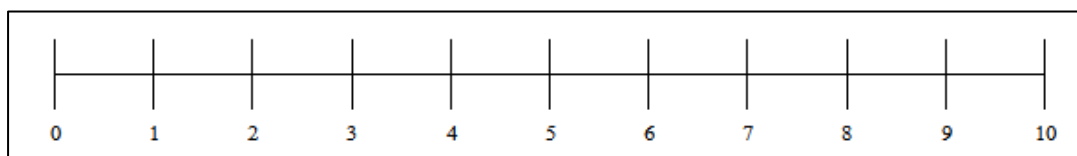
ปวดปานกลาง

ปวดมากที่สุด

ครั้งแรก (ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม.) ระดับความเจ็บปวด.....คะแนน

**การวัดความเจ็บปวดในระยาะที่ 1 ของการคลอด ครั้งที่ 2**

2.2 คุณรู้สึกเจ็บปวดเมื่่อมดลูกมีการหดตัวระดับใด



ไม่เจ็บปวด

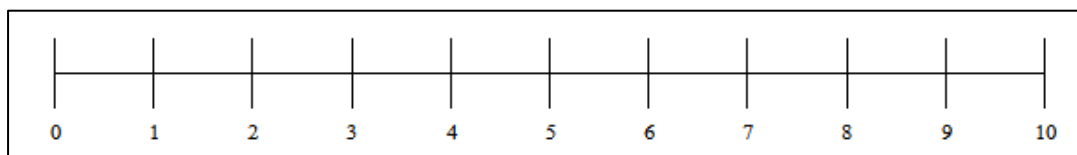
ปวดปานกลาง

ปวดมากที่สุด

ครั้งที่ 2 (ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.) ระดับความเจ็บปวด.....คะแนน

**การวัดความเจ็บปวดในระยาะที่ 1 ของการคลอด ครั้งที่ 3**

2.3 คุณรู้สึกเจ็บปวดเมื่่อมดลูกมีการหดตัวระดับใด



ไม่เจ็บปวด

ปวดปานกลาง

ปวดมากที่สุด

ครั้งที่ 3 (ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.) ระดับความเจ็บปวด.....คะแนน



**ตอนที่ 3** แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

คำชี้แจง : แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดนี้ใช้ในการประเมินเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

**คำชี้แจง การให้คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด**

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ได้แก่ อะอะ โวยวาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบูดเบี้ยว พูดอย่างหมดหวัง ไม่สามารถทนต่อไปอีกแล้ว

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่มีลักษณะกลางๆ สามารถควบคุมตนเองได้พอสมควร ได้แก่ ร้องครางเบาๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คิ้วขมวด เม้มหรือขบริมฝีปาก บ่นถึงความเจ็บปวดและความไม่สบาย

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทน

ครั้งที่ 1 ปากมดลูกเปิด..... ซม. ประเมินเมื่อวันที่..... เวลา..... น.

ครั้งที่ 2 ปากมดลูกเปิด..... ซม. ประเมินเมื่อวันที่..... เวลา..... น.

ครั้งที่ 3 ปากมดลูกเปิด..... ซม. ประเมินเมื่อวันที่..... เวลา..... น.

พฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดในระยะตลอด	คะแนน	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 1	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 2	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 3
<b>1. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า (facial expressions)</b> - กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนคลาย สีหน้าปกติ เม้มปาก - หน้านิ่งหรือขมวด กัดฟันแน่น สายหน้าไปมาช้าๆ - เกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า หน้าตาบิดเบี้ยว สายหน้าไปมาแรงๆ น้ำตาไหล	2 1 0			
<b>2. ด้านคำพูด (verbalization)</b> - พูดด้วยเสียงปกติ ไม่พูดหรือพูดด้วยคำพูดที่แสดงถึงความพยายามหรือความอดทน เช่น ไม่เจ็บมาก ฉันทนได้ - พูดถึงความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวดบ่อยครั้ง เช่น ปวดจังเลย ปวดเหลือเกินหรือร้องขอความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง - พูดตะคอก พูดร้องขอความช่วยเหลือบ่อยครั้งหรือตลอดเวลา พูดว่าทนต่อไปไม่ได้ เช่น ไม่ไหวแล้ว ไม่เอาแล้ว	2 1 0			
<b>3. ด้านการออกเสียง (tone of voice)</b> - ไม่ส่งเสียงร้องใดๆ - ส่งเสียงร้องครางเบาๆ - ร้องส่งเสียงดัง ตะโกน เอะอะโวยวาย	2 1 0			

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	คะแนน	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 1	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 2	คะแนน จากการ ประเมิน ครั้งที่ 3
<b>4. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement)</b>				
- เคลื่อนไหวลำตัวหรือแขนขาเล็กน้อย, ใช้มือลูบหน้าท้อง ใช้มือจับเอวหรือกคบริเวณกระเบนเหน็บ	2			
- บิดตัวไปมามากกว่าปกติ เกร็งมือ เกร็งเท้า ยึดหรือเกาะขอบเตียง	1			
- เคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระสับกระส่ายมากหรือสะดุดลุกสะดุ้ง	0			
<b>5. ด้านการควบคุมการหายใจ (control breathing)</b>				
- ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ	2			
- ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ	1			
- ไม่สามารถควบคุมการหายใจ กลั้นหายใจ ขณะมดลูกหดตัว	0			
<b>รวมคะแนน</b>	<b>10</b>			

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอื่นๆที่พบ.....  
 .....  
 .....  
 .....

ภาคผนวก จ  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ สุริย์พร กฤษเจริญ  
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชุนวล  
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา
3. คุณวรรณิ แก้วคงธรรม  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด  
แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพัทลุง อ. เมือง จ. พัทลุง

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางเบญจมาภรณ์ ชูช่วย	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421004	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	2538
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเขาพนม อ.เขาพนม จ. กระบี่	

## ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

เบญจมาภรณ์ ชูช่วย (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก ในการประชุมวิชาการระดับชาติ เทคโนโลยีภาคใต้วิจัยครั้งที่ 5: วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้ (SCT) นครศรีธรรมราช.