

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก

Coping Strategies with Labor Pain among First-time Mothers

สุพิศ สิริอรุณรัตน์* ส.ด.
พิริยา สุภศรี**วท.ม.
รัชนีวรรณ รอส*** Ph.D.

Supit Siritrunrat, Dr.P.H.
Piriya Suppasri, M.S.
Ratchaneewan Ross, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากมารดาหลังคลอดปกติที่มีการคลอดครั้งแรก จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่าวิธีที่มารดาใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์มากที่สุดคือ วิธีการหายใจช้าลึก (ร้อยละ 68) การบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 46) และการเกร็งตัวและบีบกล้ามเนื้อของ (ร้อยละ 42) ส่วนวิธีที่ดีที่สุดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดคือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอบโยน ให้กำลังใจ และการเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำมือแน่นๆ คิดเป็นร้อยละเท่าๆ กัน (ร้อยละ 30) กลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีการรับรู้วิธีที่ดีที่สุดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.08$, $df = 3$, $P\text{-value} = .03$) โดยร้อยละมากที่สุดของมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 42.9) รับรู้ว่าการมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เป็นวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด ในขณะที่ร้อยละมากที่สุดของกลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ

33.8) รับรู้ว่าการอดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ เป็นวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด

ผลการวิจัยเสนอให้มีการจัดบริการชั้นเรียนเตรียมตัวเพื่อการคลอดแก่มารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อพัฒนาทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และพยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดให้มีบริการทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในดูแลมารดาในระยะคลอดโดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อยหรือมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ : วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การเจ็บครรภ์คลอด มารดาที่มีการคลอดครั้งแรก

Abstract

This study had a research design as descriptive. Aim of study was to investigate coping strategies with labor pain in first-time mothers. Sampling was simple randomized with the sample size of 100 first-time mothers. Questionnaires were used for data collection. Data were analysed by descriptive statistic and chi-square.

Results of study showed that coping strategies with labor pain that samples mostly used were deep breathing (68%), telling themselves to be patient (46%), tensing their muscles and

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

squeezing things (42%). Samples reported that the best coping strategies with labor pain were having a midwife or their significant family member soothe and encourage them for which it had the same amount of percentage (30%) of strategies related to moving their body, changing their positions, tensing their muscles, squeezing things tightly. Mothers with the age lesser than 20 years old had significantly different perceived the best coping strategy with labor pain comparing to those with the age of 20 years old up ($\chi^2 = 9.08$, $df = 3$, $P\text{-value} = .03$). Highest percent of mothers with the age lesser than 20 years old (42.9%) perceived that being consoled and supported by a midwife or their significant family member was the best coping strategy with labor pain. While highest percent of mothers with the age of 20 years old up (33.8%) perceived that being patient for her baby and calming their mind was the best coping strategy with labor pain.

Research results recommend that preparation childbirth class should be offered to pregnant women and their families for developing their skills regarding coping with labor pain. Also, midwife should create a service facilitating family member to participate in caring for mothers who were in labor, especially in teenage mothers.

Keywords: Coping with labor pain, labor pain, first-time mothers

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์และไม่ใช่ว่าจะเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพ แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของสตรีวิทยา

จิตวิทยา และสังคมวิทยาของหญิงผู้คลอดคนนั้นๆ (Lowe, 2002) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดจากมดลูกมีการหดตัวจากน้อยและหดรัดตัวมากขึ้นเป็นลำดับ ทำให้เอ็นต่างๆ ที่ยึดมดลูกและปากมดลูกถูกดึงรั้ง ปากมดลูกบางลงและเปิดขยายออก เซลล์กล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดการคั่งของสารที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด เช่น กรดแลคติก (lactic acid) โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เซโรโตนิน (serotonin) เป็นต้น ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดเกิดขึ้น (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ส่วนบริบททางจิตวิทยาและสังคมวิทยา ได้แก่ ลักษณะบุคคล ความเชื่อ ทศนคติ วัฒนธรรม และระบบการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการให้ความหมายต่อความเจ็บปวด และการรับรู้ระดับความเจ็บปวดที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอด (Lowe, 2002)

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor) ต่อผู้คลอด (Roberts, Gulliver, Fisher & Cloyes, 2010) ผู้คลอดส่วนใหญ่ มักรับรู้ว่าการคลอดเป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นความน่ากลัว กลัวว่าลูกจะไม่ปลอดภัย กลัวคลอดไม่ได้ และกลัวความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด (Chuahorm, Sripichyakarn & Tungpunkom, 2007) ความกลัวที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) ออกมามาก มีการเพิ่มระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในร่างกาย ขณะที่เอนดอร์ฟินส์ (endorphins) ลดลง มีผลทำให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติ การคลอดยาวนาน เพิ่มความรู้สึกเจ็บปวด เพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึกและยาบรรเทาปวด การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน และเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจกับประสบการณ์การคลอด (Laurson, Johansen & Hedegaard, 2009)

การช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความ

ติงเครียดของผู้คลอด ซึ่งรูปแบบในการดูแลผู้คลอดในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมี 2 รูปแบบ คือรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ และรูปแบบการดูแลของพยาบาลผดุงครรภ์ (Roberts et al., 2010) รูปแบบการดูแลทางการแพทย์มุ่งเน้นการกำจัดหรือลดความเจ็บปวดโดยใช้ยาลดความเจ็บปวดหรือยาระงับความรู้สึก (pharmacological model) เป็นรูปแบบที่ไม่ครอบคลุมมิติของการเจ็บครรภ์คลอดที่มีทั้งมิติทางด้านความรู้สึก (sensation dimension) และมิติทางด้านอารมณ์ (affective dimension) (Chapman & Nakamura, 1999) ส่วนรูปแบบการดูแลของพยาบาลผดุงครรภ์ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจผู้คลอดให้เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ด้วยวิธีไม่ใช้ยา (non-pharmacological model) เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับมิติของความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการผสมผสานระหว่างการรับรู้ตัวกระตุ้นความเจ็บปวดผ่านกระบวนการทางด้านสติปัญญา ทักษะคิด ความเชื่อทางสังคม และวัฒนธรรม (Chapman, 1977 อ้างถึงใน Lowe, 2002) การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในรูปแบบนี้ มุ่งเน้นให้ผู้คลอดอยู่กับการเจ็บครรภ์คลอดได้โดยไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน (suffering) มีความเข้าใจธรรมชาติของการคลอด ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด และที่สำคัญมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้และจะผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดี (Leap, Dodwell & Newburn, 2010)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นความคิดหรือพฤติกรรม หรือเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้คลอดที่พยายามจัดการหรือตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดเป็นประสบการณ์เฉพาะของผู้คลอดรายนั้นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อ ทักษะคิด การให้ความหมายของการคลอด และวัฒนธรรม (Chung & Chao, 2001) อุษา เชื้อหอม และคณะ (Chuahorm, et al., 2007) กล่าวว่า ผู้คลอดหญิงไทยมักรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นประสบการณ์ความ

เจ็บปวดที่มากที่สุดในชีวิต และรู้สึกกลัวการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดที่คลอดครั้งแรกมีความกลัว และรับรู้ความเจ็บปวดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง ผู้คลอดบางคนสามารถเผชิญการคลอดได้ บางคนไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ กล่าวคือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร้องเอะอะไววาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และร้องขอให้แพทย์ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้ (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) ทำให้เกิดความตึงเครียด และรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้น

พยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้คลอดมีความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Pirdel & Pirdel, 2009) ตลอดจนช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล (Payant, Davies, Graham, Peterson & Clinch, 2008) ในเบื้องต้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรจะต้องทราบและทำความเข้าใจถึงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดว่าผู้คลอดมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างไร และวิธีที่ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์ได้ โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน เพราะผู้คลอดเหล่านี้ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดจะมีมากน้อยเพียงใด (Chuahorm et al., 2007) และมักจะมีความรู้สึกเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (Lowe, 2002)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดหญิงไทยยังมีน้อย มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ทำการศึกษเกี่ยวกับเรื่องนี้ (Abu-shaiksa, 2007; Escott, Spiby, Slade & Fraser, 2004) แต่ก็เป็นการศึกษาในบริบทของวัฒนธรรมที่แตกต่างจากวัฒนธรรมไทย ซึ่งอาจจะมีผลทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดและการตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอดมีความแตกต่างกัน (Cheung, 2002) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก

นอกจากนี้การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติมว่า ผู้คลอดที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และการศึกษาที่ต่างกันมีวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดแตกต่างกันหรือไม่ โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากมารดาหลังคลอด ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นความรู้พื้นฐานแก่พยาบาลผดุงครรภ์ ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการช่วยเหลือผู้คลอดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ตรงตามความต้องการของผู้คลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเรียนรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด และการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก ที่มีอายุ และการศึกษาแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศสจอร์แดนและสหรัฐอเมริกา พบว่า หญิงผู้คลอดมีวิธีเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดหลากหลายวิธี สามารถจัดกลุ่มได้ 3 วิธี คือ วิธีทางด้านความคิด หรือกระบวนการคิด (thoughts or cognitive coping strategies) วิธีทางด้านจิตและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual coping strategies) และวิธีการแสดงพฤติกรรม หรือการแสดงออกทางกาย (behaviors or physical coping strategies) วิธีทางด้านความคิด เช่น การให้กำลังใจตนเอง การอดทน การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การทำสมาธิ กำหนดจิต การเพ่งจุดสนใจ เป็นต้น วิธีทางด้านจิตและจิตวิญญาณ เช่น การกรีดร้อง การร้องไห้ การร้องบอกว่าปวด การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสวดมนต์ ความศรัทธาใน

พระเจ้า เป็นต้น และวิธีการแสดงพฤติกรรม เช่น การหายใจลึก การปรับเปลี่ยนท่าทาง การเดิน การยืน การนวดโดยใช้แรงกด การเคลื่อนที่ไปรอบๆ การทำกิจกรรมต่างๆ การดึงสิ่งของ การออกแรงเบ่ง และการพูดคุยกับเพื่อนผู้คลอด เป็นต้น (Abushaiksa, 2007; Escott et al., 2004) วิธีการแสดงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด โดยเฉพาะการเปลี่ยนท่าทางและการหายใจลึก (Escott et al., 2004) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ได้ผลช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการคลอด มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด และส่งผลดีต่อการคลอดที่ดี (Callister, Khalaf, Semenic, Kartchner & Vehvilainen-Julkunen, 2003; Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser, 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ผลสรุป วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศ 3 วิธี คือ วิธีทางด้านความคิด วิธีทางด้านจิตและจิตวิญญาณ และการแสดงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในสร้างตัวเลือกของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในแบบสอบถาม นอกจากนี้ได้เปิดโอกาสให้มารดาได้ตอบอย่างเป็นอิสระโดยใช้คำถามปลายเปิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีการคลอดครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีการคลอดครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2554 ถึง กุมภาพันธ์ 2555 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด (inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นมารดาหลังคลอดปกติภายใน 72 ชั่วโมงแรก
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ภายหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เกรจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) คำนวณจากจำนวน

ประชากรที่มาคลอดในช่วงเวลา 3 เดือน จากสถิติของโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา รวมกัน 2 โรงพยาบาล มีจำนวนประมาณ 130 คน และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 97 คน แต่เพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดขนาดตัวอย่างทั้งหมด 100 คน โดยแบ่งครึ่งโรงพยาบาลละ 50 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี ที่ให้บริการรักษาพยาบาลในหออคลอด โดยยึดหลักการส่งเสริมให้มารดาคลอดเองทางช่องคลอด ไม่มีการเร่งคลอด หรือกระตุ้นการคลอดโดยใช้ยาเร่งคลอดในกรณีที่ไม่มียาออกซิโทซินจำนวน 2 โรงพยาบาล

2. เลือกมารดาทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และมาคลอดระหว่างเดือนธันวาคม 2554 ถึง กุมภาพันธ์ 2555 จนครบจำนวน 50 คน ต่อโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง (self-administrated questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากผลสรุปการวิจัยวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในต่างประเทศ (Abushaiksa, 2007; Escott et al., 2004) และการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบในการสร้างคำถาม ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และสัมพันธ์ภาพกับสามีและบุคคลอื่นในครอบครัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ การเคย หรือไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด การเคย หรือไม่เคย เข้าชั้นเรียนการเตรียมตัวคลอด และแหล่งเรียนรู้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งเป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือกทั้งหมด 5 ตัวเลือก เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

3. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด เป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือกทั้งหมด 5 ตัวเลือก เลือก

ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก โดยตามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

4. วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ประกอบด้วย 2 คำถาม ดังนี้

4.1 วิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก มีทั้งหมด 15 ตัวเลือก ที่ครอบคลุมวิธีการการเผชิญการเจ็บครรภ์ทั้ง 3 กลุ่มวิธี คือ วิธีทางด้านความคิด วิธีทางด้านจิตและจิตวิญญาณ และวิธีทางการแสดงพฤติกรรม และ อีก 1 ตัวเลือกเป็นวิธีอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก 15 ตัวเลือก โดยให้มารดาระบุเอง

4.2 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด เป็นคำถามปลายเปิดให้มารดาตอบด้วยตนเอง เพียง 1 วิธี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระยะคลอด 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจบการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตทางการพยาบาล และมีประสบการณ์การทำงานในหออคลอดมากกว่า 25 ปี 1 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากคลอดครบ 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอเข้าพบมารดาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามแนวทางพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นให้มารดาอ่านคำถามทุกข้อ และอนุญาตให้สอบถาม ถ้ามีข้อสงสัยหรือมีคำถาม ผู้วิจัยอธิบายให้มารดาทราบและเข้าใจก่อนที่จะเริ่มให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างทำแบบสอบถามถ้ามีข้อสงสัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยให้คำอธิบายจนเป็นที่เข้าใจดี เมื่อมารดาตอบคำถามเสร็จและส่งคืนให้ผู้วิจัย ผู้วิจัย

ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์อีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยได้ผ่านการรับรองประเด็นทางจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่ง ภายหลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยขอเข้าพบมารดาพร้อมทั้งให้คำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้อ่านหนังสือชี้แจงการวิจัยและผลที่จะเกิดจากการวิจัย นอกจากนี้อธิบายให้มารดาทราบถึงการพิทักษ์สิทธิของมารดา ในการไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะถือเป็นความลับไม่เปิดเผยเป็นการส่วนตัว การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยภาพรวม มารดาเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง และลงนามเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดในระหว่างกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปี

ขึ้นไป และระหว่างกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปด้วยสถิติไค-สแควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

มารดามีอายุระหว่าง 15 - 39 ปี มีอายุเฉลี่ย 24.04 ปี (S.D = 4.99) กว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 58) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95) ประมาณ 1 ใน 3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 32) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 34) กว่าครึ่งขณะตั้งครรภ์ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43) มีรายได้ของครอบครัวมากกว่าเดือนละ 10,000 บาท และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความสัมพันธ์กับสามีดี (ร้อยละ 93)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด

มารดาเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49) บอกว่าไม่เคยทราบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน และมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 14) ที่เคยเข้าชั้นเรียนการเตรียมตัวคลอดในขณะที่ตั้งครรภ์ ส่วนแหล่งเรียนรู้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) ได้มาจากคำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด รองลงมาคือ เรียนรู้ด้วยตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด (ร้อยละ 50) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามแหล่งเรียนรู้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100 คน)

แหล่งเรียนรู้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด*	จำนวน	ร้อยละ
คำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด	59	59.00
รู้ด้วยตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด	50	50.00
เคยได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว	24	24.00
การเข้าอบรมการเตรียมตัวคลอด	11	11.00
การพูดคุยกับมารดาที่มาคลอดด้วยกัน	11	11.00

หมายเหตุ * มารดาตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

3. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด 72) รองลงมาคือ เป็นเรื่องของธรรมชาติ (ร้อยละ 43) มารดาส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดว่าเป็นเรื่องน่ากลัว (ร้อยละ 37) (ตารางที่ 2) คลอดว่า เป็นเรื่องเป็นเรื่องที่ถูกข่มขานมาก (ร้อยละ 25) และเป็นเรื่องน่ากลัว (ร้อยละ 24)
- ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด*	จำนวน	ร้อยละ
เป็นเรื่องที่ถูกข่มขานมาก	72	72.00
เป็นเรื่องธรรมชาติ	43	43.00
เป็นเรื่องที่น่ากลัว	37	37.00
เป็นความสุข	25	25.00
เป็นความประทับใจ	24	24.00

หมายเหตุ * มารดาตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4. วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ การบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 46) การเกร็งตัวและบีบกำสิ่งของ (ร้อยละ 42) และการเคลื่อนไหวร่างกายเปลี่ยนท่าทาง (ร้อยละ 39) (ตารางที่ 3)
- 4.1 วิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มารดาใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยวิธีทางด้านพฤติกรรมมากที่สุด รองลงมา คือ วิธีทางด้านความคิด โดยมารดาใช้วิธีการหายใจช้าลึก คิดเป็นตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n=100)

วิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด*	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการแสดงพฤติกรรม	72	72.00
หายใจช้า ๆ ลึก ๆ	68	68.00
การเกร็งตัวและบีบกำสิ่งของ	42	42.00
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง	39	39.00
การลูบหน้าท้อง	32	32.00
การบีบนิ้ว	18	18.00
วิธีการด้านความคิด	56	56.00
บอกตนเองให้อดทน	46	46.00
การทำจิตใจให้สงบ	24	24.00
คิดเรื่องอื่นแทน	8	8.00
วิธีการทางด้านจิต	36	43.00
การสวดมนต์ภาวนาขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์	24	24.00
กรีดร้องหรือร้องตะโกน	23	23.00
ร้องไห้	22	22.00

หมายเหตุ * มารดาตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

- 4.2 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด มารดารับรู้ว่าการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว อยู่ด้วย ปลอบโยน ให้กำลังใจ และการเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่น ๆ เป็นร้อยละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ การอดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ (ร้อยละ 26) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	30	30.00
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	30	30.00
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	26	26.00
การหายใจซ้ำลึก	14	14.00
รวม	100	100.00

5. การเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด

จากการเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดระหว่างกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.75$, $df = 3$, $P\text{-value} = .01$) กล่าวคือ มารดากลุ่มอายุน้อย

กว่า 20 ปี ระบุว่าวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์ หรือนุคคลสำคัญในครอบครัว อยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 42.9) ในขณะที่มารดากลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ระบุว่าวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ คิดเป็นร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 33.8) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดจำแนกตามกลุ่มอายุมารดา

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	อายุ < 20 ปี		อายุ ≥ 20 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	15	42.9	15	23.1
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	9	25.7	21	32.3
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	4	11.4	22	33.8
การหายใจซ้ำลึก	7	20.0	7	10.8
รวม	35	100.0	65	100.0

$$\chi^2 = 9.08, df = 3, P\text{-value} = .03$$

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดระหว่างกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มมารดาที่มีการ

ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 5.998$, $df = 3$, $P\text{-value} = .112$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดจำแนกตามกลุ่มอายุมารดา

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย		การศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	15	35.8	15	25.9
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	9	21.4	21	36.2
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	9	21.4	17	29.3
การหายใจซ้ำลึก	9	21.4	5	8.6
รวม	42	100.0	58	100.0

$$\chi^2 = 5.998, df = 3, P\text{-value} = .112$$

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในมารดาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปานกลางถึงการศึกษาในระดับสูง และมีรายได้ปานกลาง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเกือบครึ่งของมารดาเหล่านี้ ไม่เคยทราบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน และมีเพียงส่วนน้อยที่เคยได้เข้าชั้นเรียนเรื่องการเตรียมตัวคลอด ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดจากคำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด และอีกครึ่งหนึ่งเรียนรู้ด้วยตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด จึงน่าจะสันนิษฐานได้ว่า มารดาในระยะตั้งครรภ์ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอดและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นไปได้ว่าการจัดบริการพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดแก่มารดาและครอบครัวยังไม่ทั่วถึง ทั้งที่มีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศสนับสนุนว่าการที่มารดาได้เข้าชั้นเรียนการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีผลต่อดีต่อพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา (ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, บุญยา ยารังษี, ผกาสุขเจริญ, และสุทธิพร พรหมจันทร์, 2544) ช่วยลดความกังวลและความกลัวการคลอด เพิ่มความเชื่อมั่นของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Lowe, 2002) ช่วยให้มารดาได้ความรู้เรื่องการคลอดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการลดความเจ็บปวดเพื่อเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Fabian, Radestad & Waldenstrom, 2005) และลดระดับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด (Larsen, O'Hara, Brewer & Wenzel, 2001)

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดทำให้มารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานมาก และเป็นความน่ากลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา เชื้อหอม และคณะ (Chuahorn et al., 2007) ที่พบว่า มารดาหญิงไทยรับรู้ว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดที่สุดในชีวิต เป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นความน่ากลัว ความเจ็บ

ปวดทุกข์ทรมานเป็นภาวะคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดา ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหนทาง สูญเสียการควบคุมตนเอง และเกิดความตึงเครียด (Simkin & Bolding, 2004)

มารดาใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดหลากหลายวิธีทั้งวิธีการแสดงพฤติกรรม วิธีทางด้านความคิด และวิธีทางด้านจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Escott และคณะ (Escott et al., 2004) และ นิวินและกิบสเบอร์ส (Niven & Gijbers, 1996) อย่างไรก็ตามวิธีต่างๆ ที่มารดาใช้ เป็นไปตามธรรมชาติที่มารดาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (informal strategies) ขณะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ต้องมีการฝึกฝนมาก่อน เช่น การหายใจช้าลึก การบอกตนเองให้อดทน การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน การเกร็งตัว เป็นต้น แตกต่างจากวิธีที่ได้จากการเข้าชั้นเรียนเตรียมตัวคลอดที่ต้องการมีการฝึกมาก่อนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การหายใจแบบมีแบบแผน (breathing techniques) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscular relaxation) เป็นต้น (Lamaze, 1958 อ้างถึงใน Escott et al., 2004) นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า มีมารดาจำนวนน้อยมากที่ใช้ทักษะการคิดเรื่องอื่นเพื่อเบี่ยงเบนจากความเจ็บปวดจากการคลอด ทั้งที่ทักษะการเบี่ยงเบนจะช่วยให้มารดาระยะคลอดผ่อนคลายได้ดีกว่าการเกร็งร่างกาย (Escott et al., 2004) จึงเป็นไปได้ว่า ทักษะการเบี่ยงเบนด้วยการคิดเรื่องอื่น เป็นทักษะที่ต้องการใช้การฝึกฝนมาก่อนในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งในการศึกษานี้มีมารดาเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

เมื่อพิจารณาวิธีการที่มารดาใช้ตามลำดับจากมากไปน้อย พบว่า รูปแบบการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นรูปแบบที่มีความพยายามควบคุมตนเองมากกว่าการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือทอดทิ้ง โดยมารดาเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วย การหายใจช้าลึก การบอกให้ตนเองอดทน และการเคลื่อนไหวร่างกาย มีส่วนน้อยที่ใช้ การร้องไห้ หรือร้องตะโกน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของคนไทย

ที่บุคคลควรมีการควบคุมการแสดงออกของตนเองที่ไม่ให้ก้าวร้าว และอดทน ซึ่งเป็นการแสดงถึงการมีวุฒิภาวะ ส่วนการร้องไห้ ร้องคราง ร้องตะโกน หรือกรีดร้อง เป็นสิ่งที่น่าอาย และเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกของความอ่อนแอ และความสามารถที่จะเลี้ยงดูบุตรได้อีกด้วย (Rice & Naksook, 1998)

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่มารดาใช้มากที่สุดคือ วิธีการหายใจเข้าลึก สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown, Douglas & Flood, 2001) ที่พบว่า วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยาที่มารดาชาวอเมริกันใช้มากที่สุด คือ การหายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การหายใจช่วยให้มารดาเกิดความสุขสบาย เป็นการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจที่จะจดจ่ออยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดมาควบคุมการหายใจแทน มารดาจึงรู้สึกชอบและพึงพอใจ (Hunter, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาของเอสคอตต์และคณะ (Escott et al., 2004) ที่พบว่า การหายใจ มีประโยชน์ช่วยให้มารดาสามารถอดทนต่อความรู้สึกเจ็บปวด และช่วยให้มารดาสงบลง ส่วนวิธีที่ใช้มารดองลงมาคือการบอกตนเองให้อดทน ซึ่งการบอกตัวเองในทางบวกช่วยให้มารดามีความหวัง มีกำลังใจ และอยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดอย่างสงบ (Escott et al., 2004) อย่างไรก็ตามมารดาใช้วิธีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่าทางเป็นร้อยละที่น้อยกว่าการเกร็งตัว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เอสคอตต์และคณะ (Escott et al., 2004) ที่พบว่า มารดาชาวอเมริกันรับรู้ว่าการเปลี่ยนท่าทางเป็นท่าหนึ่ง ท่าเดิน ท่าโน้มตัวไปข้างหน้า และท่านอนตะแคงซ้าย เป็นท่าที่ช่วยให้เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามารดามีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง เนื่องจากความไม่สะดวกของเตียงนอนรอกคลอด และรูปแบบการดูแลไม่เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนท่าทางของมารดาในระยะคลอด มารดาคนไทยจึงมักคุ้นเคยที่จะอยู่ในท่านอนหงาย เป็นส่วนใหญ่

วิธีที่ดีที่สุดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์ หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมาน มารดาจึงต้องการเพื่อน ต้องการความเห็นอกเห็นใจ และต้องการความช่วยเหลือ (Simkin, 1992) โดยเฉพาะจากพยาบาลผดุงครรภ์ มารดาคาดหวังให้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นดูแลความสุขสบายและลดความเจ็บปวดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด (Bowers, 2002) เพราะมีความเชื่อมั่นว่าพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาชีพที่จะดูแลช่วยเหลือมารดาได้เป็นอย่างดี (Hunter, 2009; Payant et al., 2008) การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญอยู่ด้วย จึงเป็นการเสริมสร้างกำลังใจเพิ่มความมั่นใจให้กับมารดา และช่วยให้มารดาสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996; Hunter, 2006; Iliadou, 2012) นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีความสามารถในการดูแลสนับสนุนมารดาทั้งทางด้านอารมณ์ (emotional support) ความสุขสบายของร่างกาย รวมทั้งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (physical support) ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด (informational support) และส่งเสริมการตัดสินใจของมารดาในการเลือกวิธีการคลอดและการดูแลรักษา (advocacy) (Adams & Bianchi, 2008) และพยาบาลผดุงครรภ์ยังเป็นผู้ที่อยู่กับมารดาในระยะคลอดเป็นเวลานานและต่อเนื่องมากกว่าบุคลากรอื่นทางการแพทย์ (Barrett & Stark, 2010) ซึ่งทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

ผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา โดยกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ต้องการพึ่งพิงบุคคลอื่นคือ พยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว มาช่วยประคับประคอง ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดมากกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยการพึ่งตนเอง ด้วยการบอกให้ตนเองอดทน ทำเพื่อลูก และพยายามทำให้สงบ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่อายุ

น้อยกว่า 20 ปี จัดเป็นมารดาที่อยู่ในวัยรุ่น ยังมีวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ไม่สมบูรณ์ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ถือว่าเป็นภาวะที่คุกคามทางด้านความมั่นคงของจิตใจ ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล วัยรุ่นจึงมักมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนี้ด้วยการหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008) จึงใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการพึ่งบุคคลอื่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ หรือนุคลิกสำคัญในครอบครัว เป็นต้น ในขณะที่มารดาที่บรรลุนิติภาวะและมีวุฒิทางอารมณ์ดีกว่า มักมีแนวโน้มที่จะประเมินว่าภาวะเครียด จากการเจ็บครรภ์คลอดเป็นภาวะที่ท้าทาย และพยายามใช้วิธีการควบคุมสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ด้วยการบอกตนเองให้อดทน ตั้งความหวังที่จะทำเพื่อลูก และพยายามทำจิตใจให้สงบ ส่วนความแตกต่างของการศึกษาไม่มีผลต่อวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มมารดาที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่พบความแตกต่างในเรื่องการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้ เป็นวิธีที่เป็นธรรมชาติและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตั้งที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น มารดาที่มีความรู้สูงหรือต่ำจึงสามารถปฏิบัติได้คล้ายๆ กัน

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลของงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดบริการการดูแลมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ดังนี้

1. จัดให้มีบริการชั้นเรียนเพื่อการเตรียมตัวคลอดอย่างทั่วถึง ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถเข้ารับบริการได้
2. การจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมตัวคลอด ควรมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ

และการรับรู้ของมารดาและครอบครัวต่อการเจ็บครรภ์คลอด ให้เป็นไปในทางบวก ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด และพัฒนาทักษะของมารดาในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ด้วยตนเอง ด้วยการฝึกทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาที่หลากหลาย เพื่อให้มารดามีทางเลือกมากขึ้นในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

3. จัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาในระยะคลอด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นการกำลังใจแก่ผู้คลอดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งจะเป็นการตอบสนองความต้องการของมารดาในระยะคลอด โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุน้อยหรือมารดาที่ยังอยู่ในวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย ตลอดจนมารดาหลังคลอดทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีระยะคลอด*. พิมพ์ลักษณ์. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่.
- ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, นุชยา ยารังษี, ผกา สุขเจริญ, และสุทธิพร พรหมจันทร์. (2544). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้ และการเผชิญความเจ็บปวดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16, 25-36.
- ศศิธร พุ่มดวง (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21, 291-300.
- Abushaikh, L.A. (2007). Methods of

- coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (1), 35-40.
- Adams, E., & Bianchi, A. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 106-115.
- Barrett, S. J., & Stark, M. A. (2010). Factors associated with labor support behaviors of nurses. *The Journal of Perinatal Education*, 19 (1), 12-18.
- Bowers, B.B. (2002). Mother's experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 742-752.
- Brown, S., Douglas, C., & Flood, L.P. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10, (3), 1-8
- Callister, L. C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2003). The pain of childbirth: Perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing*, 4(4), 145-154.
- Chapman, C.R., & Nakamura, Y. (1999). A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researches. *Consciousness and Cognition*, 8, (4), 391-422.
- Cheung, N.F. (2002). The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery*, 18, 279-295.
- Chuahorm, U., Sripichyakarn, K., & Tungpunkom, P. (2007). Fear and suffering during childbirth among Thai women. *Thai Journal of Nursing Research*, 11 (1), 49-61.
- Chung, F., & Chao, Y. (2001). The lived experience of secondipara in childbirth. *Journal of Nursing Research (China)*, 9, 65-75.
- Esscott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R.B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20, 144-156.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parent hood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (5), 436-43.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S.I. (1996). Journey through labor and delivery: Perception of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between communities based midwives and mothers. *Midwifery*, 22, 308-328.
- Hunter, L.P. (2009). Labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 111-118.
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, 6, 385-391.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30, 607-610. Retrieved June 4, 2013 from <http://research-advisors.com/tools/Sample Size.htm>
- Larsen, K.E., ÓHara, M.W., Brewer, K.K., & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labor pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*,

19 (3), 203-214.

Laurson, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1350-1355.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New-York: Springer.

Leap, N., Dodwell, M., & Newburn, M. (2010). Working with pain in labour: An overview of evidence. *New Digest*, 49, 22-6.

Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 16-24.

Niven, C.A., & Gijbers, K. (1996). Coping with labor pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 116-125.

Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurse's intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 405-414.

Pirdel, M., & Pirdel, L. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10, 217-223.

Rice, P.L., & Naksook, C. (1998). The

experience of pregnancy, labor and birth of Thai women in Australia. *Midwifery*, 14, 74-84.

Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. (2010). The coping with labor algorithm: An alternate pain assessment tool for the labor women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 107-116.

Simkin, P. (1992). The labor support person: Latest addition to the maternity care team. *International Journal of Childbirth Education*, 7(1), 19-24.

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery Womens Health*, 49, 489-504.

Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: An investigation of women's experience. *Birth*, 30(3), 189-194.

Zimmer-Gembeck, M.J., & Skinner, E.A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.