

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

ศรีสมร ภูมณสกุล* พย.ด.

ปุณณภักดิ์ สุขสงวน** พย.ม. (การผดุงครรภ์)

จันทิมา ขนบดี*** D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลที่มีต่อผู้คลอด ประชากรตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 123 ราย พัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำรา ได้แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลจำนวน 23 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเหลือข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ตรวจสอบองค์ประกอบและค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค วิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงเชิงโครงสร้างเพื่อยืนยันองค์ประกอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษา พบว่า การสกัดองค์ประกอบทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่สะท้อน 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการคลอดทางด้านร่างกาย การสนับสนุนการคลอดทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนการคลอดทางด้านความเป็นตัวแทน และการสนับสนุนการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ โดยแต่ละองค์ประกอบและทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคที่สะท้อนความสอดคล้องภายในสำหรับแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การตรวจสอบเพื่อยืนยันองค์ประกอบและความเที่ยงเชิงโครงสร้างด้วย Second Order Confirmatory Factor Analysis พบว่า โมเดลการวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดมีความตรงเชิงโครงสร้าง โดยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทุกพฤติกรรมมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล รองลงมาคือการเป็นตัวแทนในการสอบถาม หรือหาข้อมูลในสิ่งที่ผู้คลอดมีความสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา และความเที่ยงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงสูง ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดนี้สามารถนำไปปรับใช้ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทั้งจากพยาบาลและตามการรับรู้ของสตรีในระยะคลอด ในการศึกษาในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: การสนับสนุนการคลอด การวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบ ความตรงเชิงโครงสร้าง ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง

*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: srisamorn.phu@mahidol.ac.th

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Development of the Labor Support Scale for Intrapartum Nurse

Srisamorn Phumonsakul D.N.S.*

*Punnapapak Suksanguan** M.N.S. (Midwifery)*

*Chantima Khanobdee*** D.S.N. (Maternal and Child Nursing)*

Abstract

The purposes of this research was to develop the Labor Support Scale for intrapartum nurse. The accessible population was 123 staff nurses who worked in the delivery room of six government hospitals at Bangkok Metropolitan area. Contents of the 23 item Labor Support Scale were validated by five experts and 22 items were remained. Data was collected with the self-report of Labor Support Scale. Data analysis was performed using descriptive statistics, Exploratory Factor Analysis, and Cronbach's alpha coefficients with a computer program. Construct validity and construct reliability were analyzed using Confirmatory Factor Analysis with the LISREL program. The result showed that 20 items reflected four factors: physical, emotional, advocacy, and information/advice support. Each dimension and total scale has acceptable Cronbach's alpha coefficient for internal consistency. The Second Order Confirmatory Factor analysis supported the construct validity of the measurement model of the Labor Support Scale and fit nicely to the empirical data. All factor loadings were statistically significant. The most important supporting behavior was informing medical treatment planning and nursing care plan followed by act as representative to ask and find out information regarding the doubted treatment plan. The construct reliability was in the medium to high level. This Labor Support Scale could be modified to assess nurse's labor support behavior practice and perceived labor support from nurses for the laboring women in further study.

Keywords: Labor support, Confirmatory factor analysis, Construct validity, Construct reliability

** Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; E-mail: srisamorn.phu@mahidol.ac.th*

***Lecturer, Police Nursing College*

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

ความสำคัญของปัญหา

การสนับสนุนการคลอดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลในระยะคลอด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของสตรีในระยะคลอดผ่านกระบวนการให้ความช่วยเหลือด้วยการร่วมมือระหว่างกัน ดูแลช่วยเหลือและสนใจเอาใจใส่ต่อความต้องการทางด้านอารมณ์ด้วยความกระตือรือร้น^{1,2} ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี ดังรายงานวิจัยสนับสนุนประโยชน์ของการที่สตรีในระยะคลอดได้รับการสนับสนุนการคลอดจากบุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่มรสุขภาพ (ผู้ช่วยคลอด สามี บุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อน) เช่น ช่วยในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ช่วยลดความต้องการการใช้ยาแก้ปวดและการใช้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ลดการใช้ยาเร่งคลอดลดระยะเวลาการคลอด ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ การใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอดที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกได้เพิ่มอัตราการคลอดปกติทางช่องคลอด^{3,4,5,6,7} รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวทางจิตสังคมและผลลัพธ์ทางด้านบวกของทารกแรกเกิด เช่น ช่วยให้มารดาสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ลดความเครียด ส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เพิ่มความพึงพอใจในกระบวนการคลอด ทำให้มารดามีประสบการณ์การคลอดที่ดี เพิ่มคะแนน Apgar ที่ 5 นาทีในทารกแรกเกิดรวมทั้งเพิ่มความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด^{3,7,8,9,10,11}

อย่างไรก็ตามกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์^{4,13} โดยการศึกษาเชิงทดลองติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปีในมารดา 6915 คน ถึงผลของการให้การสนับสนุนการคลอดของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 80 % ของระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลในทวีป

อเมริกาเหนือ พบว่า มีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการคลอดแบบต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นอัตราการผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาและทารกในระยะคลอดและตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การรับรู้การควบคุมตนเองในระยะคลอด หรือภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด 6-8 สัปดาห์¹²

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะของการให้บริการของพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานประจำด้านการแพทย์เป็นส่วนใหญ่¹² พฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ¹³ การขาดแนวคิดที่จะอธิบายคุณลักษณะที่ชัดเจนของการสนับสนุนการคลอดของพยาบาล⁷ และข้อจำกัดของการวิจัย⁶ ทำให้ไม่พบผลของการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม การให้นิยามแนวคิดการสนับสนุนการคลอดไม่ว่าจะเป็นพยาบาลปฏิบัติการในห้องคลอดหรือนักวิจัย พบว่า มีหลากหลายแตกต่างกัน การระบุพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดก็แตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์ของการสนับสนุนการคลอดที่ได้แตกต่างกัน ทำให้ยากต่อการนำไปใช้^{14,15} ทั้งนี้แง่ของการปฏิบัติการในคลินิก การศึกษาเปรียบเทียบหรือการศึกษาต่อยอดเมื่อนำไปใช้ในบริบทของการดูแลผู้คลอดที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงความหมายของแนวคิดการสนับสนุนการคลอด มิติและองค์ประกอบรวมทั้งพฤติกรรมบ่งชี้เพื่อให้ความเหมาะสมกับบริบทของการดูแล แม้ว่าในต่างประเทศจะมีการศึกษาถึงมิติและพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล¹⁶ แต่ความแตกต่างในบริบทของการบริการการคลอดในโรงพยาบาลที่ต่างกันจะทำให้รูปแบบของการบริการและพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยการดูแลในระยะคลอดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรทางด้าน

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

การแพทย์อยู่กับสตรีในระยะคลอด การสนับสนุนการคลอดส่วนใหญ่จึงได้รับจากพยาบาล ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลและการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลในบริบทประเทศไทยจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปใช้ในทางคลินิกให้ได้ประโยชน์มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสร้างแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดในด้านความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้างของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

นักวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการให้ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนการคลอด เช่น ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คาห์น (Kahn's Social Support Theory) เพื่ออธิบายการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล^{17,18} ซึ่งมีมิติการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (affect) เป็นการแสดงออกถึงการชื่นชม ให้เกียรติ ให้ความรัก โดยพฤติกรรมจะสะท้อนออกมาในรูปแบบของการสัมผัส การทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับความสนใจเอาใจใส่ การให้เวลา และการปฏิบัติแบบให้เกียรติ 2) การสนับสนุนเชิงเปรียบเทียบพฤติกรรม (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วยและยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอดในทางที่ถูกต้อง ประกอบด้วยพฤติกรรมการสนับสนุนพฤติกรรมต่าง ๆ และการให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการวางแผนการคลอดของตนเอง และ 3) การให้ความช่วยเหลือโดยตรง (aid) เช่น การให้ความ

ช่วยเหลือในการควบคุมวิธีการหายใจ การช่วยเหลือให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ และการช่วยเหลือในการเบ่งคลอด เป็นต้น แต่ก็มีนักการศึกษาส่วนหนึ่งที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของลาซาลัส (Lazarus' cognitive model of stress, appraisal, and coping) ซึ่งมีมิติของการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ในความหมายของการอยู่ใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การให้ความรู้สึกถึงการยอมรับในฐานะบุคคล รวมถึงการให้ความรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ เอาใจใส่ 2) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ แรงงาน และเวลา (tangible support) เป็นการให้การดูแลช่วยเหลือโดยตรง และ 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำรวมทั้งการสะท้อนกลับพฤติกรรม^{19,20} และนักการศึกษาหลาย ๆ ท่านให้ความหมายของการสนับสนุนการคลอดภายใต้บริบทของการสนับสนุนทางสังคมที่มีรายละเอียดการจัดองค์ประกอบแตกต่างกันออกไปเล็กน้อย ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ประกอบด้วย การกระตุ้น การให้ความมั่นใจและการสื่อสารสัญลักษณ์ทางกายว่าให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเวลา (tangible support) เป็นการให้การดูแลความสบายทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การนวด การประคบเย็นหรือการให้ออกซิเจน และ 3) การสนับสนุนด้านคำแนะนำและข้อมูล เป็นการสอน ชี้แนะ และให้คำอธิบาย (advice and information)^{5,12,21,22}

นักการศึกษาบางท่านก็ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกันแต่เพิ่มเติมองค์ประกอบด้านการเป็นตัวแทน (advocacy) เข้ามา^{4,5,23} ซึ่งหมายถึง การแปลความหมายความต้องการของผู้คลอดและครอบครัวเพื่อสื่อสารแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ รวมทั้งการกระทำแทนในบางเรื่อง เป็นต้น ในขณะที่นักการศึกษาบางท่านที่ศึกษาเชิงมิติ

ของการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลได้เพิ่มองค์ประกอบของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ออกเป็น 3 ด้าน ดังนั้นองค์ประกอบของการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลจึงรวมเป็น 6 ด้าน¹⁶ คือ 1) การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงาน และเวลา (tangible support) 2) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) 3) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการให้ความมั่นใจ (emotional support-reassurance) 4) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการสร้างความรู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ อยู่ภายใต้การควบคุม สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและสุขสบาย (emotional support-creating control, security, and comfort) 5) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการแสดงออกของพฤติกรรมการเอาใจใส่ดูแลของพยาบาล (emotional support-nurse caring behaviors) และ 6) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและข่าวสาร (informational support)

การให้ความหมายการสนับสนุนการคลอดบางส่วนมาจากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในระยะคลอด เช่น ให้ความหมายว่าการสนับสนุนการคลอด หมายถึง พฤติกรรมการให้การดูแลจากพยาบาลใน 7 ด้าน คือ การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยตัดสินใจ การให้ความช่วยเหลือ การประเมินทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การดูแลความสุสบาย และการสนับสนุนต่างๆ²⁴ หรือหมายถึง การให้การดูแลที่ไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความวิตกกังวล ความไม่สุสบาย ความโดดเดี่ยว ความเหน็ดเหนื่อยของผู้คลอด โดยการดึงเอาศักยภาพของตัวผู้คลอดเองออกมาใช้ และให้รับรู้ว่าการต้องการของผู้คลอดเป็นที่รับรู้และให้เกียรติ²⁵ ในบางการศึกษายังได้แบ่งพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดออกเป็น 55 พฤติกรรม ที่สะท้อนถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการสนับสนุนทางด้านร่างกาย²⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า มีเพียง 25 พฤติกรรมของพยาบาลที่สตรีในระยะคลอดรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล¹⁹ หรือให้ความหมายการสนับสนุนการคลอด

ในเชิงแนวคิดทฤษฎี เช่น หมายถึง ปฏิสัมพันธ์โดยตั้งใจของมนุษย์ ระหว่างพยาบาลและผู้คลอด ในการช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดโดยการแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นไปในทางบวก¹⁶ และสมาคมพยาบาลสุขภาพสตรี การผดุงครรภ์และทารกแรกเกิดของประเทศสหรัฐอเมริกา (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2000)²³ ได้ให้ความหมายการสนับสนุนการคลอดว่า เป็นการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยพัฒนาปรับปรุงผลลัพธ์ของการคลอด

นอกจากนี้ อัดัมและไบแอนซ์²³ ยังได้เสนอแนะแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลในทางคลินิกจำแนกตามองค์ประกอบดังนี้ พฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การควบคุมสิ่งแวดล้อม การจัดท่าของผู้คลอด การสัมผัส การใช้การประคบร้อนและประคบเย็น ส่วนพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านอารมณ์ประกอบด้วย การอยู่เป็นเพื่อน การให้การดูแลด้วยทัศนคติที่ดี การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอด การให้การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ การให้การดูแลแก่คู่สมรส พฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสอนและคำแนะนำ ประกอบด้วย การสอนเรื่องการผ่อนคลาย การหายใจ การสอนเบ่งคลอด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล การให้คำแนะนำคู่สมรส และการสนับสนุนการคลอดด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ประกอบด้วย การแปลความหมายความต้องการของผู้คลอด การแสดงออกถึงการรับรู้ความคาดหวังของผู้คลอด การแก้ไขความขัดแย้ง การแก้ไขปัญหาของผู้คลอดในทางคลินิก รวมทั้งการดูแลในประเด็นเดียวกันแก่คู่สมรส เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้ว่าให้ความหมายของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

ในระยะคลอดจะมีความหมายและองค์ประกอบที่ใช้คำศัพท์แตกต่างกัน ตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นพื้นฐานหรือจากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมของพยาบาล แต่เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดขององค์ประกอบและพฤติกรรมจะมีความคล้ายคลึงกัน แต่ต่างกันที่การจัดหมวดหมู่ขององค์ประกอบ ซึ่งสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ว่าการสนับสนุนการคลอดของพยาบาล หมายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและสตรีในระยะคลอดในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดีประกอบด้วยการสนับสนุนการคลอดใน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (physical support) เป็นการให้การดูแลผู้คลอดให้เกิดความสบายแก่ผู้คลอดในระยะคลอด โดยการจัดหาวิธีในการลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดและเกิดความสบาย ด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ ในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด หรืออาจใช้วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผ่อนคลายเหมาะสมแก่ผู้คลอด และให้การดูแลทางด้านร่างกายโดยตรง เช่น การรักษาความสะอาด ดูแลกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น รวมถึงกระตุ้นให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวร่างกายในระหว่างคลอด 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ การให้ความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัยด้วยท่าทีที่มั่นคงสงบ และเต็มใจ เป็นต้น 3) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้คลอดที่ไม่ขัดกับมาตรฐานของการพยาบาล การรับรู้ถึงความต้องการและสื่อสารให้บุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ รับรู้ และ 4) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ (information/instruction support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะคลอด ตลอดจนข้อมูลด้านอื่นๆ ที่จำเป็นรวมทั้งการสอนและแนะนำในการปฏิบัติเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เป็นต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาแนวทางการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลและนำไปพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสรุป ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลทั้งจากหนังสือ ตำรา และเอกสารงานวิจัย สังเคราะห์เป็นข้อคำถามได้จำนวน 23 ข้อ สะท้อนองค์ประกอบของการสนับสนุนการคลอด 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 3) การเป็นตัวแทนผู้คลอด และ 4) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ สร้างเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ ใช้ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่จำเป็น โดยให้คะแนน 0 = ไม่สำคัญเลย 1 = สำคัญเล็กน้อย 2 = ไม่น่าใจ 3 = สำคัญมาก และ 4 = สำคัญมากที่สุด นำไปตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) และภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางสูติศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด 2 ท่าน นำมาปรับปรุงและแก้ไขให้มีความเหมาะสมทางภาษาและความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยตัดข้อคำถามออกจำนวน 1 ข้อคือ ข้อที่ 23 “ให้ข้อมูลคำแนะนำทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการคลอด เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้คลอด” เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะว่าข้อคำถามนี้ไม่ตรงกับบริบทการดูแลผู้คลอดของประเทศไทย รวมเหลือข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ

2. นำแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่ได้ไปตรวจสอบองค์ประกอบของการสนับสนุนการคลอดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor

Analysis) พิจารณาตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออกก่อนนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency)

3. นำแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่ปรับปรุงแล้วไปวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบด้วยการวิเคราะห์ Second Order Confirmatory Factor Analysis เพื่อตรวจสอบยืนยันความตรงและความเที่ยงเชิงโครงสร้าง (construct validity and reliability)

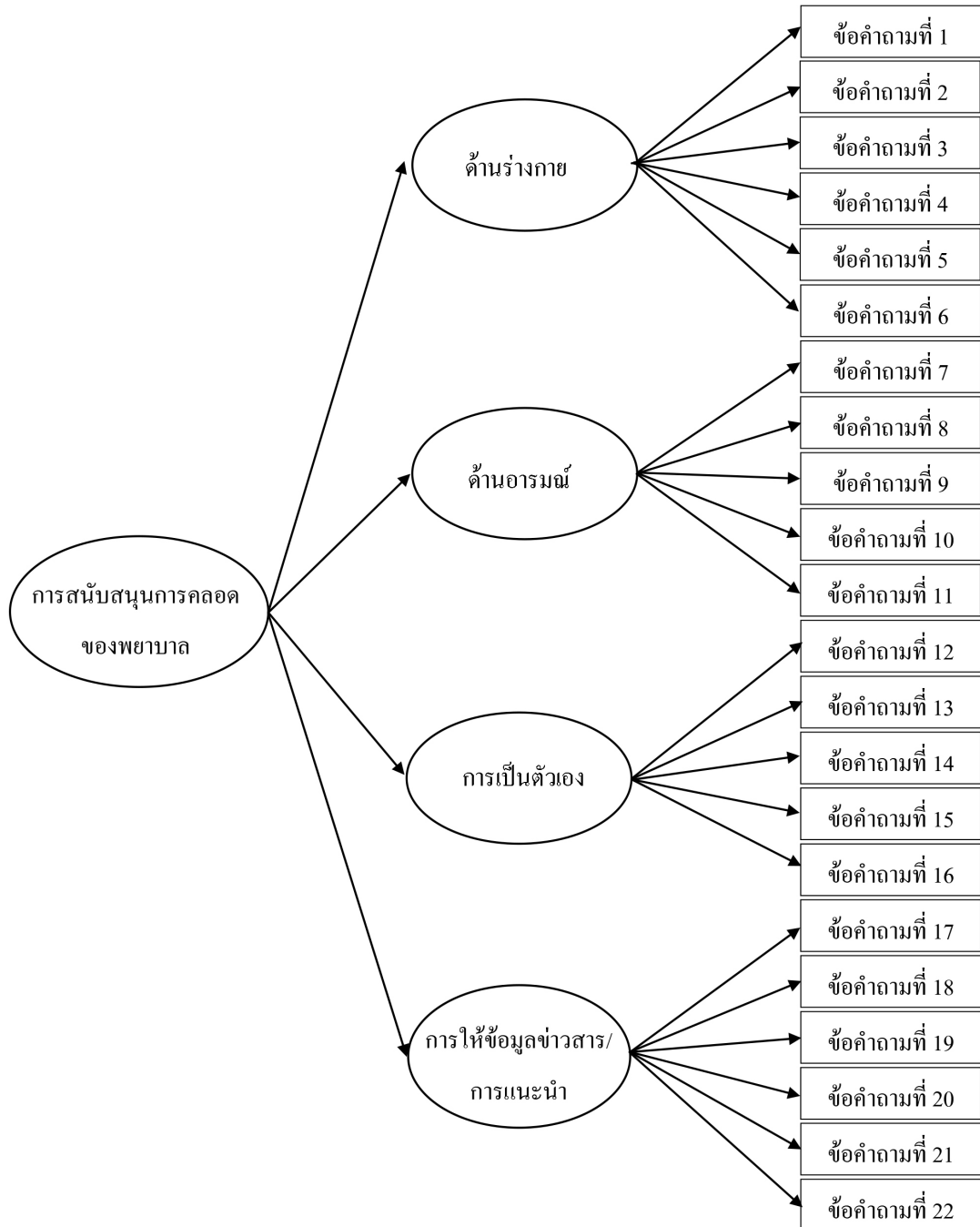
ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดจากโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสุ่มมาจากต้นสังกัดที่แตกต่างกัน 6 แห่ง โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับภาควิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มีข้อเสนอแนะในเรื่องของขนาดตัวอย่างหลากหลาย เช่น ให้ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 5 รายต่อข้อคำถาม 1 ข้อ²⁶ หรือใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 100 รายหรือมากกว่า²⁷ หรือน้อยกว่า 100 รายได้ในกรณีที่แต่ละข้อคำถามมีความร่วมมือกัน (communalities) สูงเท่ากับหรือมากกว่า .6²⁸ ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนการคลอดคั้งนี้มีจำนวน 22 ข้อ จึงควรใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 110 ราย และเมื่อเก็บข้อมูลจริงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 123 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 693/2557 และสถานที่เก็บข้อมูลทุกแห่ง โดยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องคลอดเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลและจัดทำบัญชีรายชื่อของพยาบาลประจำห้องคลอดของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยเป็นรายบุคคลตามตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละคน เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตกลงในการเข้าร่วม

การวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถามและให้แบบสอบถามไว้ตอบเมื่อสะดวก พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาที่จะรับแบบสอบถามคืน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ตรวจสอบโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์เพื่อสกัดองค์ประกอบแบบ Principal component extraction และหมุนแกนแบบ oblimin rotation ให้แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน และมีเกณฑ์ในการจำแนกข้อคำถามในการจัดเข้าแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ คือ 1) ข้อคำถามมีน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มากกว่า .30 2) ข้อคำถามสะท้อนองค์ประกอบอย่างมีความหมาย และ 3) Measures of Sampling Adequacy (MSA) จะต้องมากกว่า .50 วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถามกับแบบวัดทั้งฉบับ (corrected Item-total correlation) รวมทั้งวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละองค์ประกอบและของแบบวัดทั้งฉบับด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคและวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบ (Second Order Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยให้ข้อคำถามทั้งหมดเป็น first order และองค์ประกอบทั้ง 4 เป็น second order ตั้งโมเดลทางทฤษฎีของการสนับสนุนการคลอดในภาพที่ 1 และเพื่อพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีข้อคำถามอยู่ระหว่าง 12-30 ข้อ ขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 250 ราย จึงใช้เกณฑ์ ดังนี้ 1) ค่าไคสแควร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) 2) ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ควรน้อยกว่า .08 3) ค่าดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืน (Comparative Fit Index: CFI) ควรมีค่า .95³ และ 4) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) ควรมีค่า $> .90$ ^{26,29}

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล



ภาพที่ 1 โมเดลทางทฤษฎีของการสนับสนุนการคลอด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 ราย เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 16.30) โรงพยาบาลเจริญกรุง 16 ราย (ร้อยละ 13.00) โรงพยาบาลรามธิบดี 19 ราย (ร้อยละ 15.40) โรงพยาบาลภูมิพล 15 ราย (ร้อยละ 12.20) โรงพยาบาลราชวิถี 25 ราย (ร้อยละ 20.30) และโรงพยาบาลจุฬาฯ 28 ราย (ร้อยละ 22.80) มีอายุอยู่ระหว่าง 22-60 ปี อายุเฉลี่ย 37 ปี (Mean = 37.32, SD = 9.93) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.10 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และร้อยละ 8.90 มีการศึกษาในระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการทำงานในห้องคลอดตั้งแต่ 1-37 ปี (Mean = 13.82, SD = 10.15) โดยร้อยละ 78.90 ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดด้วยตนเองมาก่อน

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลด้านสนับสนุนการคลอดทางด้านร่างกายอยู่ระหว่าง 3.01-3.41 คะแนน (SD = 0.59-0.74) พฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านอารมณ์อยู่ระหว่าง 2.75-3.50 คะแนน (SD = 0.56-0.88) พฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านความเป็นตัวแทนผู้คลอดอยู่ระหว่าง 3.23-3.31 คะแนน (SD = 0.53-0.68) พฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ระหว่าง 3.36-3.68 คะแนน (SD = 0.52-0.69)

การตรวจสอบโครงสร้างเชิงทฤษฎี (construct validity) ของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor Analysis) พบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับที่ดีมากในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Kaiser-Meyer-Olkin: KMO = .89) และข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันในระดับที่เพียงพอ (Bartlett Test of Sphericity $\chi^2 = 1285.73$, df = 23, p = <.001)

Measures of Sampling Adequacy : MSA อยู่ระหว่าง .83-.93 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบ Principal component extraction พบว่า มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (eigenvalue) มากกว่า 1 เมื่อตรวจสอบกราฟ (scree plotted) ระหว่างค่าไอเกนกับจำนวนองค์ประกอบ พบว่า มี 4 องค์ประกอบที่เหมาะสม²⁶ ในการสกัดองค์ประกอบเชิงโครงสร้างใช้การหมุนแบบ oblimin ให้แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันพบว่า องค์ประกอบด้านการเป็นตัวแทน ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลได้ร้อยละ 39.88, 9.54, 5.86, และ 5.13 ตามลำดับ และทั้ง 4 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลได้ร้อยละ 60.41 ข้อคำถามสามารถสะท้อนองค์ประกอบได้ดี โดยข้อคำถามสามารถร่วมกันในการอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบของพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดในระดับดี (communalities = .48-.78) ยกเว้นข้อคำถามข้อที่ 17 “อธิบายขั้นตอนการให้บริการที่ผู้คลอดจะได้รับระหว่างการคลอด อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องและกฎระเบียบของโรงพยาบาล” ที่น้ำหนักองค์ประกอบสะท้อนคุณสมบัติ 2 องค์ประกอบคือการสนับสนุนการคลอดด้านร่างกาย และด้านการเป็นตัวแทนในระดับที่ยอมรับได้ใกล้เคียงกัน จึงยังคงข้อคำถามไว้ในแบบวัด ส่วนข้อคำถามที่ 2 “ช่วยเหลือผู้คลอดในการปรับเปลี่ยนท่าในระหว่างการคลอด” และข้อคำถามที่ 9 “จัดกิจกรรมที่ผู้คลอดสนใจ หรือตรงกับความชอบ เช่น อ่านหนังสือ ทำสมาธิ เป็นต้น” ไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบใดได้จึงถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ และเหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

การตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) พบว่า องค์ประกอบการสนับสนุนการคลอดด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด การสนับสนุนด้าน

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .85, .84, .78, .75 และสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของทั้งแบบวัดเท่ากับ .92 โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (inter-item correlation) เฉลี่ยเท่ากับ .36 เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์รายข้อกับแบบวัดทั้งหมด (corrected item-total correlation) ซึ่งควรจะมีค่า .30 ถึง .70²⁶ พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง .44 - .77

ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อที่เหลือ ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบด้วย Second Order Confirmatory Factor Analysis ผลการวิเคราะห์การกระจายแบบ Multiple Normality พบว่า มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (skewness > 5, kurtosis >10, $\chi^2 = 302.50$, $p < .05$)^{26,29} ดังนั้นการวิเคราะห์ยืนยันองค์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโมเดลทางทฤษฎีและโมเดลทางเลือก

มิติองค์ประกอบ	โมเดลทางทฤษฎี	โมเดลทางเลือก
χ^2 (Satorra-Bentler Scaled)	200.26	156.26
df	166	157
p	0.03	0.50
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.04	0.00
90 % CI	0.01-0.06	0.00-0.04
p	0.30	0.94
Comparative Fit Index (CFI)	0.99	1.00
Goodness of Fit Index (GFI)	0.84	0.87

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบทั้ง 4 พบว่า องค์ประกอบการสนับสนุนการคลอดทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นตัวแทน และด้านข้อมูลข่าวสารและการแนะนำมีน้ำหนักองค์ประกอบเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .69 ถึง .92 และมีการแปรผันร่วมกับองค์ประกอบหลักการสนับสนุนการคลอดในระดับปานกลางถึงสูงมาก (construct

ประกอบจึงใช้วิธีการของ Maximum Likelihood ที่ปรับด้วยวิธีการของ Satorra-Bentler robust method (S-B χ^2 ; Satorra & Bentler, 1988)³⁰

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดการสนับสนุนการคลอดที่เป็นโมเดลสมมติฐานทางทฤษฎี พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากขนาดตัวอย่างที่น้อยกว่า 250 ราย เมื่อพิจารณาจากค่าไคสแควร์ ($\chi^2 = 200.265$, $df = 166$, $p = .03$) ค่าประมาณความคาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ยน้อยกว่า .80 (RMSEA = .04, 90% CI = .01-.06, $p = .30$) ค่าดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืนมากกว่า .95 (CFI = .99) และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนมีค่าเข้าใกล้ .90 (GFI = .84) (ตารางที่ 1)

reliability: $R^2 = .48-.84$) โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวที่ $p < .05$ และเมื่อพิจารณาข้อคำถามพฤติกรรมที่สะท้อนการสนับสนุนการคลอดแต่ละองค์ประกอบในรายข้อ พบว่า มีน้ำหนักองค์ประกอบเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .48 ถึง .83 และน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อที่ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 น้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันและสัมประสิทธิ์กำหนดของโมเดลการวัด และโมเดลทางเลือก

มิติองค์ประกอบ	โมเดลการวัด	โมเดลทางเลือก
	Standardized factor loading: p-value	Standardized factor loading: p-value
การสนับสนุนการคลอด: ด้านร่างกาย		
ข้อคำถามที่ 1	0.51; <.05	0.52; <.05
ข้อคำถามที่ 3	0.58; <.05	0.59; <.05
ข้อคำถามที่ 4	0.70; <.05	0.71; <.05
ข้อคำถามที่ 5	0.69; <.05	0.70; <.05
ข้อคำถามที่ 6	0.61; <.05	0.61; <.05
การสนับสนุนการคลอด: ด้านอารมณ์		
ข้อคำถามที่ 7	0.68; <.05	0.69; <.05
ข้อคำถามที่ 8	0.64; <.05	0.65; <.05
ข้อคำถามที่ 10	0.72; <.05	0.68; <.05
ข้อคำถามที่ 11	0.74; <.05	0.68; <.05
การสนับสนุนการคลอด: การเป็นตัวแทน		
ข้อคำถามที่ 12	0.66; <.05	0.67; <.05
ข้อคำถามที่ 13	0.61; <.05	0.66; <.05
ข้อคำถามที่ 14	0.74; <.05	0.70; <.05
ข้อคำถามที่ 15	0.81; <.05	0.80; <.05
ข้อคำถามที่ 16	0.79; <.05	0.75; <.05
การสนับสนุนการคลอด: ข้อมูลข่าวสาร/การแนะนำ		
ข้อคำถามที่ 17	0.48; <.05	0.47; <.05
ข้อคำถามที่ 18	0.71; <.05	0.71; <.05
ข้อคำถามที่ 19	0.77; <.05	0.78; <.05
ข้อคำถามที่ 20	0.83; <.05	0.81; <.05
ข้อคำถามที่ 21	0.69; <.05	0.68; <.05
ข้อคำถามที่ 22	0.80; <.05	0.80; <.05

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

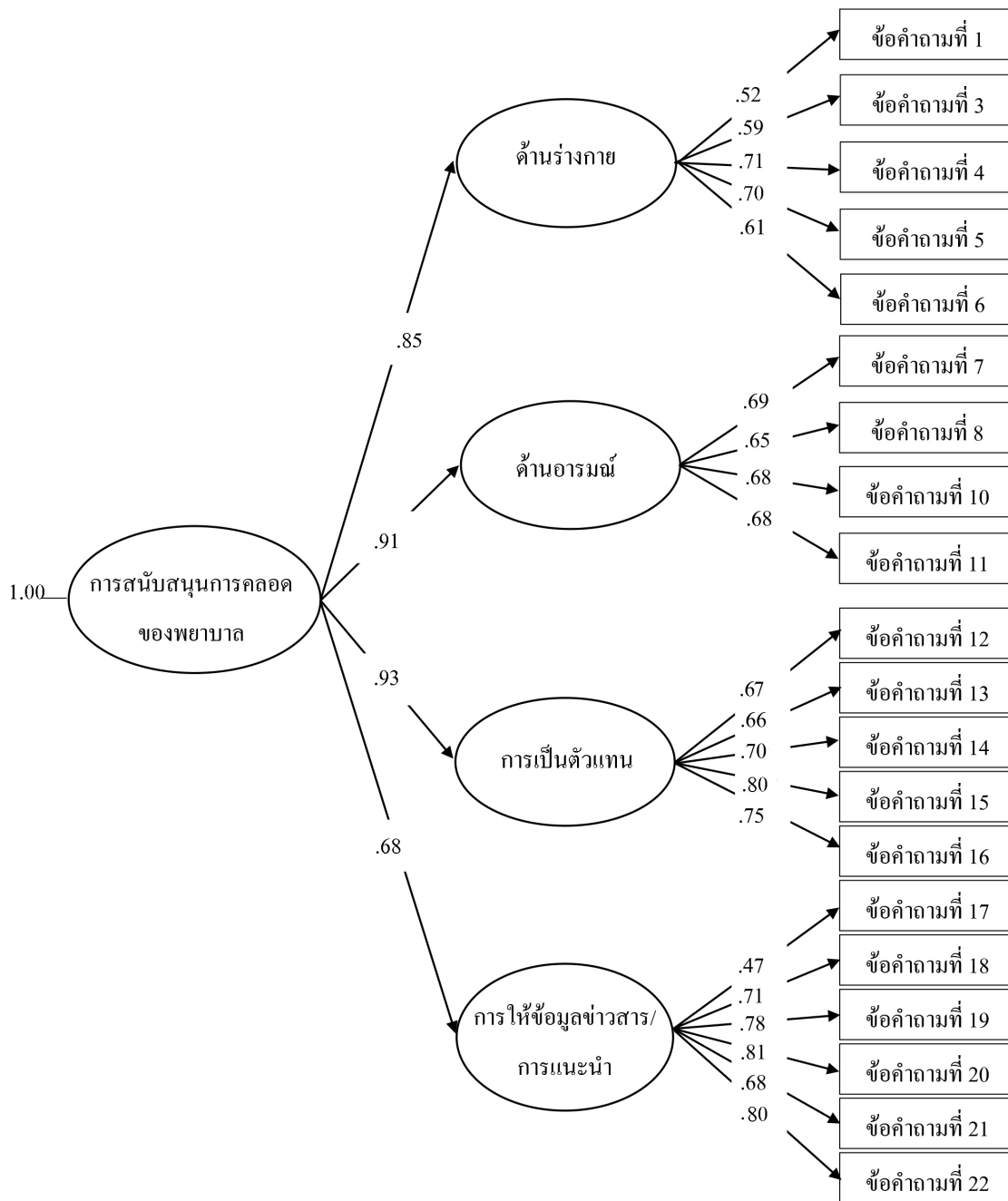
ตารางที่ 2 น้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันและสัมประสิทธิ์กำหนดของโมเดลการวัด และโมเดลทางเลือก (ต่อ)

มิติองค์ประกอบ	โมเดลการวัด	โมเดลทางเลือก
	Standardized factor loading: p-value	Standardized factor loading: p-value
โครงสร้างของการสนับสนุนการคลอด		
การสนับสนุนด้านร่างกาย	0.85; <.05, R ² = 0.72	0.85; <.05, R ² = 0.72
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.87; <.05, R ² = 0.75	0.91; <.05, R ² = 0.83
การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน	0.92; <.05, R ² = 0.84	0.93; <.05, R ² = 0.86
การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและการแนะนำ	0.69; <.05, R ² = 0.48	0.68; <.05, R ² = 0.46

จากการวิเคราะห์ พบว่า ความคาดเคลื่อนของข้อคำถามพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดบางข้อมีความสัมพันธ์กัน จึงปรับให้เป็นโมเดลทางเลือก (ภาพที่ 2) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลทางเลือกของการสนับสนุนการคลอด พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ค่อนข้างสมบูรณ์ เมื่อพิจารณาจากค่าไคสแควร์ ($\chi^2 = 156.25$, $df = 1576$, $p = .50$) ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ยน้อยกว่า .80 (RMSEA = .000, 90% CI = .00-.04, $p = .938$) ค่าดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืนมากกว่า .95 (CFI = 1) และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนมีค่าเข้าใกล้ .90 (GFI = .87) (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานขององค์ประกอบทั้ง 4 พบว่า องค์ประกอบย่อยการสนับสนุนการคลอดทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้าน

การเป็นตัวแทน และด้านข้อมูลข่าวสารและการแนะนำ มีน้ำหนักองค์ประกอบเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .68 ถึง .93 และมีการแปรผันร่วมกับองค์ประกอบหลักการสนับสนุนการคลอดในระดับปานกลางถึงสูง (construct reliability: R² = .46-.86) โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวที่ $p < .05$ และเมื่อพิจารณาข้อคำถามพฤติกรรมที่สะท้อนการสนับสนุนการคลอดแต่ละองค์ประกอบในรายชื่อ พบว่า มีน้ำหนักองค์ประกอบเป็นบวก มีขนาดตั้งแต่ .47 ถึง .81 และน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อที่ $p < .05$ โดยพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือข้อคำถามที่ 20 “ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล” รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 15 “เป็นตัวแทนในการสอบถามหรือหาข้อมูลในสิ่งที่คุณคลอดมีความสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา” (ตารางที่ 2)



ภาพที่ 2 โมเดลการสนับสนุนการคลอด (โมเดลทางเลือก)

อภิปรายผล

พฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลห้องคลอดจำนวนทั้งหมด 22 พฤติกรรมพยาบาลห้องคลอดมีความเห็นว่า 21 พฤติกรรมมีความสำคัญอยู่ในระดับมากขึ้นไป (Mean > 3) โดยพฤติกรรมที่พยาบาลห้องคลอดเห็นว่าสำคัญมากที่สุดคือ พฤติกรรมข้อที่ 18 “สอนเทคนิคในการบรรเทาปวด เช่น การหายใจ/การผ่อนคลายและการเบ่งคลอด” (Mean = 3.68, SD = 0.52) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ส่วนพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่มีความสำคัญน้อยที่สุดคือพฤติกรรมข้อที่ 9 “จัดกิจกรรมที่ผู้คลอดสนใจ หรือตรงกับความชอบ เช่น อ่านหนังสือทำสมาธิ” (Mean = 2.75, SD = 0.88) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดทางด้านอารมณ์และส่วนใหญ่พยาบาลห้องคลอดจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการคลอดทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำมากที่สุด (Mean = 3.36-3.68, SD = 0.52-0.69) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนการคลอดมุ่งเน้นการดึงศักยภาพของผู้คลอดออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้คลอดในการช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้โดยมีพฤติกรรมในทางบวก^{1,2,25} ดังนั้นการช่วยเหลือแนะนำ บอกกล่าวถึงการปฏิบัติตนในการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลหรือความเครียดจึงมักเป็นจุดเน้นของการดูแลในระยะคลอด

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลที่สร้างขึ้นตามสมมติฐานทางทฤษฎีจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อตรวจสอบและการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยัน พบว่า ตัวแปรแฝงการสนับสนุนการคลอดสามารถวัดได้ด้วยองค์ประกอบย่อยและพฤติกรรมชีวิตในโมเดลได้จริง สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนการคลอด (labor support) นั้น ประกอบด้วยการสนับสนุนการคลอดใน 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (physical support) ซึ่งเป็นการดูแลโดยตรง รวมทั้งการจัดหาเทคนิคต่าง ๆ ในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ให้มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย 3) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ เข้าใจความรู้สึกของผู้คลอด และกระทำการแทนในเรื่องที่มีข้อจำกัด และ 4) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ (information/instruction support) เป็นการให้ข้อมูล สอนและแนะนำสิ่งที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ในทางบวกในระยะคลอด^{4,15,16,23} นั่นคือตัวแปรแฝงการสนับสนุนการคลอดมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ตามบริบทของสังคมไทยและเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโมเดลทางทฤษฎีและโมเดลทางเลือกโดยประเมินด้วยค่าไคสแควร์ ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) ค่าดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืน (CFI) รวมทั้งค่าความเชื่อมั่นความตรงเชิงโครงสร้าง (construct reliability: R^2) พบว่า ทั้งสองโมเดลมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน แม้ว่าค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) จะค่อนข้างต่ำแต่ก็เข้าใกล้ .90 ซึ่งน่าจะมีค่ามากขึ้นหากมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น²⁶ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความสอดคล้องภายในที่พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคขององค์ประกอบย่อยการสนับสนุนด้านร่างกาย ($\alpha = .78$) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\alpha = .75$) แม้จะต่ำกว่า .80 ที่เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แต่ก็อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับแบบวัดที่พัฒนาใหม่ ($\alpha = .70$)³¹ อย่างไรก็ดีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดโดยรวมก็มีค่าสูง ($\alpha = .92$) และค่าความเชื่อมั่นความตรงเชิงโครงสร้าง (construct reliability: R^2) ของทั้งการสนับสนุนทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ก็อยู่ในระดับที่สูง ($R^2 = .72$ และ $.83$ ตามลำดับ) แต่ค่าความเชื่อ

มันความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและการแนะนำมีค่าปานกลางเข้าใกล้ .5 ($R^2 = .46$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อคำถามข้อที่ 17 “อธิบายขั้นตอนการให้บริการที่ผู้คลอดจะได้รับระหว่างการรอคลอด อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องและกฎระเบียบของโรงพยาบาล” ซึ่งข้อคำถามควรอยู่ในองค์ประกอบด้านข้อมูล ข่าวสารและการแนะนำ แต่จากการออกแบบสอบถามของพยาบาล พบว่ามีน้ำหนักองค์ประกอบสะท้อนคุณสมบัติ 2 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนการคลอดด้านร่างกายและด้านการเป็นตัวแทน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีตั้งต้นเมื่อวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบโดยคงความหมายตามทฤษฎี โดยจัดให้ข้อคำถามนี้อยู่ในการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำจึงทำให้ค่าความเชื่อมั่นความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบนี้มีค่าต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบจากพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดในบริบทของสังคมไทย แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดที่ได้สามารถนำไปใช้ศึกษาการสนับสนุนการคลอดทั้งในรูปของการวัดการปฏิบัติจริงของพยาบาล และการรับรู้การสนับสนุนการคลอดของสตรีในระยะคลอดจากพยาบาล โดยการปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้สะท้อนสิ่งที่ต้องการประเมิน และอาจนำไปศึกษาเพื่อพัฒนาแบบวัดในกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย ในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยลิสร

เอกสารอ้างอิง

1. Hodnett ED. Nursing support of the laboring woman. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996;25:257-64.
2. Miltner RS. Identifying labor support actions of intrapartum nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000;29(5):491-499.
3. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;3(4):456-64.
4. Gagnon AJ, Waghorn K. One-to-one nurse labor support of nulliparous women stimulated with oxytocin. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1999;28(4):371-6.
5. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Database Cochrans Systematic Review 2003 [cited 2003 June 29]. Available from Cochranlibrary.
6. Rosen P. Supporting women in labor: Analysis of different type of caregivers. J Midwifery Womens Health. 2004;49(1):24-31.
7. Sauls DJ. Effect of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(6):733-41.
8. Barrett A, Stark, MA. Factors associated with labor support behaviors of nurses. J Perinat Educ 2010; 19(1):12-18.
9. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnson C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37(1):24-34.
10. Mackinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;34(1):28-36.
11. Yuenyong S, O'Brien B, Jirapeet V. Effect of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in Thai setting. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:45-56.
12. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Watson JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(11):1373-81.

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

13. Sauls DJ. Nurses' attitudes toward provision of care and related health outcomes. *Nurs Res.* 2007; 56(2):117-123.
14. Burger A. An evolutionary concept analysis of labor support. *Int J Childbirth Educ* 2014;29(2):64-72.
15. Sauls DJ. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *J Nurs Scholarsh.* 2006; 38(1),36-41.
16. Sauls DJ. The labor support questionnaire: Development and psychometric analysis. *J Nurs Meas.* 2004; 12(2):123-32.
17. Kintz DI. Nursing support in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1987;16:126-30.
18. Takka M, Paunonen M. Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *J Adv Nurs.* 1996;23:70-5.
19. Bryanton J, Fraser-Davey H, Sullivan F. Women's perceptions of nursing support during labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23(8):638-44.
20. Corbett CA, Callister SC. Nursing support during labor. *Clin Nurs Res.* 2000;9(1):70-83.
21. Davies BI, Hodnett ED. Labor support: Nurses' self-efficacy and view's about factors influencing implementation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31 (1):45-56.
22. Taylor JS. Caregiver support for women during childbirth: Does the presence of a labor-support person affect maternal-child outcomes. *Am Fam Physician.* 2002;6(7):1205-6.
23. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37 (1):106-15.
24. Mackey M, Lock S. Women's expectations of the labor and delivery nurse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1989;18:505-12.
25. Simkin P. Supportive care during labor: a guide for busy nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(6): 721-23.
26. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis.* 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.
27. Kellar SP, Kelvin EA. *MUNRO's statistical methods for health care research.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
28. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics.* 6th ed. Boston: Pearson Education; 2013
29. Kline R. *Principles and practice of structural equation model.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
30. Byrne BM. *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming.* 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
31. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research.* 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.