

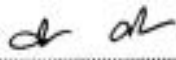
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์
ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

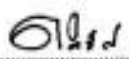
สุดารักษ์ ประสาร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

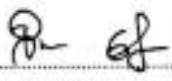
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุदारิณห์ ประสาร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทิศ ศิริอรุณรัตน์)

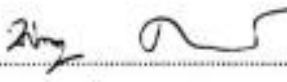

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรรัตน์ เฉชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

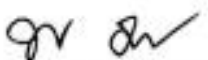

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตต์จุฑา ชัยเสนา ศาลาส)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรรัตน์ เฉชะศักดิ์ศรี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์)

วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ถูกต้องยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในสาขาการปกครองทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และน้องสาวที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจที่ดี และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือเอื้ออาทร และให้กำลังใจ คอยสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

ศุคารักษ์ ประसार

58920075: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์: พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง/ ความกลัวการคลอด/ ผลลัพธ์ของการคลอด

สุदारักษ์ ประสาร: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อ

ความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก (EFFECTS OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAMME ON FEAR OF CHILDBIRTH AND CHILDBIRTH OUTCOMES AMONG PRIMIPAROUS WOMEN) คณะกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ศ.ด., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ศ.ด. 120 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

การสนับสนุนในระยะคลอด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อ ความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 48 คน เลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติทดสอบสัดส่วน และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดที่วัดครั้งที่ 2 (หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์) น้อยกว่าที่วัดครั้งที่ 1 แต่มีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นเมื่อวัดครั้งที่ 3 (เมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด) และมีค่าสูงสุดเมื่อวัดครั้งที่ 4 (ระยะปากมดลูกเปิดมาก 6-7 ซม.) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดที่วัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) และได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แต่มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดที่วัดครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด และสัดส่วนวิธีการคลอดแบบการคลอดปกติไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม ($p = .830$, $p = .714$ และ $p = .188$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาเสนอแนะว่าพยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดและดูแลผู้คลอดในระยะคลอดเพื่อลดการใช้ยาเร่งคลอด

58920075: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: CONTINUOUS LABOR SUPPORT/ FEAR OF CHILDBIRTH/ CHILDBIRTH
OUTCOMES

SUDARAK PRASAN: EFFECTS OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT
PROGRAMME ON FEAR OF CHILDBIRTH AND CHILDBIRTH OUTCOMES AMONG
PRIMIPAROUS WOMEN. ADVISORY COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H.,
TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 120 P. 2020.

Labor support is an important independent role of the nurse and midwife. This quasi experimental research aimed to study the effects of continuous labor support on fear of childbirth and outcomes of childbirth among primiparous women. The sample was 48 primiparous pregnant women who attend the antenatal clinic and gave birth at 38-40 weeks of gestational age in the delivery room of Srisaked hospital. Subjects were selected by inclusion criteria and random sampling was used to assign the subjects equally to experiment and control groups of 24 pregnant women each. Data were collected by a personal and demographic questionnaire, pregnancy and labor record, and the fear of birth scale. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, Kolmogorov-Smirnov Z-test, and independent t-test.

Analysis found that the mean scores of fear of childbirth in both groups measured at time 2 (after attending the program during pregnancy) were less than at time 1. However, they increased when measured at time 3 (admission into the labor room) and were highest at time 4 (active phase: cervix dilatation 6-7 cm). The difference in fear of childbirth mean scores at time 1 and time 2 in the experimental group was significantly greater than in the control group ($p = .009$), and the proportion of oxytocin administration in the experimental group was significantly less than in the control group ($p = .001$). There were no significant differences in the fear of childbirth mean scores at time 3 and time 4, duration of the first stage of labor, and the proportion of type of delivery between the experimental group and the control group ($p = .830$, $p = .714$, and $p = .188$, respectively).

The results suggest that nurses and midwives should apply this program to provide better childbirth preparation and care of the parturient during labor in order to decrease oxytocin administration.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
กระบวนการคลอด	12
ความถี่การคลอด.....	15
แนวทางการดูแลผู้คลอด	20
การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง.....	30
ผลของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผู้คลอดและการคลอด	36
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการวิจัย.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	59
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	62
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	65
ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	69
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง	70
ส่วนที่ 6 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความถี่ การคลอด	71
ส่วนที่ 7 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผลลัพธ์ การคลอด	72
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย	76
อภิปรายผลการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	82
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	82
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	95
ภาคผนวก ค	102
ภาคผนวก ง	104
ภาคผนวก จ	113
ประวัติย่อของผู้วิจัย	120

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	60
2	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด.....	62
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล การตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	66
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล การตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	67
5	เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูล การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	68
6	ค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลา การวัด	69
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดก่อนเข้าร่วม โปรแกรมในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	70
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความถี่การคลอด ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการสนับสนุนการคลอด อย่างต่อเนื่อง	71
9	เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง	73
10	เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง	73
11	เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง	74

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 ขั้นตอนการทดลอง.....	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อจะขับสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกออกจากโพรงมดลูกมาสู่ภายนอกโดยผ่านทางช่องคลอดเกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้นตอนและต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยทารกจะมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับลักษณะของช่องเชิงกรานเพื่อที่จะเคลื่อนตัวเข้าสู่ช่องเชิงกราน มีปริมาณฮอร์โมนออกซิโทซินเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดการรัดตัวของมดลูกที่ถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงมากขึ้น ทำให้ปากมดลูกบางและเปิดขยายเพิ่มขึ้น (ปิยะนุช ชูโต, 2562; นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปริสัณญกุล, 2558; อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุรยา, 2554; Cunningham et al. 2014; Pillitteri, 2010) เกิดแรงผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลงเข้าสู่ช่องเชิงกรานและผ่านออกมาทางช่องคลอดตามกลไกการคลอดทำให้ทารกคลอดออกมาได้ ขณะเดียวกันผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดขึ้นบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศ และก้น (Brownridge, 1995) ซึ่งความเจ็บปวดนี้ถือเป็นสิ่งที่คุกคามทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ กระตุ้นให้ผู้คลอดเกิดความกลัวขึ้นได้

ความกลัวที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการตั้งครรภ์ และการคลอด ซึ่งเกิดขึ้นจากความรู้สึกของแต่ละบุคคลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดจะส่งผลต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดเป็นปฏิกิริยาที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันตัวเองในการเผชิญเหตุการณ์ที่กำลังคุกคาม มักเกิดจากความกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และทารกในครรภ์ สำหรับความกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง คือ กลัวความเจ็บปวด กลัวช่องคลอดฉีกขาดขณะเบ่งคลอด กลัวการคลอดยาวนาน กลัวคลอดเองไม่ได้ ส่วนความกลัวในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทารก ได้แก่ กลัวทารกได้รับบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตจากการคลอด นอกจากนั้นผู้คลอดยังวิตกกังวล และกลัวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่แปลกใหม่ และอุปกรณ์ต่าง ๆ มากมาย (ปิยะนุช ชูโต, 2562; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ความกลัวการคลอดเป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ จะรู้สึกมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด อาจต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ สำหรับด้านร่างกาย เมื่อมีความกลัวการคลอดบุตรเกิดขึ้นจะมีการไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนแคทีโกลามีน (Catecholamine) มีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ในระยะแรกของการคลอดทำให้กล้ามเนื้อ

มดลูกส่วนบนและกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างทำงานไม่ประสานกัน ทำให้มดลูกหดตัวไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าหรือนานกว่าปกติ และส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ (ศศิธร พุ่มดวง, 2548; Holmes & Magiera, 1987; Brownridge, 1995; Pillitteri, 2010) ส่งผลให้ไม่สามารถคลอดเองได้ จำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด และมีการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมากขึ้น ส่วนด้านจิตใจ เมื่อผู้คลอดมีความกลัวการคลอดเกิดขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีความตึงเครียด ทำให้รับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ถ้าทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้จะนำไปสู่ความต้องการยาบรรเทาปวด หรือร้องขอการผ่าตัดคลอด (Dick-Read, 1984)

ความกลัวการคลอด เป็นภาวะปกติที่จะพบได้ทั้งในผู้คลอดครรภ์แรก และผู้คลอดครรภ์หลัง ซึ่งระดับความกลัวการคลอดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่มีระดับความกลัวการคลอดสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลังถึง 1.90 เท่า (Nilsson, Lundgem, Karlstrom, & Hildingsoon, 2011) มีสาเหตุมาจาก ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน กลัวสิ่งที่ไม่รู้ ไม่อาจคาดคะเน หรือไม่อาจควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดได้ อาจรวมถึงกลัวความเจ็บปวด กลัวภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือทารก และกลัวเสียชีวิต (Zar, Wijma, & Wijma., 2001; Ryding, Wijma, Wijma, & Redhstrom, 1998) อาจเกิดจากการได้รับฟังเรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับการคลอดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดจากผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอด จึงส่งผลให้มีความกลัวการคลอดในระดับที่รุนแรงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา สุขศรี และรัชนิวรรณ รอส, 2557; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันชะรักษา, 2556) ซึ่งความกลัวการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกจะมีผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกกลัวการคลอดทางช่องคลอด (เฟื่อง ดี หงู่ลี, วรรณิ เดียววิเศษ และศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558) และเชื่อว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความปลอดภัยต่อผู้คลอดและทารกก่อนข้างสูง (มนัสชนก มณีอินทร์, 2558) จึงจะร้องขอการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดตามธรรมชาติ (Chanthasenanont, Nanthakomon, & Kamudhamas, 2007) จะเห็นได้ว่า ความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลผดุงครรภ์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดในการลดความกลัวการคลอด เพื่อให้กระบวนการคลอดมีประสิทธิภาพ

กระบวนการคลอดจะก้าวหน้า และดำเนินไปได้ตามกลไกของการคลอดหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยการคลอดที่ต้องทำหน้าที่ประสานกันหรืออยู่ในภาวะที่เหมาะสม ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการคลอดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก ได้แก่ แรงผลักดัน (Powers) หนทางคลอด (Passages) สิ่งที่คลอดออกมา (Passengers) (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2016;

Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดอีก 3 ปัจจัย ได้แก่ สภาพาร่างกาย (Physical condition) สภาพจิตใจ (Psychological condition) และท่าของผู้คลอด (Position) (นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปรีศัญญกุล, 2558; Pillitteri, 2010) ถ้าผู้คลอดที่ไม่มีปัญหาช่องเชิงกรานแคบ หรือทารกตัวใหญ่ ปัจจัยด้านแรงผลักดัน (Powers) หรือแรงจากการหดตัวของมดลูก เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะทำให้เกิดการคลอดทางช่องคลอดได้ กล่าวคือ เมื่อมดลูกที่มีการหดตัวสม่ำเสมอถี่ขึ้น แรงและนานขึ้น จะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนจะสั้นลง และมีความหนาแน่นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้พื้นที่ในโพรงมดลูกส่วนบนน้อยลง เกิดแรงผลักดันให้ทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลงมาเข้าสู่ช่องเชิงกราน ขณะที่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างมีการยืดขยาย ทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายและบางลงเพิ่มมากขึ้น ส่วนนำของทารกมีการก้มลงมากขึ้น ช่วยทำให้ทารกผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานไปได้ การที่ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) จะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์ และทำให้มดลูกหดตัวได้ดีขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการคลอด นอกจากนี้ยังช่วยลดการกดทับเส้นเลือดที่อยู่ด้านหลัง ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกกับรกจึงได้รับออกซิเจนได้เพิ่มขึ้น (ปราณี ชีโรโสภณ และคณะ, 2560; อัมพร โอนอ่อน, วัชรวัฒน์ วนเกียรติ, พรทิพย์ รองเลื่อน, เนตรนภา เหมเป่า และสุวิมล ทิศา, 2550; World Health Organization [WHO], 2015)

ปัจจัยด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และท่าของการคลอด มีความสำคัญในการส่งเสริมการหดตัวของมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ กล่าวคือ สภาพาร่างกาย (Physical condition) ที่ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด และสภาพจิตใจ (Psychological condition) ที่รู้สึกปลอดภัย ไม่กลัวการคลอด และมั่นใจในการคลอด จะลดการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนความเครียด ได้แก่ คอร์ติซอล (Cortisol) อะดรีนาลิน (Adrenalin) และแคทีโคลามีน (Catecholamine) ส่งผลให้การทำงานของมดลูกดี มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอดให้สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ สภาพาร่างกาย และท่าของผู้คลอด เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีการคลอดดำเนินไปได้ตามกระบวนการคลอด ซึ่งการสนับสนุนการคลอดเป็นแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ดูแลผู้คลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตอารมณ์

แนวคิดการสนับสนุนการคลอด เป็นการดูแลผู้คลอดให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดลดความหวาดกลัว สามารถคลอดได้ทางช่องคลอด เกิดประสบการณ์เชิงบวกในการคลอด และลดผลกระทบที่เกิดกับทารกในครรภ์ (บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2552) การสนับสนุนการคลอดตาม

แนวคิดของ Adams and Bianchi (2008) ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical support) ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และด้านการเป็นผู้แทน (Advocacy support) การสนับสนุนด้านร่างกาย เป็นการดูแลให้เกิดความสบายและผ่อนคลาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้คลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลกระเพาะปัสสาวะว่าง และการไม่จำกัดกิจกรรม เป็นต้น การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการคลอด เช่น การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การใช้สัมผัส การยอมรับ และการแสดงความเข้าใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการขอมูลและข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้คลอด เช่น บอกให้ทราบถึงกระบวนการคลอด การเปิดของมดลูก ระยะเวลาที่จะคลอด เป็นต้น ผลของการสนับสนุนระยะคลอดโดยเฉพาะด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างเหมาะสม ขอมรับความเจ็บปวดในทางบวก มีความเข้าใจธรรมชาติการคลอด เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010) ส่งผลให้ผู้คลอดมีอารมณ์ผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมตนเองได้ (Simkin & O'Hara, 2002) ซึ่งจะส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวดี ทำให้ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง (Pillitteri, 2010) ส่วนการไม่จำกัดกิจกรรม และการส่งเสริมให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) จะทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงช่องเชิงกรานและไปกดที่ปากมดลูกส่งเสริมการเกิด Ferguson's reflex จากทารกที่ส่วนนำทารกกดที่ปลายประสาท บริเวณปากมดลูกทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังไฮโปธาลามัสเป็นผลให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการหดตัวของมดลูกทั้งความถี่ และความแรง (WHO, 2015) ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้คลอดไม่ได้รับการสนับสนุนระยะคลอด ส่งผลให้ระยะเวลาคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Fawcett, Pollio, & Tully, 1992)

การสนับสนุนการคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดทั้งต่อผู้คลอดและทารก จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2012; Sauls, 2002) และการศึกษาในประเทศ สามารถสรุปผลลัพธ์ของการสนับสนุนการคลอดออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคลอด 2) ด้านความเจ็บปวด และ 3) ด้านจิตสังคม ซึ่งผลลัพธ์ด้านการคลอด ได้แก่ ช่วยลดระยะของการคลอดให้สั้นลง (Langer, Campero, Garcia, & Reynoso, 1998; Pascoe, 1993; อาทิตยา เพิ่มสุข, วรณี เดียววิเศษ และนุจรี ไชยมงคล, 2550; Akbarzadeh, Masoudi, Zare & Kasraeian, 2016; Safarzadeh et al., 2012) ลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

(Gagnon, Waghorn, & Covell, 1997; Madi, Sandall, Bennett, & MacLeod, 1999; Kennell, Klaus, McGrath, Robertson, & Hinkley, 1991) APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป (Akbarzadeh et al., 2016) ลดการใช้ Oxytocin เร่งคลอดในระยะรอคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Klaue et al., 1992 อ้างถึงใน Sauls, 2002; Kennell et al., 1991; Madi, 1999) ผลลัพธ์ด้านความเจ็บปวด คือ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด (วรินทร์ธร สุขกาย, จวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2561; ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, จวีวรรณ อยู่สำราญ และชานนท์ เนื่องตัน, 2557; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; มานี จันทรโสภา, จวี เบาทรวง และสุกัญญา ปรีศัญญกุล, 2555; Safarzadeh et al., 2012) และลดการใช้ยาเร่งปวดในระยะรอคลอด (Kennell et al., 1991; อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ, 2550) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม (วรินทร์ธร สุขกาย และคณะ, 2561; เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558) ความวิตกกังวลลดลง (ณัฐจิรา วินิจลย์, ยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2556; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ, 2550) มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017; บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2552; มานี จันทรโสภา และคณะ, 2555) ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Self-esteem) (Wolman, Chalmers, Hofmeyr, & Nikodem, 1993) ความพึงพอใจต่อการคลอด/ ประสบการณ์การคลอดเพิ่มขึ้น (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561; เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; ศิวพร สุดเพชร และคณะ, 2557; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเป็นการยืนยันผลดีของการสนับสนุนการคลอด ซึ่งการสนับสนุนการคลอดมีผลดีต่อผู้คลอด และทารกในครรภ์ สามารถลดการใช้กิจกรรมทางการแพทย์ (Medical intervention) ลง (พิริยา ศุกศรี, 2549) ทำให้ใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาล น้อยลง ส่งผลให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายลงได้ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยการศึกษาส่วนใหญ่ ทดสอบผลของการสนับสนุนการคลอดในด้านความเจ็บปวด และด้านจิตสังคม แต่ในด้านผลลัพธ์ของการคลอดยังมีการศึกษาไม่มากนัก มีเพียงการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนการคลอดมีผลทำให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง การใช้ยาบรรเทาปวด ลดลง แต่ไม่มีผลต่อชนิดของการคลอด ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องในต่างประเทศที่พบว่า การสนับสนุนการคลอด ช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอด และคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น (Hodnett et al., 2012; AWHONN, 2011) ด้วยเหตุผลที่ยังมีการศึกษาน้อย และผลของการศึกษายังไม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบในต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการสนับสนุนการ คลอดต่อผลลัพธ์การคลอด และการลดการใช้ยาเร่งคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากผลลัพธ์การ

คลอด เช่น การคลอดเองทางช่องคลอด การเกิดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน เป็นต้น เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการพยาบาลในการดูแลผู้คลอด นอกจากนี้การศึกษาที่เกี่ยวกับการสนับสนุน การคลอดส่วนใหญ่ จะทำเฉพาะในระยะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งอาจจะทำให้ผลของการสนับสนุน การคลอดไม่สามารถลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ และเพิ่มการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอด แก่สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้คลอดมีความเข้าใจในกระบวนการคลอด ลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้ และเมื่อผู้คลอด มีความวิตกกังวลลดลงจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในการคลอด (Lowe, 2002) มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการคลอดเองได้ (จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2558) ซึ่ง Bandura (1986) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความเชื่อมั่น และกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการทำพฤติกรรมนั้น ๆ

การสนับสนุนการคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะดูแลให้ผู้คลอด สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด โดยการให้การสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้คลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จะเป็นการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของผู้คลอดในการคลอด การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ฮอร์โมนที่ เกี่ยวกับการคลอด ความก้าวหน้าในการคลอด การผ่อนคลาย หรือการบรรเทาปวดในระยะคลอด ตลอดจนการฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวด การบริหารร่างกายเพื่อการคลอดง่าย การได้รับ ฟังประสบการณ์ของผู้ที่เคยผ่านการคลอดปกติทางช่องคลอด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ ผู้คลอดที่เข้าร่วมการเตรียมการคลอดร่วมกัน เป็นการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วย ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ จะช่วยให้ผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้คลอดในการคลอด ซึ่งการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอด (Lowe, 2000; Kish, 2003) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดพยาบาลผดุงครรภ์จะให้การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (Physical support) จะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย มีความสุขสบายของร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้กำลังใจผู้คลอดให้มั่นใจในการเผชิญการคลอด การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information/ Instructional support) เป็นการทบทวน และปฏิบัติสิ่งที่ได้เรียนรู้ตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ และการเป็นผู้แทน (Advocacy support) จะสื่อกลางกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์และรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้คลอด

โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลขนาด 700 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีนโยบายการให้บริการการคลอดที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด โครงสร้างของห้องคลอดเป็นห้องรวมมีเตียงรอกคลอด 12 เตียง จากข้อมูลของห้องคลอดพบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด ปี พ.ศ. 2558-2561 มีจำนวน 5,024 5,279 5,000 และ 4,713 คนตามลำดับ มีอัตราการคลอดปกติคือ ร้อยละ 52.05, 50.40, 47.66 และ 47.08 ตามลำดับ ลักษณะของห้องคลอดไม่เอื้อให้สามี ญาติ เข้าไปอยู่ดูแลในห้องคลอด มีการจัดเวลาให้เข้าเยี่ยม 3 เวลา ครั้งละ 1 ชั่วโมง ลักษณะการดูแลยังไม่มีการใช้แนวทางการดูแลผู้คลอดแบบเร่ง (Active management) หรือการให้ยาเร่งคลอดร่วมกับการเจาะถุงน้ำ เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและปากมดลูกมีความพร้อมที่จะเปิดขยายได้ดี สำหรับการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกจะให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกโรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นสถานที่ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการคลอดของ Adams and Bianchi (2008) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยเริ่มให้การสนับสนุนการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนเข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนการคลอดระยะตั้งครรภ์เป็นการเตรียมผู้คลอดให้มีความรู้ ความเข้าใจ สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองในระยะคลอด การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในระยะตั้งครรภ์มาทบทวน และปฏิบัติจริงเมื่อเจอสถานการณ์นั้น ๆ ได้เหมาะสม ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการคลอดของตนเอง ซึ่งจะช่วยลดความกลัวการคลอด และเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีต่อผู้คลอดและทารกแรกเกิด ได้แก่ คลอดเองได้ทางช่องคลอด ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ไม่น้อยกว่า 8 คะแนน และลดการใช้ยาเร่งคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมในระยะตั้งครรภ์

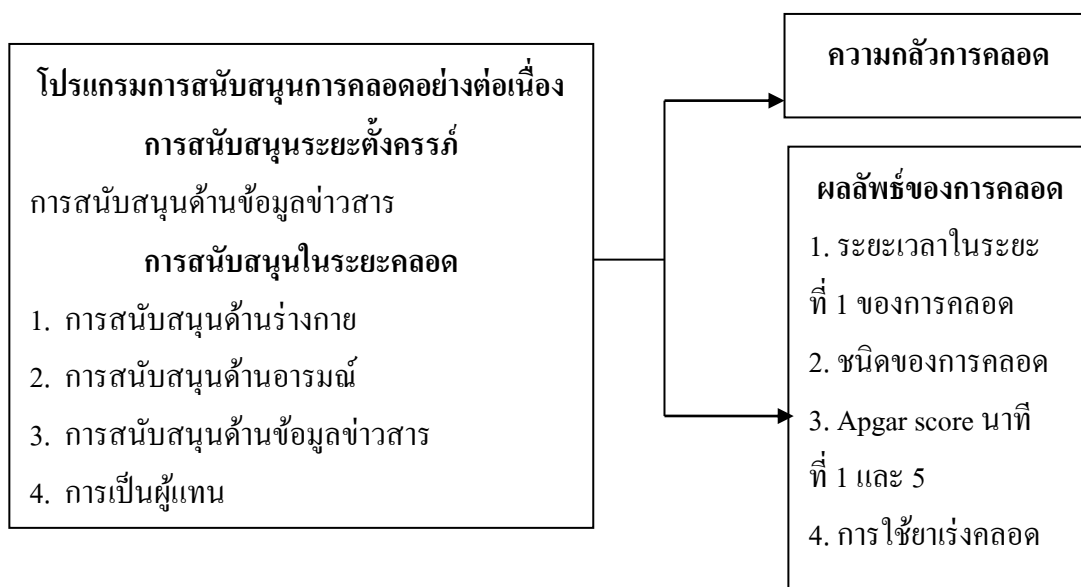
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความถี่การคลอดเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะคลอด
3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการคลอดปกติสูงกว่ากลุ่มควบคุม
5. กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
6. ทารกแรกเกิดที่คลอดจากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ แนวคิดการสนับสนุนการคลอด (Labor support) ของ Adams and Bianchi (2008) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนผู้คลอดใน 2 ระยะ ได้แก่ การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information/ Instructional support) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ ฮอร์โมนเกี่ยวกับการคลอด ความก้าวหน้าในการคลอด สอนเทคนิคการลูบหน้าท้อง สอนเทคนิคการหายใจ สอนเทคนิคการเบ่งคลอด สอนการบริหารร่างกายเพื่อการคลอด และจัดให้รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอดกับผู้หญิงที่เคยคลอดบุตรแบบปกติซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดได้มีทักษะการปฏิบัติตัว และสามารถนำไปใช้ได้ในระยะคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัว (พะยอม ปอนสืบ และพัทธาภรณ์ บุญอยู่สูง, 2555) สำหรับการสนับสนุนระยะคลอด ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical support) จะเป็นการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ช่วยให้ผู้คลอดเกิดความผ่อนคลายมีความสุขสบายของร่างกาย เช่น การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวด การไม่จำกัดท่าทาง และการจัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position)
- 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) จะเป็นการให้กำลังใจผู้คลอดให้มั่นใจในการเผชิญการคลอด เช่น อยู่เป็นเพื่อน พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล กล่าวชมเชย สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information/ Instructional support) จะเป็นการทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ผู้คลอดได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในระยะตั้งครรภ์มาใช้ ได้แก่ วิธีการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวด
- 4) การเป็นผู้แทน (Advocacy support) จะรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้คลอดและไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด แจ้งแผนการรักษากับผู้คลอด

โดย ไม่ตัดสินใจเรื่องการรักษาแทน และเป็นตัวแทนของผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการวางแผนคลอด และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้คลอดที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง จะมีความกลัวการคลอดลดลง และมีผลลัพธ์ในการคลอดดีทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ลดลง มีการคลอดปกติเพิ่มขึ้น ลดการใช้ยาเร่งคลอด และทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย Apgar score นาทีก่อนที่ 1 และ 5 ปกติเพิ่มขึ้น สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562-31 มีนาคม พ.ศ. 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ชุดของการปฏิบัติกิจกรรม โดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่กระทำต่อผู้คลอด ซึ่งเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ด้วยการสนับสนุนในระยะ

ตั้งครรภ์ โดยกิจกรรมการเตรียมตัวคลอด และการสนับสนุนระยะคลอดโดยให้การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอด (Labor support) ของ Adams and Bianchi (2008) ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information/Instructional support) และการเป็นผู้แทน (Advocacy support)

ความกลัวการคลอด หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้คลอดที่ตอบสนองต่อการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ และการคลอดที่ผู้คลอดประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เผชิญ ประเมินโดยใช้มาตรวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) ของ Haines, Pallant, Karlstrom, and Hildingsson (2011)

ผลลัพธ์ของการคลอด หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ และจากการคลอด ประกอบด้วย ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ชนิดของการคลอด APGAR score และการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดเริ่มตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว (3 หรือ 4 เซนติเมตร) หรือมีการหดตัวของมดลูกทุก 3-5 นาที duration 45-60 วินาที intensity moderate (Cunningham et al., 2014) จนกระทั่งถึงปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) บันทึกลงเป็นนาที

ชนิดของการคลอด หมายถึง การคลอดเองทางช่องคลอดโดยไม่ใช้หัตถการ การคลอดที่ใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

APGAR score หมายถึง การประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนนด้วยการสังเกต สีผิว ซีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น การเคลื่อนไหวต่าง ๆ หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจของทารก ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 หลังทารกคลอด (Apgar, 1953)

การใช้ยาเร่งคลอด หมายถึง การกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวมากขึ้น โดยใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocin) โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ผู้คลอดครรภ์แรก หมายถึง ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน เข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ด้วย Classifying form ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจฟัน ตรวจครรภ์ การให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม และการเตรียมเอกสาร และข้อใช้ต่าง ๆ ในการคลอดบุตร และในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ ข้อปฏิบัติ

ขณะอยู่โรงพยาบาล ความก้าวหน้าการคลอด แผนการรักษา ภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ และการดูแลตามระยะของการคลอด ดังนี้ ระยะ Latent phase ของการคลอด (เจ็บครรภ์จริง-ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร) ระยะ active phase (ปากมดลูกเปิด 4-8 เซนติเมตร) และระยะ Transition phase (ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตรขึ้นไป) ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. กระบวนการคลอด
2. ความกลัวการคลอด
3. แนวทางการดูแลผู้คลอด
4. การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง
5. ผลของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผู้คลอดและการคลอด

กระบวนการคลอด

การคลอด (Childbirth) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และประสบการณ์การเป็นบิดามารดาในระยะเริ่มแรก เป้าหมายของการคลอดเป็นเรื่องของบุคคลและครอบครัว การตั้งครรภ์และการคลอดในแต่ละครั้งมีลักษณะแตกต่างกัน และมีความเกี่ยวข้องกับสรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เป็นกระบวนการปกติทางสรีระ ซึ่งโดยทั่วไปไม่ต้องมีการรักษาทางการแพทย์ (Medical intervention) (Nichols & Humenick, 2000) และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับเอาทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกในครรภ์มารดาออกสู่ภายนอก โดยเกิดขึ้นเมื่อผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์จริง จะเข้าสู่ระยะคลอดที่แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ของการคลอดหรือระยะปากมดลูกเปิด (First stage of labor) เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์จริงไปจนถึงปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) ซึ่งครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 12-16 ชั่วโมง และครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง (Cunningham et al., 2014) ตามแนวคิดของ Midwifery model มีการแบ่งระยะนี้ออกเป็น 3 ระยะ (Davidson, London, & Ladewig, 2016 อ้างถึงใน ปิยะนุช ชูโต, 2562)

1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ระยะนี้การเปิดของปากมดลูกจะค่อนข้างช้า โดยในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ย

ประมาณ 8.6 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 20 ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ

5.3 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 14 ชั่วโมง

1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร จนถึง 7 เซนติเมตร ระยะนี้ปากมดลูกจะเปิด 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์หลัง โดยในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 4.6 ชั่วโมง ในครรภ์หลังจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2.4 ชั่วโมง

1.3 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร จนถึง 10 เซนติเมตร ระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดประมาณ 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์แรก และ 2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์หลัง โดยในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 3.6 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังจะใช้เวลาแตกต่างกันในผู้คลอดแต่ละราย

2. ระยะที่ 2 ของการคลอดหรือระยะเบ่ง (Second stage of labor) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอดออกมา ในครรภ์แรกใช้เวลา 30 นาทีถึง 3 ชั่วโมง เฉลี่ยประมาณ 50 นาที ส่วนในครรภ์หลังใช้เวลา 5-30 นาที เฉลี่ยประมาณ 20 นาที (Cunningham et al., 2014) แต่ในทางปฏิบัติถือเอาระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงเป็นเกณฑ์พิจารณาให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้คลอดครรภ์แรก และ ½-1 ชั่วโมงสำหรับผู้คลอดครรภ์หลัง (Cunningham et al., 2014; ปิยะนุช ชูโต, 2562)

3. ระยะที่ 3 ของการคลอดหรือระยะรก (Third stage of labor) เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดครบจนถึงรก และเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ ในระยะนี้ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังจะใช้เวลาไม่แตกต่างกันคือ 5-10 นาที แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที

4. ระยะที่ 4 ของการคลอด (Fourth stage of labor) นับตั้งแต่หลังคลอดรกและเยื่อหุ้มทารกไปจนถึง 4 ชั่วโมงหลังคลอด แต่ในทางปฏิบัติระยะที่ 4 ของการคลอดมักใช้เกณฑ์ที่ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

การคลอดทางช่องคลอดแม้จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่กระบวนการคลอดจะก้าวหน้าและดำเนินไปได้ตามกลไกการคลอดหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยการคลอดที่ต้องทำหน้าที่ประสานกันหรืออยู่ในภาวะที่เหมาะสม โดยปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด ปัจจัยหลักได้แก่ แรงผลักดัน (Powers) หนทางคลอด (Passages) สิ่งที่คลอดออกมา (Passengers) (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดอีก 3 ปัจจัยได้แก่ สภาวะร่างกาย (Physical condition) สภาวะจิตใจ (Psychological condition) และท่าของผู้คลอด

(Position) (ปิยะนุช ชูโต, 2562; นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปริสัณญกุล, 2558; Pillitteri, 2010)

1. แรงผลักดัน (Powers) การหดตัวของมดลูกเป็นแรงสำคัญที่ทำให้การคลอดมีความก้าวหน้า ซึ่งแรงนี้อยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตใจ โดยปกติในระยะคลอดมดลูกจะหดตัวเมื่อการคลอดดำเนินต่อไปมดลูกจะหดตัวถี่ขึ้น แรงและนานขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนจะสั้นและมีความหนามากกว่าเดิม ขณะที่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างจะยืดออกและบาง ทำให้พื้นที่ในโพรงมดลูกส่วนบนลดลงผลักดันให้ทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลง ปากมดลูกมีความบางและเปิดขยายออก การหดตัวของมดลูกที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้า เมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ต้องมีแรงเบ่งจากผู้คลอดร่วมด้วยจึงจะทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนผ่านออกมาได้

2. หนทางคลอด (Passages) รูปร่างและขนาดของหนทางคลอด กระดูกเชิงกรานของผู้คลอดที่มีขนาดกว้างพอที่จะทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนผ่านไปได้ ผู้คลอดที่มีรูปร่างเล็ก ตัวเตี้ยมักมีขนาดของเชิงกรานเล็กตามรูปร่าง หรือในรายที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณอุ้งเชิงกราน อาจทำให้แนวกระดูกสันหลังค่อม ซึ่งเป็นการอุปสรรคต่อการดำเนินการคลอด รวมถึงการมีก้อนเนื้องอกขวางในอุ้งเชิงกราน ความไม่ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเชิงกราน ความผิดปกติของช่องคลอดและปากมดลูก ที่กล่าวมาทั้งหมดมีผลต่อการคลอดเองทางช่องคลอด

3. สิ่งที่คลอดออกมา (Passengers) ลักษณะและขนาดของทารกในครรภ์ ถ้าทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่จากน้ำหนักมาก หรือจากที่ทารกมีความผิดปกติของร่างกายทำให้บางส่วนใหญ่ผิดปกติทำให้มีการเคลื่อนผ่านหนทางคลอดของมารดาได้ยาก ขณะเดียวกันทารกในครรภ์ที่มีขนาดเล็ก หรืออายุครรภ์ไม่ครบกำหนดการดำเนินการคลอดมักจะเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้ท่าทางของทารกในครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าหน้า ท่าศีรษะที่ท้ายทอยทารกอยู่ด้านหลังของเชิงกรานมารดา เป็นต้น ท่าทางทารกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า ทารกที่มีท่าศีรษะและก้นหน้าท้ายทอยอยู่ด้านบนเป็นท่าปกติจะทำให้การเคลื่อนต่ำเป็นไปได้ง่าย

4. สภาพาร่างกาย (Physical condition) การช่วยให้ผู้คลอดสบายกาย ผ่อนคลายจากอาการเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ผู้คลอดจะรู้สึกตื่นตัวและสนใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งหากผู้คลอดมีความกลัว หรือเจ็บครรภ์มากจะทำให้มีการหลั่งของอะดรีนาลิน (Adrenalin) สูงขึ้นส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ ควรมีการดูแลบรรเทาปวดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด การสัมผัส เนื่องจากจะทำให้เกิดการหลั่งสารเอ็นโดรฟินที่ช่วยลดการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาทกับการรับรู้อาการปวดลงได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดระยะเวลาในการคลอดได้สั้นลง

5. สภาวะจิตใจ (Psychological condition) ผู้คลอดที่กลัวมาก ๆ หรือมีความเหนื่อยล้า เป็นสาเหตุให้ Adrenal medulla หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้หลอดเลือดตีบเป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลงกว่าเดิม การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพลดลง ระยะเวลาในการรอคอดเพิ่มขึ้น โดยที่ความกลัว จะทำให้ผู้คลอดรับรู้ถึงการเจ็บครรภ์คอดมากขึ้น กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดมีการสลายพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจนส่งผลให้มีการคั่งของกรดแลคติกเกิดเป็นความเหนื่อยล้า แรงที่จะใช้ในการเบ่งคอดจึงมีน้อยลง ดังนั้น เมื่อรับรู้ถึงการเจ็บครรภ์มากขึ้น ความอดทนจะลดลง

6. ท่าของผู้คลอด (Position) การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) จะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนตัวของทารกในครรภ์ และทำให้มดลูกหดตัวได้ดีขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการคอด นอกจากนี้ยังช่วยลดการกดทับเส้นเลือดที่อยู่ด้านหลัง ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกกับรก จึงทำให้ได้รับออกซิเจนได้เพิ่มขึ้น (ปราณี ชีร โสภณ และคณะ, 2560; อำพร โอนอ่อน และคณะ, 2550; WHO, 2015) มีการศึกษาของ อำพร โอนอ่อน และคณะ (2550) พบว่า การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงขณะรอคอด จะมีค่าเฉลี่ยของเวลาในการคอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 2 ชั่วโมง

จะเห็นได้ว่า การคอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อที่จะขับเอาสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกออกมาสู่ภายนอก โดยผ่านทางช่องคลอด ส่วนสาเหตุของการเจ็บครรภ์คอดยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่า เกิดจากฮอร์โมน และปัจจัยจากมารดาและทารกในครรภ์ สำหรับกระบวนการคอดมี 4 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิด ระยะเบ่ง ระยะรก และระยะแรกหลังคอด ซึ่งระยะเวลาในการคอดของผู้คลอดแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ Powers, Passage, Passenger, Physical condition, Psychological condition และ Position ดังนั้น การดูแลผู้คลอดให้สามารถคอดเองได้ทางช่องคลอดจึงเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อการคอด โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ สภาพร่างกาย และท่าของผู้คลอด เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดี การคอดดำเนินไปได้ตามกระบวนการ

ความกลัวการคอด

ความกลัวการคอด (Fear of childbirth) เป็นปฏิกิริยาที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองด้านอารมณ์ที่เกิดกับผู้คลอดทุกรายเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่มีความกลัวที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคอดอย่างต่อเนื่อง และจะยังคงรู้สึกกลัวการคอดต่อไปอีกหลังจากคอดบุตรแล้ว (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย และคณะ, 2556) ซึ่งความกลัวการ

คลอดบุตรจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงทารกในครรภ์ จากการ ทบทวนเอกสารพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความกลัว และความกลัวการคลอดไว้ ดังนี้

Dick-Read (1984) สูติแพทย์ชาวอังกฤษ ให้ความหมายความกลัว (Fear) ว่าเป็น ประสบการณ์ทางอารมณ์หรือความรู้สึกที่คนทุกคนต้องเคยพบมาในชีวิตตั้งแต่ในวัยเด็กจนถึง วัยชรา เป็นสัญญาณที่แจ้งเตือนถึงเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือการรับรู้ถึง สิ่งกระตุ้นทำให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายเหล่านั้น

Whitley (1992) กล่าวว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยาของประสาทซิม พาทติก มีสิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้น ทำให้เกิดอาการหวาดหวั่น กลัว และเครียด

Hofberg and Brockington (2000) อธิบายว่า ความกลัวการคลอดบุตร มาจากคำว่า Tokophobia เป็นคำมาจากภาษากรีกประกอบด้วย Toko หมายถึง การคลอด Phobos หมายถึง ความกลัว แบ่งเป็น 2 ชนิด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; Hofberg & Ward, 2003) คือ

1. ความกลัวการคลอดบุตรปฐมภูมิ (Primary tokophobia) เป็นความกลัวการคลอด ที่เกิดขึ้นก่อนจะมีการตั้งครรภ์ สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความกลัวการคลอดทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้เข้มงวดกับการคุมกำเนิด และเลือกใช้การคุมกำเนิดหลายวิธี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ บางรายที่มีความกลัวการคลอดระดับรุนแรงจึงต้องการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ มากกว่าที่จะคลอดทั้ง ๆ ที่อยากมีบุตร ผู้หญิงบางรายแสวงหาสูติแพทย์ที่จะให้การดูแล มีแผนการ ผ่าตัดคลอด บางคนหลีกเลี่ยงไม่มีบุตรหรือรับบุตรมาเลี้ยงเนื่องจากไม่สามารถเอาชนะความกลัว การคลอดได้ ความกลัวการคลอดทำให้ผู้หญิงบางคนปล่อยระยะเวลาให้นานจนหมด ประจำเดือนทั้งที่ยังไม่เคยผ่านการคลอด จนเสียโอกาสในการมีบุตรเนื่องจากอายุมาก

2. ความกลัวการคลอดบุตรชนิดทุติยภูมิ (Secondary tokophobia) เป็นความกลัว การคลอดที่เกิดเนื่องจาก มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการคลอดบุตรที่ผ่านมา ได้แก่ ความ เจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการคลอด การใช้สูติศาสตร์หัตถการต่าง ๆ และการได้รับบาดเจ็บจาก การคลอด (Traumatic delivery) อาจเกิดการคลอดปกติ การแท้งบุตร การคลอดบุตรไร้ชีพ (Stillbirth) หรือยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดขาดเจ็บ ทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง และหลีกเลี่ยงที่จะตั้งครรภ์และคลอดบุตรในครั้งต่อไป

สรุปได้ว่า ความกลัวการคลอดจึงหมายถึง ความรู้สึกตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อการ ตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่ถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ขณะตั้งครรภ์ และเจ็บครรภ์คลอด เป็นความรู้สึกกลัว และความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้คลอดที่ประเมินว่าเป็นสิ่งที่จะคุกคามที่เป็น อันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์

ผลกระทบของความกลัวการคลอด

ความกลัวการคลอดทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ต่อตัวผู้คลอด ความกลัวการคลอดมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ มีความเครียด มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเช่น คิดมาก นอนไม่หลับ ฝันร้าย หวาดระแวง ปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หงุดหงิด พักผ่อนไม่ได้ ขาดสมาธิ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีภาวะเครียดภายหลังภาวะวิกฤติ (Post traumatic stress disorder) วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์ด้านลบในการตั้งครรภ์และการคลอด เกิดความอ่อนล้าหลังคลอด การเห็นคุณค่าในตนเอง ลดลง และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น การศึกษาของ Nilsson and Lundgren (2009) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ระหว่าง 24-37 สัปดาห์ที่มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกโดดเดี่ยว และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ และด้อยกว่าสตรีคนอื่น แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1.1 มีอาการของความเครียด เช่น ร้องไห้ในระยะรอคลอด นอนไม่หลับในระยะรอคลอด คิดมากเกี่ยวกับความกลัวการคลอด ระยะรอคลอดมีอาการหัวใจเต้นเร็ว หงุดหงิด และพักผ่อนไม่ได้ในระยะรอคลอด

1.2 มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวัน เช่น มีความตึงเครียด น้บการเดินของทารกน้อยกว่าปกติ ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน รู้สึกหวาดระแวง ไม่ยินดีกับการตั้งครรภ์

1.3 มีความต้องการผ่าตัดคลอด ต้องการผ่าตัดคลอดหรือร้องขอการผ่าตัดคลอดจากแพทย์/ พยาบาล มีความคิดจะขอให้แพทย์ผ่าตัดคลอด

1.4 มีความต้องการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์และการคลอด อยากเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไปก่อน คิดเกี่ยวกับการทำแท้ง ตกอยู่ในความหวาดกลัว และอยากหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์

2. ต่อผลของการคลอด (Birth outcomes) ได้แก่ สตรีที่มีความกลัวการคลอดจะมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่าสตรีทั่วไป มีความต้องการใช้ยาแก้ปวดในระยะคลอดมากขึ้น มีการคลอดยาก และการคลอดยาวนาน

จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาดังกล่าวข้างต้น ผู้คลอดควรได้รับการประเมินความกลัวการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากความกลัวการคลอดที่มากเกินไป อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และต่อครอบครัวได้

การประเมินความกลัว

พยาบาลผดุงครรภ์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพต้องให้ความสนใจ และทำความเข้าใจ ปัญหาความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่สามารถประเมินความกลัวเกี่ยวกับการคลอดได้ 3 วิธี (วันเพ็ญ ไสยมรรคา, ศรีอัย อนุสรณ์ชिरกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงศ์, 2555) ดังนี้

1. การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological technique) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ การมีเหงื่อออก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตรวจคลื่นสมอง การประเมินวิธีนี้อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากมีปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผู้ทำการประเมิน เป็นต้น

2. การประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออก (Behavior rating scales) เป็นการประเมินความกลัวโดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงต่อเหตุการณ์นั้น เช่น การแสดงออกทางคำพูด การเคลื่อนไหว การรับรู้ ความคิด สติปัญญา การสื่อสาร โดยไม่ใช่คำพูด ปฏิกริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ร้องไห้ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ถอนหายใจ

3. การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report method) เป็นการประเมินความกลัวจากการรับรู้ของผู้ที่ตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการคลอด มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 แบบประเมินความกลัวในระยะคลอด (Delivery Fear Scale [DFS]) เป็นแบบสอบถามความกลัวการคลอดในระยะคลอด เครื่องมือนี้ใช้ในการศึกษาของ Alehagen, Wijma, and Wijma (2001) และมีการพัฒนาเครื่องมือโดย Wijma, Alehagen, and Wijma (2002) ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 และ Kim et al. (2005) นำมาใช้ที่ประเทศเกาหลี และใช้ที่ประเทศสวีเดน โดยใช้ประเมินความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งแบบประเมินความกลัวการคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1-10 โดยให้ระบุความคิดเห็นของตนเป็นตัวเลข 1 คือ ไม่เห็นด้วยที่สุด และ 10 คือ เห็นด้วยที่สุด ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึงมีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556)

3.2 แบบประเมินความกลัวการคลอดทางช่องคลอด (Fear of vaginal childbirth scale) เป็นแบบสอบถามความกลัวการคลอดทางช่องคลอดในระยะตั้งครรภ์ใช้ประเมินเนื้อหา

และความรุนแรงของความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ พัฒนามาจากแบบสอบถามความกลัวการคลอดของ Areskog, Kjessler, and Uddenberg (1982) ซึ่งแบบสอบถามนี้ Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Kononen, and Halmesmaki (2001) นำมาใช้ในการคัดกรองมารดาที่มีความกลัวการคลอดทางช่องคลอด เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการให้กิจกรรมการพยาบาล (A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth) และ Saisto, Toivanen, Salmela-Aro, and Halmesmaki (2006) นำแบบสอบถามนี้มาปรับปรุงเพิ่มเติม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวม 0-10 คะแนน คะแนนที่ใช้วินิจฉัยว่ามีความกลัวการคลอดทางช่องคลอด คือ 5 คะแนนขึ้นไป

3.3 แบบประเมินอารมณ์ความรู้สึกด้วยสายตา (Patient-rated visual analogue scale [VAS]) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาวในแนวนอน ที่ได้จากการวัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่เลข 0 ไปตามความยาวของเส้นตรง วัดยาวเป็นเซนติเมตร ค่าคะแนนความกลัวจาก 0-10 เซนติเมตร โดยปลายซ้ายของเส้นตรงแทนคะแนน 0 หมายถึงไม่มีความกลัวเลย และปลายขวาสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 10 หมายถึงความรู้สึกในระดับกลัวสูงสุด ซึ่ง Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki, and Saisto (2008) นำมาทดลองใช้ในการประเมินความกลัวการคลอดในระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยใช้ร่วมกับ The W-DEQ version A ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.7

3.4 แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรของ Eriksson (Childbirth related fear scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความกลัวการคลอดบุตรที่พัฒนาโดย Eriksson, Westman, and Hamberg (2005) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ โดยคำตอบมีให้เลือก 6 ระดับ (Six-point rating scale) เริ่มจากคะแนน 0 คือ ไม่มีความกลัวการคลอดบุตรเลย จนถึง ระดับ 5 คือ มีระดับความกลัวสูงสุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่สูง ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient .79

3.5 มาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (Fear of birth scale) เป็นมาตรวัดด้วยสายตา 2 ข้อ (A two-item visual analogue scale) เครื่องมือมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาวในแนวนอนแสดงถึงปริมาณความกลัวการคลอดบุตร ข้อคำถาม 1 ข้อ คือ “ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการคลอดบุตร” คำตอบมี 2 ข้อ ลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยคำตอบข้อ 1 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงไม่รู้สึกกลัวเลย ปลายขวาสุดแสดงถึงรู้สึกกลัวมากที่สุด คำตอบข้อ 2 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงรู้สึกสงบ ปลายขวาสุดแสดงถึงรู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งค่าความกลัวการคลอดบุตรได้จากค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อรวมกัน ถ้าค่าเฉลี่ยสูง หมายถึงมีความกลัวการคลอดบุตรมาก การศึกษาของ Haines, et al. (2011) เปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรของ 2 ประเทศที่มี

วัฒนธรรมแตกต่างกันระหว่างประเทศสวีเดน และประเทศออสเตรเลีย โดยใช้มาตรวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตาได้ค่า Cronbach's alpha coefficient .91

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการประเมิน โดยให้ผู้คลอดเป็นผู้ประเมินความกลัวการคลอดด้วยตนเอง (Self-report method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับการรับรู้ของมารดา มากที่สุด และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความกลัวการคลอดคือ แบบวัดความกลัวการคลอดบุตร (Fear of birth scale) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นสูง และสามารถที่จะประเมินผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ได้ง่าย เนื่องจากในระยะนี้ผู้คลอดมีความเจ็บปวด จะไม่เป็นการรบกวนผู้คลอดมากเกินไป และใช้เวลาสั้น

แนวทางการดูแลผู้คลอด

องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้มีการคลอดเองตามธรรมชาติ เนื่องจากการคลอดไม่ใช่การเจ็บป่วย (WHO, 1996) หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสคลอดเองได้ร้อยละ 80-90 และการคลอดเองทางช่องคลอดมีผลลัพธ์ของการคลอดด้านความปลอดภัยของผู้คลอด และทารกดีที่สุด (พิริยา ศุภศรี, 2549; Akbarzadeh et al., 2016; WHO, 2003) จะมีการเสียเลือดน้อย และสภาพร่างกายหลังคลอดแล้วจะกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว ดังนั้น การคลอด (Childbirth) จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และประสบการณ์การเป็นบิดามารดาในระยะเริ่มแรก และเป้าหมายของการคลอดเป็นเรื่องของบุคคลและครอบครัว การตั้งครรภ์และการคลอดในแต่ละจึงมีความเกี่ยวข้องกับสตรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เป็นกระบวนการปกติทางสตรีระ ไม่ต้องการรักษาทางการแพทย์ (Medical intervention) (Nichols & Humenick, 1988)

อย่างไรก็ตามบางกรณีเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ แต่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ หรืออายุครรภ์ครบกำหนด และอายุครรภ์เกินกำหนดแต่ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด จะเกิดการรักษาทางการแพทย์ (Medical intervention) ที่เรียกว่า การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ (Induction of labor) ขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งเริ่มมีการใช้การคลอดแบบที่มีการเร่งคลอด (Active management of labor) หรือการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกับการเจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและปากมดลูกมีความพร้อมที่จะเปิดขยายได้ดี เข้ามาใช้เพื่อลดการคลอดที่ยาวนาน (Prolonged labor) การคลอดที่ติดขัด (Dystocia) ลดการบาดเจ็บที่ชอกช้ำจากการคลอด และทำให้การบริหารจัดการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างทั่วถึง (ปฐม วงษ์อุบล, 2542) แต่ในบางกรณีที่การรักษาแบบเร่งคลอดไม่เหมาะสม เช่น เจาะถุงน้ำคร่ำเร็วเกินไป เริ่มให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกก่อนที่จะเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว อาจทำให้การเร่งคลอดไม่สำเร็จ น้ำคร่ำแตกก่อนการคลอดเป็นเวลานานเกินไป ต้องตัดสินใจรักษาด้วยการผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง หรือการให้ยาเร่งคลอดในปริมาณมากเกินไป ผู้คลอดบางรายมีการตอบสนองต่อยาเร็ว ทำให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายจากการที่มดลูกมีการหดตัวถี่ และรุนแรงเกินไป นอกจากนี้การให้ยาเร่งคลอดทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ ส่งผลให้ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดความวิตกกังวล (ณัฐจิรา วินิจนัย และคณะ, 2556) ทำให้มีการยับยั้งการตอบสนองของมดลูกต่อ Oxytocin ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ระยะเวลาของการคลอดนานเกินไป และไม่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด (อภิรัช อินทรางกูร ณ อุซุชยา, 2554; Bernitz, Oian, Rolland, Sandvik, & Blix, 2014)

การคลอดแบบที่มีการเร่งคลอด (Active management of labor)

เป็นการกระตุ้นให้มีการหดตัวของมดลูกก่อนที่จะเริ่มเจ็บครรภ์เอง มีความจำเป็นต่อการเริ่มเจ็บครรภ์ก่อนที่จะเจ็บครรภ์เอง เพราะทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตราย หรือทารกในครรภ์ครบกำหนดแล้วแต่การคลอดไม่เกิดขึ้น (Pillitteri, 2010) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. การชักนำการคลอดแบบมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Indicated induction of labor)

เป็นการก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ เพื่อประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ หรือผู้คลอด หรือทั้ง 2 ฝ่าย โดยถ้าปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจะมีผลเสียต่อทารกและ/ หรือผู้คลอดมากกว่า

2. การชักนำการคลอดแบบนัดหมาย (Elective induction of labor) เป็นการก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่เพื่อความสะดวกของผู้คลอดและ/ หรือสูติแพทย์

ส่วนการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์หลังจากที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงตามธรรมชาติ จะเรียกว่า Augmentation มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้มดลูกมีการหดตัวที่สม่ำเสมอ ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง และศีรษะทารกมีการเคลื่อนต่ำลงตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น

ข้อบ่งชี้ในการชักนำการคลอด (Perry, 2012)

1. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Premature Rupture of Membranes [PROM])

2. การตั้งครรภ์เกินกำหนด (Postterm pregnancy)

3. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine Growth Restriction [IUGR])

4. การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ (Chorionamnionitis)

5. ทารกเสียชีวิต

7. มารดาเป็นโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ความดันโลหิตสูง

8. มารดาที่มีประวัติการเจ็บครรภ์และคลอดเฉียบพลัน (Precipitate labor and birth)

หรืออาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการคลอดโดยไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ (Unattended birth)

ข้อห้ามการชักนำการคลอด (Perry, 2012)

1. ข้อห้ามด้านมารดา

- 1.1 ส่วนนำของทารกกับช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน
- 1.2 เคยได้รับการผ่าตัดที่มดลูกทำให้มีแผลเป็นเกิดขึ้นที่ผนังมดลูก ทำให้มีโอกาสเกิดมดลูกแตกได้ง่าย เช่น เคยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก หรือผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง เป็นต้น
- 1.3 ภาวะรกเกาะต่ำ
- 1.4 ภาวะสายสะดือข้อย
- 1.5 ภาวะเส้นเลือดทอต่ำหรือผ่านปากมดลูก
- 1.6 ครรภ์แฝด
- 1.7 ผ่านการคลอดมาแล้ว 5 ครั้งขึ้นไป
- 1.8 ดิดเชื้อที่ช่องทางการคลอด เช่น หนองใน เริม เป็นต้น
- 1.9 ก้อนเนื้องอกในช่องเชิงกรานที่ขัดขวางช่องทางการคลอด

2. ข้อห้ามด้านทารก คือ ทารกอยู่ในภาวะ Fetal distress และท่าของทารกผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ทำหน้า ทำหน้าผาก เป็นต้น

วิธีการชักนำการคลอด

1. วิธีการใช้ยา (Medical induction) ยาที่นิยมใช้เพื่อก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ ได้แก่ ออกซิโทซิน (Oxytocin) และ โพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin)

1.1 ออกซิโทซิน (Oxytocin, Pitocin หรือ Syntocinon) เป็นฮอร์โมนที่สกัดจากต่อไต้สมองส่วนหลัง มีคุณสมบัติทำให้เคลเซียมไอออนเคลื่อนเข้าเซลล์ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว นำมาใช้เพื่อการชักนำการคลอดโดยผสมออกซิโทซิน 10 ยูนิตใน 5% D/W 1000 cc หยดเข้าหลอดเลือดดำ ผ่านเครื่องปรับยาอัตโนมัติ 8-10 หยด/ นาที นาน 15 นาที เพื่อดูปฏิกิริยาของยา แล้วเพิ่มขึ้นครั้งละ 4-5 หยด ทุก 30 นาที ตามการหดรัดตัวของมดลูกคือ ให้มีการหดรัดตัวของมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 45-60 วินาที ขณะให้ยาต้องควบคุมการหยด พังอัตราการเต้นหัวใจทารก ประเมินสัญญาณชีพผู้คลอด ถ้าให้ยานานเกิน 4-6 ชั่วโมง ไม่เกิดการเจ็บครรภ์ควรหยุดให้ยา ถ้าคลอดแล้วควรให้ยาต่ออย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ออกซิโทซิน

1. มดลูกหดรัดตัวแบบไม่คลาย
2. มดลูกแตก
3. ภาวะอุดตันในเส้นเลือด (Amniotic fluid embolism) เกิดร่วมกับมดลูกหดรัดตัวอย่างรุนแรง มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ

4. ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
5. รกลอกตัวก่อนกำหนด
6. ปากมดลูกฉีกขาดจากการคลอดเร็วเกินไป
7. ตกเลือดหลังคลอด

กรณีที่จะหยุดให้ยาออกซิโทซิน คือ

1. มดลูกหดตัวนานเกิน 90 วินาที และระยะห่างของการหดตัวน้อยกว่า 2 นาที
2. เสียหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า 100 ครั้ง/ นาที หรือมากกว่า 160 ครั้ง/ นาที

หลังหยุดให้ยาออกซิโทซิน ต้องจัดผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน รายงานแพทย์ โดยแพทย์ จะพิจารณาตามความเหมาะสมเช่น การแก้ภาวะมดลูกหดตัวมากเกินไปคือ การหยุดให้ออกซิโทซินทันที เนื่องจากยาออกซิโทซินมีระยะครึ่งชีวิตสั้นประมาณ 5 นาที ดังนั้น ภาวะนี้ จะหายไปเองหลังหยุดให้ยา ให้ผู้คลอดนอนตะแคง และให้ยาลดอาการเจ็บครรภ์ถ้าผู้คลอด มีอาการเจ็บครรภ์มากเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียน เพื่อช่วยการขับยาออกได้เร็วขึ้น ควรติดตามการหดตัวของมดลูก ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ถ้าภาวะมดลูกหดตัวมากเกินไป ยังอยู่หลังหยุดให้ออกซิโทซินไปแล้ว แพทย์อาจให้การรักษาด้วยเทอร์บูทาลีน (Terbutaline) 0.25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

1.2 สารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เป็นยาช่วยให้ปากมดลูกนุ่มขึ้น มีผลต่อการหดตัวของมดลูก ที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ

1.2.1 สารโพรสตาแกลนดินอี 2 (Prostaglandin E2) ที่ใช้คือ ไดโนพอสโตน (Dinoprostone) ชนิดเม็ดสำหรับสอดช่องคลอด และชนิดเจลสำหรับใส่ในปากมดลูก เป็นยาที่ใช้เพื่อปรับสภาพปากมดลูกให้มีความพร้อมก่อนการชักนำการคลอด โดยพิจารณาใช้ในผู้คลอดที่มีข้อบ่งชี้ในการชักนำการคลอด แต่ปากมดลูกไม่พร้อม (คะแนนบิชอป < 4 คะแนน) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ปากมดลูกคือ มีการแตกตัวของคอลลาเจนในเนื้อเยื่อปากมดลูก มีปริมาณน้ำเพิ่มมากขึ้น คล้ายกับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ทำโดยสอดเม็ดยาที่บริเวณช่องคลอดด้านล่างปากมดลูก (Posterior fornix) หรือใส่ยาเจลเข้าไปในปากมดลูก ให้ผู้คลอดนอนพักอย่างน้อย 30 นาที หลังให้ยาดูตามการหดตัวของมดลูกเป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังให้ยา 6 ชั่วโมง ตรวจภายในซ้ำ หากปากมดลูกยังไม่พร้อมสามารถให้ยาซ้ำได้อีก

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว มดลูกมีการหดตัวรุนแรงมากกว่าปกติจนอาจเกิดมดลูกแตก และทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้

1.2.2 สารโพรสตาแกลนดินอี 1 (Prostaglandin E1) ที่ใช้คือ ไมโซพรอสทอล (Misoprostol) ไซโทเทค (Cytotec) ยานี้ผลิตมาเพื่อรักษาโรคกระเพาะอาหารอักเสบหรือแผลในกระเพาะอาหาร แต่นำใช้ในการชักนำการคลอด เพราะมีฤทธิ์ทำให้มดลูกหดตัว บริหารยาโดยการสอดเข้าช่องคลอด และการรับประทาน ขนาดที่จำหน่ายในประเทศไทย เม็ดละ 200 ไมโครกรัม ข้อดีเมื่อเทียบกับโพรสตาแกลนดินอี 2 คือ ราคาถูก สามารถเก็บรักษาในอุณหภูมิห้อง ขนาดที่เริ่มใช้ ¼ เม็ด 50 ไมโครกรัม ห้ามใช้ในผู้คลอดที่เคยผ่าตัดมดลูก ครรภ์แฝด ผู้ที่คลอดบุตรคนที่ 5 ขึ้นไป

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ การเกิดภาวะมดลูกหดตัวมากเกินไป มดลูกแตก บางรายมีการคลอดเฉียบพลัน เกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ภาวะทารกขาดออกซิเจน หรือทารกตายในครรภ์

2. วิธีทางศัลยกรรม (Surgical induction) มี 2 วิธี คือ

2.1 การเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ (Stripping of membranes) เป็นการเจาะแยกถุงน้ำคร่ำ โดยสอดนิ้วมือ 2 นิ้วเข้าไปในปากมดลูก ตรวจสอบสภาพปากมดลูก ตำแหน่งของศีรษะทารก และขนาดของเชิงกราน เพื่อดูว่าไม่มีสายสะดือข้อย จึงกวาดหมุนโดยรอบเจาะแยกถุงน้ำคร่ำออกจากส่วนล่างของมดลูก จะทำร่วมกับการเจาะถุงน้ำคร่ำ กลไกที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์เชื่อว่า เป็นการกระตุ้นให้ปากมดลูกหลังสารโพรสตาแกลนดินส์ออกมา ซึ่งส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก และเริ่มเข้าสู่กระบวนการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ การเลาะแยกถุงน้ำคร่ำอาจทำให้เกิดสายสะดือปลัดขี้ได้ในกรณีที่ศีรษะทารกอยู่สูง หรือทำให้เลือดออกมากขึ้นในกรณีที่มีรกเกาะต่ำ ติดเชื้อ ถุงน้ำคร่ำแตก เจ็บปวดมาก

2.2 การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy หรือ Artificial Rupture of Membrane [ARM]) เป็นการใช้เครื่องมือปราศจากเชื้อเข้าทางช่องคลอดขณะตรวจภายใน โดยสอดเข้าปากมดลูก อย่างน้อย 2 เซนติเมตร และเจาะถุงน้ำคร่ำให้แตกออก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการชักนำการคลอดในรายที่มีคะแนน Bishop score ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป วิธีทำโดยสอดนิ้วมือ 2 นิ้วเข้าไปในปากมดลูก ตรวจสอบสภาพปากมดลูก ตำแหน่งศีรษะทารก และขนาดเชิงกราน ถ้าไม่มีสายสะดือข้อย จึงเลาะแยกถุงน้ำคร่ำ จากนั้นใช้เครื่องมือสำหรับเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy forceps หรือ Tenaculum forceps) จับถุงน้ำคร่ำดึงให้ขาดจะมีน้ำคร่ำไหลออกมาประมาณ 200-300 มิลลิลิตร ควรให้น้ำไหลช้า ๆ สังเกตจำนวน ลักษณะสีน้ำคร่ำ เมื่อแน่ใจว่าไม่มีสายสะดือไหลออกมาจึงดึงนิ้วมือออก หลังทำต้องฟังเสียงหัวใจทารก กลไกที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์เชื่อว่า เป็นผลจากการหลัง Prostaglandins เข้าไปในโพรงมดลูก และน้ำคร่ำที่ออกมาจะทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อมดลูกสั้นลง ทำให้ความแรง ระยะเวลาการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น และหดตัวได้เร็วขึ้นตามลำดับ ควรจะ

มีการคลอดภายใน 12 ชั่วโมง ถ้าไม่คลอดภายใน 12 ชั่วโมง ต้องกระตุ้นให้เกิดการคลอดวิธีอื่นที่นิยมใช้ คือ การให้ Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ

ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะถุงน้ำคร่ำ คือ สายสะดือย้อยหรือสายสะดือโผล่ การติดเชื้อในโพรงมดลูก และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด

ในปัจจุบันวิธีที่นำมาใช้มากคือ การกระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยใช้ยา Oxytocin เข้าทางหลอดเลือดดำ (Cunningham et al., 2014) ซึ่งวิธีนี้จะคิดถึงประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นหลัก เนื่องจากอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น มีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงขึ้นถึง 7.44 เท่า ตกเลือดหลังคลอด 3.16 เท่า และทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (Cheng, Delaney, Hopkins, & Caughey, 2009) เป็นต้น แต่ถ้าผู้คลอดได้รับการส่งเสริมในการคลอดให้สามารถคลอดเองทางช่องคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการคลอด ลดความวิตกกังวล ลดการใช้ยาระงับปวด ลดการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นในกระบวนการคลอด ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการและลดค่าใช้จ่ายโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่เป็นผู้ให้การดูแล

การคลอดวิถีธรรมชาติ (Natural childbirth)

เป็นการคลอดที่เกิดขึ้นทางช่องคลอดไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์และการช่วยเหลือด้วยหัตถการใด ๆ ต่อมาการคลอดธรรมชาติมีความหมายใกล้เคียงกับการคลอดปกติ คือ ยอมรับว่า เป็นการคลอดที่มีการรักษาทางการแพทย์ได้เล็กน้อย เช่น การได้รับยาบรรเทาปวด การเจาะถุงน้ำคร่ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การตัดฝีเย็บ เป็นต้น (Moscucci, 2003) ซึ่งการคลอดวิธีนี้เพิ่มโอกาสให้มีสุขภาพแข็งแรงและฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังคลอดได้ดีกว่า โดยปราศจากความไม่สุขสบายจากการตัดฝีเย็บหรือการเจ็บแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, 2012) นอกจากนี้องค์การพันธมิตรการพัฒนารูปแบบการบริการมารดา (Coalition for Improving Maternity Services [CIMS], 2015) สรุปพันธกิจของการคลอดปกติ หรือการคลอดธรรมชาติ ไว้ดังนี้

1. การคลอดเป็นปรากฏการณ์ภาวะปกติ เป็นธรรมชาติ และเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี ไม่ใช่ความเจ็บป่วย
2. ประสบการณ์การคลอดมีผลต่อสตรีและครอบครัว
3. หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้สติปัญญาของตนเอง (Inner wisdom) หรือสัญชาตญาณ (Instinct) เพื่อให้เกิดการคลอดธรรมชาติได้สำเร็จ

4. ผู้คลอดจะมีความมั่นใจ และความสามารถในการคลอดเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูล การเตรียมพร้อมเพื่อการคลอด สภาพแวดล้อมของสถานที่คลอดและบุคลากร ผู้ให้บริการ

5. ผู้คลอดมีสิทธิที่จะคลอดโดยอิสระจากการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นกิจวัตร

6. การคลอดสามารถเกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัยทั้งในสถานบริการสุขภาพและที่บ้าน

7. การดูแลรูปแบบการผดุงครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญที่สตรีส่วนใหญ่ควรได้รับในระยะ ตั้งครรภ์และระยะคลอด รูปแบบการดูแลนี้มุ่งเน้นการสนับสนุนและปกป้องกระบวนการคลอด ปกติหรือการคลอดธรรมชาติ

Balaskas (1991 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2561) เป็นผดุงครรภ์ชาวอังกฤษ กล่าวถึงการคลอดด้วยตนเองว่า เป็นการตื่นตัวของผู้คลอดในการที่จะพยายามคลอดด้วยตนเองให้ ได้ตามธรรมชาติ และมีส่วนร่วมในการดูแลการคลอด การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้คลอดต้องมีความเชื่อมั่นว่า สามารถคลอดได้ด้วยตนเอง และได้รับการสนับสนุนอย่าง ต่อเนื่องในระยะคลอด (Hodnett et al., 2012) ทั้งนี้การคลอดวิถีธรรมชาติ (Natural childbirth) มี แนวทางการดูแลการคลอด 6 ข้อ (Romano & Lothian, 2008 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2561) ดังนี้

1. การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม เป็นการดูแลโดยคิดถึงความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ และคนในครอบครัว เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจ เกี่ยวกับการคลอดอย่างเต็มที่

2. การดูแลจิตใจ อารมณ์และสังคม การคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นการดูแลที่เน้นให้การ พยายามแบบใกล้ชิด ดูแลด้วยความสุภาพ และสนับสนุนให้มีผู้ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาคลอด สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ว่า การดูแลเป็นการปฏิบัติที่มี ประโยชน์ และควรสนับสนุนเพราะในระยะคลอดเป็นช่วงเวลาที่ผู้คลอดมีความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เครียด และไม่สุขสบายจึงต้องการการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตลอดการคลอด ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ จึงต้องให้บุคคลอยู่ร่วมกับผู้คลอดตลอดเวลา คลอดอาจเป็นสามี เพื่อน หรือญาติพี่น้อง ทำหน้าที่การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ ระหว่างคลอดโดยเริ่มตั้งแต่ระยะต้นของการคลอด จึงควรจัดให้มีเพื่อนหรือผู้ดูแลแก่ผู้คลอด ในระยะคลอดทุกราย (Hodnett et al., 2012)

3. การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตร โดยไม่จำเป็น เป็นการเตรียมหญิง ตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดในระยะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ไม่โกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ซึ่งปัจจุบัน โรงพยาบาลต่าง ๆ ก็ไม่โกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เนื่องจากมีการศึกษาแล้วพบว่า การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ช่วยลดการติดเชื้อ ไม่มีผลต่อการเย็บแผล ไม่ทำให้อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บเพิ่ม และไม่มีผลต่อการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Kovasisarach & Hoapanon, 2009 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2561)

3.2 ไม่สวนอุจจาระ ซึ่งปัจจุบัน โรงพยาบาลต่าง ๆ ไม่มีการสวนอุจจาระแล้ว เนื่องจากมีการศึกษาแล้วพบว่า พบว่า การสวนอุจจาระไม่มีผลต่อระยะเวลาของการคลอด (Revez, Gaitan & Cuervo, 2013 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2561)

3.3 ไม่งดอาหารและน้ำดื่ม การงดอาหารและน้ำดื่มขณะคลอด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง และป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด หากมีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดจากการศึกษา Kovasisarach and Hoapanon (2009 อ้างถึงใน เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2561) พบว่า แม้จะงดอาหารและน้ำแล้ว ผู้คลอดยังเสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยขณะดมยาสลบ เนื่องจากน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมีความเป็นกรดสูง ทำให้ยังมีความเสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยระหว่างดมยาสลบ นอกจากนี้การงดอาหารและน้ำดื่ม ทำให้เกิดการขาดน้ำและสารอาหารได้ ทำให้ร่างกายต้องใช้ไขมันเป็นพลังงานแทนคาร์โบไฮเดรต ก่อให้เกิดคีโตนที่ทำให้เลือดเป็นกรดสูง อาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้น การที่ผู้คลอดได้รับอาหารและน้ำดื่มขณะเจ็บครรภ์ที่เพียงพอส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดี ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดี ลดการเกิดความล่าช้าในการคลอด

3.4 ไม่ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนมากให้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร หลังจากการงดอาหารและน้ำดื่ม และเพื่อดูแลได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น มีรายงานการศึกษาพบว่า การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะมีน้ำตาลกลูโคสอาจทำให้เกิดภาวะสารน้ำเกินในร่างกาย และการให้สารน้ำไม่ได้ให้พลังงานเหมือนอาหาร ทำให้การทนต่อความเจ็บปวดไม่ดีมีความเครียด รวมถึงการเปลี่ยนท่าทางทำได้ลำบากและไม่สะดวกขณะเดิน

3.5 ไม่ติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารก (Electronic fetal monitoring) อย่างต่อเนื่อง การติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้คลอดถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถลุกเดินได้อย่างอิสระ การใช้เครื่องตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์จึงควรใช้กับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น

4. การหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ซึ่งการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติที่ทำในปัจจุบัน ได้แก่

4.1 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก เป็นการเร่งคลอดแบบทางเลือก (Elective delivery) ที่แพทย์เป็นผู้เลือก การเร่งคลอดที่ใช้ยาออกซิโทซิน ส่งผลให้ไม่มีการหลั่งของเอ็นดอร์

พินตามปกติจึงทำให้ปวดรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีความต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่มขึ้น และเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการคลอด (Hodnett et al., 2012)

4.2 การเจาะถุงน้ำ อาจจำเป็นในกรณีที่การคลอดยาวนาน หรือเพื่อชักนำการคลอด การเจาะถุงน้ำระยะต้นของการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 จะทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง 30-60 นาที แต่ไม่ได้ทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะถุงน้ำที่พบบ่อย คือ สายสะดือถูกกด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีทางเปิดให้เชื้อโรคเดินทางเข้าสู่โพรงมดลูก เสี่ยงต่อการคลอดเร็วผิดปกติ การตกเลือดจากการเจาะถุงเส้นเลือดที่ทอดผ่านบนถุงน้ำคร่ำ

4.3 การเชียร์ให้ผู้คลอดเบ่งคลอด การแนะนำให้ผู้คลอดกลั้นหายใจแล้วเบ่งให้ยาว ที่สุดขณะเบ่งคลอด (Sustained valsalva bearing down efforts) เป็นวิธีที่ไม่ควรเนื่องจากการศึกษาสนับสนุนว่าจะเกิดผลเสียต่อทารกในครรภ์และผู้คลอด ได้แก่ ทำให้เลือดทารกมีภาวะเป็นกรดหรือขาดออกซิเจน ผู้คลอดเกิดอาการอ่อนเพลีย ดังนั้นควรสนับสนุนให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเองตามธรรมชาติ

4.4 การตัดฝีเย็บ ในการทำคลอด ผู้ทำคลอดไม่จำเป็นต้องทำการตัดฝีเย็บทุกราย องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) เสนอว่า การตัดฝีเย็บเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตราย โดยการตัดฝีเย็บแบบกึ่งวัตรเป็นการกระทำที่ไม่ควรปฏิบัติเพราะไม่มีประโยชน์ต่อผู้คลอด และทารกเกิดผลเสียคือต้องเย็บซ่อมแซม และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 7 วันหลังคลอด (Lowdermilk et al., 2016)

5. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีที่มีการปฏิบัติในอดีต มีหลายวิธีบรรเทาปวดได้ดี ใช้ง่าย ปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับของผู้คลอด โดยผู้คลอดเลือกได้อย่างอิสระ ดังนี้

5.1 วิธีกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive stimulation strategies) คือ การเตรียมคลอด การสะกดจิต

5.2 การกระตุ้นผิวหนัง (Skin stimulation) ได้แก่ การนวด การลูบหน้าท้อง การเคลื่อนไหวและท่าทาง ชาราบำบัด

5.3 การบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ การนวด การใช้กลิ่นบำบัด (Aromatherapy) การนวดฝ่าเท้า โฮโมอีโอพาธี (Homoeopathy) การฝังเข็ม ชิอัตสุ (Shiatsu) การบำบัดด้วยสมุนไพร และการสะกดจิตบำบัด

6. การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ การส่งเสริมมีดังนี้

6.1 ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ ช่วงที่ปากมดลูกเปิดไม่หมด หากผู้คลอดอยู่นิ่งและนอนหงายจะมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงมดลูก จะทำให้ลดปริมาณเลือดที่หัวใจห้องล่างด้านซ้ายสูบฉีดต่อนาที (Cardiac output) ประมาณ ร้อยละ

25 ส่งผลให้การไหลเวียนกลับของเลือดลดลง ซึ่งจะทำให้ผลต่างของปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัว และคลายตัวแต่ละครั้งลดลง (Stroke volume) และปริมาณเลือดที่หัวใจห้องล่างด้านซ้ายสูบฉีดต่อนาทีลดลง ถ้าหลอดเลือดที่ทอดขนานแนวกระดูกสันหลังถูกกดจากการนอนหงายนาน ๆ จะทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลง เกิดกลุ่มอาการความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงายราบ (Supine hypotensive syndrome) ส่งผลให้หัวใจเต้นช้า และลดความแรงของการบีบตัวของมดลูกลง ทำขึ้นหรือทำนอนตะแคงซ้ายเป็นท่าที่มีประโยชน์กับผู้คลอดมากกว่า ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน ควรสนับสนุนให้ผู้คลอดเดิน ไปมา หรือเลือกที่จะอยู่ในท่าที่ผู้คลอดรู้สึกสบายที่สุด

6.2 จัดสิ่งแวดล้อมในการคลอดให้มีความเป็นส่วนตัว สิ่งแวดล้อมในการคลอดเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ห้องคลอดควรมีลักษณะมิดชิดเป็นห้องที่ผู้คลอดอยู่ตั้งแต่แรกรับการคลอดสิ้นสุด การย้ายจากห้องรอคลอดระยะที่ 1 ไปห้องคลอดเมื่อระยะที่ 2 ในการเตรียมทำคลอดเป็นการรบกวนการทำงานของธรรมชาติ การที่ผู้คลอดได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายบ้านจะช่วยลดอัตราการใช้ยาบรรเทาปวด และการใช้สูติศาสตร์หัตถการ

6.3 หลีกเลี่ยงการให้คลอดในท่านอนหงายขึ้นขาหยั่ง การที่ให้ผู้คลอดนอนหงายขึ้น

ขาหยั่งในระยะคลอด เป็นท่าที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากการนอนหงายจะทำให้หายใจไม่สะดวก หน้ามืดเป็นลมจากน้ำหนักมดลูกที่กดทับลงบนเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับหัวใจเลือดไหลเวียนไปยังมดลูกและรกน้อยลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน นอกจากนี้ยัง

6.4 การให้ผู้คลอดเบ่งเองตามธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดควรส่งเสริมให้ผู้คลอดเบ่งเองตามธรรมชาติ เพราะแรงเบ่งจากผู้คลอดจะช่วยเสริมแรงจากการหดตัวของมดลูก ทำให้แรงขับเคลื่อนภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเมื่อส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมามาก แรงเบ่งยังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เพราะแรงจากการหดตัวของมดลูกจะลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อส่วนบนของมดลูกหดสั้นมากขึ้น ทำให้ไม่มีแรงพอจะขับทารกออกมาพ้นช่องทางคลอด

6.5 การส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนที่สำคัญในการคลอด ฮอร์โมนที่สำคัญในการคลอดมี 3 ชนิด คือ ออกซิโทซิน เอ็นดอร์ฟิน และแอดรีนาลีนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเกิดความกลัว วิดกกังวล และความปวด ส่งผลให้ระดับแอดรีนาลีนเพิ่ม ออกซิโทซิน และเอ็นดอร์ฟินหลังน้อยลง ทำให้มีอาการปวดมดลูกมากขึ้น เนื่องจากมีการลดลงของออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูก การสนับสนุนให้ผู้คลอดอยู่เพื่อคอยช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการคลอด จัดเตรียมห้องคลอดให้เอื้อต่อความเป็นส่วนตัว และควรเป็นห้องที่อยู่ตั้งแต่เจ็บครรภ์จนการคลอดสิ้นสุด เพื่อช่วยให้ผู้คลอดคลายความกลัว ความเครียด ทำให้แอดรีนาลีนลดต่ำลง ช่วยสนับสนุนให้ออกซิโทซินและเอ็นดอร์ฟินทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเจ็บท้องคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์จะช่วยให้ว่าที่คุณแม่รู้จักการหายใจอย่างถูกต้องฝึกสร้างจินตนาการ และนวด เพื่อให้ร่างกายหลังเอ็นดอร์ฟิน และทำให้อาการเจ็บลดลง จะได้ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด วิธีสัมผัส และทะนุถนอม ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย และใช้เทคนิคการนวดเพื่อช่วย ผ่อนคลายแก่ผู้คลอด

การคลอดด้วยวิธีนี้จะถือว่า ผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง โดยที่ครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ต้องคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้กลไกการคลอดทำงานอย่างเต็มที่ พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้ ความสามารถ และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองต่อการให้บริการการคลอดวิถีธรรมชาติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่จะช่วยให้ผู้คลอดและทารกมีความปลอดภัย ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคลอดตามวิถีธรรมชาติที่มีต่อการสร้างสุขภาพที่ดีของทารกที่เริ่มตั้งแต่ในครรภ์มารดา ช่วยให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้คลอดในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อีกทั้งเป็นการดูแลที่จะทำให้มีการแทรกแซงทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเท่านั้น นอกจากนี้ ต้องสามารถประเมินความต้องการของหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอด เข้าใจถึงพฤติกรรมผู้คลอดได้ แสดงออกและสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสมทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยให้การดูแลช่วยเหลือพร้อมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ผู้คลอดเผชิญกับการคลอด ในระยะต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามบทบาทที่อิสระของพยาบาลผดุงครรภ์

การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญแสดงถึงบทบาทการเป็นแม่ สร้างความสุขให้ครอบครัวและตนเอง (Simkin, 1996) พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการตั้งครรภ์ จึงต้องมีความสามารถในการส่งเสริมกระบวนการคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดเองได้ ทางช่องคลอด แนวคิดการสนับสนุนการคลอดจึงเป็นแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ดูแลผู้คลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตอารมณ์ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด

ความหมาย

Simkin and O'Hara (2002) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support)

หมายถึง การดูแลสตรีในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบาย คลายความกังวล มีความมั่นใจในการคลอด

WHO (2003) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support) หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้คลอด สามารถอยู่กับผู้คลอดตลอดระยะเวลาคลอดให้การสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ และให้ข้อมูลข่าวสาร

Adams and Bianchi (2008) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support) หมายถึง การที่พยาบาลมีคุณสมบัติเฉพาะที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้คลอด มีทักษะในการดูแลที่มีคุณภาพ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้คลอดที่ดี ที่ส่งผลต่อความสุขสบายของผู้คลอด ความก้าวหน้าของการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด

Hodnett et al. (2012) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support) หมายถึง เทคนิคที่พยาบาลนำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ที่ดี น่าจดจำ

สรุปความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support) ได้ว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยการช่วยเหลือของบุคคลที่เป็นครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้คลอดเลือกให้ไปดูแลช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด

แหล่งสนับสนุนการคลอด

แนวความคิดการสนับสนุนการคลอด มีการศึกษาจากกรอบแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม และเรียกผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

Nichols and Humenick (1988) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้คลอดประกอบไปด้วย

1. สามี และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้คลอดมากที่สุด และถือว่าเป็นอันดับแรกของเครือข่ายทางสังคม เมื่อผู้คลอดมีปัญหาจะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บิดา ผู้คลอด เป็นต้น ดังนั้น ในครอบครัวจึงเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและสามี ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้คลอดพึงพอใจและต้องการมากที่สุด

2. ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับรองลงมาของผู้คลอด ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและสามีหรือสมาชิกในครอบครัวไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจเนื่องมาจากความขัดแย้งหรือมีความเห็นไม่ตรงกัน กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้คลอดเพื่อรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดต่อไป

3. สมาชิกในชุมชน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับสาม ผู้คลอดอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี สมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ จึงมีความ

ต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการปรึกษาเกี่ยวกับความเชื่อในด้านสุขภาพตลอดจนแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับสุดท้าย ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือในด้านสุขภาพจากบุคคลในระดับนี้ และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

Simkin (1996) กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนในระยะคลอด เป็น 4 แหล่ง ดังนี้

1. ผู้ที่รับจ้างดูแล (Doula) เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด สามารถช่วยเหลือทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล
2. สามี เป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดกับผู้คลอดและผู้คลอดต้องการสามีให้อยู่ใกล้ชิด เพื่อเป็นเพื่อนและเป็นกำลังใจ
3. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องการการสนับสนุนจากคนกลุ่มนี้
- 4.ญาติหรือเพื่อน ผู้คลอดจะเลือกผู้ที่ใกล้ชิด เพื่อช่วยลดความกลัว และวิตกกังวล บุคคลที่ถูกเลือกส่วนมากจะเป็นมารดาของผู้คลอด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ที่ดูแลผู้คลอดเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลระยะคลอดสามารถที่จะสนับสนุนด้านร่างกาย การให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Kashanian, Javadi, & Haghghi, 2010) จากการศึกษาของ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และคณะ (2557) พบว่า ผู้คลอดรับรู้ว่าการมีพยาบาลผดุงครรภ์อยู่ด้วยในระยะคลอดคอยปลอบโยน ให้กำลังใจเป็นการที่เผชิญภาวะเจ็บครรภ์คลอดดีที่สุด และระบบงานห้องคลอดโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนมากจะไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าไปดูแลผู้คลอดในระยะคลอด มีเวลาให้เข้าเยี่ยมตามระเบียบของโรงพยาบาล

แนวคิดการสนับสนุนการคลอด

นักวิชาการหลายท่านเสนอแนวคิดของการสนับสนุนในระยะคลอด ดังนี้

Hodnett et al. (2012) แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical) เป็นการดูแลความสบายของผู้คลอดในระยะคลอด
2. ด้านอารมณ์ (Emotional) ช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) ให้ข้อมูลต่าง ๆ และประเมินย้อนกลับ
4. ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) สื่อสารกับสมาชิกคนอื่น ๆ

The Royal College of Midwives (2012) การสนับสนุนในระยะคลอด (Labor

support) หมายถึง ข้อตกลงที่ได้มาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ทฤษฎีเชิงคุณภาพ เชิงประจักษ์ และและการสังเกตการณ์ ที่ใช้ในผู้คลอด 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional) เป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติ ประสิทธิภาพในการดูแลโดยแสดงออกทางวาจา และพฤติกรรม
2. ด้านร่างกายและวัดความสุขสบาย (Physical and comfort measures) เป็นการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม ดูแลความสุขสบาย เช่น ท่าทาง การนวด การประคบร้อนและประคบเย็น การดูแลสุขอนามัย วาริบำบัด การดูแลส่งเสริมกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง
3. ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ (Information and advice) เป็นการรับฟังในมุมมองของผู้คลอด ให้คำแนะนำในเรื่องการหายใจ และการผ่อนคลาย รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร ความคืบหน้าขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการคลอด
4. ด้านการปกป้องสิทธิ (Advocacy) เป็นการปกป้อง และช่วยเหลือผู้คลอดในการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูล

Adams and Bianchi (2008) เป็นแนวคิดการพยาบาลเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดที่ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) เป็นการเพิ่มความสุขสบายขณะอยู่ระหว่างกระบวนการคลอด และเพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านร่างกายมีดังนี้
 - 1.1 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) คือ ควบคุมอุณหภูมิ เสียง แสง กลิ่น
 - 1.2 การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด (Positioning, first stage of labor) เป็นการจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าตามความต้องการของผู้คลอด ได้แก่ ท่ายืน การเดิน ไปเดินมาท่ายืนซบผู้ดูแล ท่านอนโก้งโค้ง ท่าคุกเข่าและใช้มือยันพื้นทั้ง 2 ข้าง ท่านั่งยอง ๆ ท่านอนยกศีรษะสูง ท่านอนตะแคง
 - 1.3 การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด (Positioning, second stage of labor) ได้แก่ ท่านอนโก้งโค้ง ท่าคุกเข่าและใช้มือยันพื้นทั้ง 2 ข้าง ท่านั่งยอง ๆ ท่านอนยกศีรษะสูง ท่านอนตะแคง
 - 1.4 การสัมผัส (Touch) ได้แก่ การนวด การกดจุด
 - 1.5 การใช้ความเย็นและความร้อน (Application of cold and heat) ได้แก่ การประคบด้วยน้ำแข็ง การประคบด้วยผ้าอุ่น

1.6 การดูแลด้านสุขวิทยา (Hygiene) ได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดปาก และอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าที่เปื้อน

1.7 การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy) ได้แก่ การใช้ฝักบัว แช่น้ำอุ่น

1.8 การดูแลกระเพาะปัสสาวะ (Urinary elimination) ได้แก่ การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง การกระตุ้นให้ไปห้องน้ำ

1.9 การดูแลเรื่องอาหาร (Nourishment) ได้แก่ การให้อิ่มก่อนน้ำแข็ง

1.10 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การดูแลเรื่องการพักผ่อน และอาหาร และความสุขสบายด้านร่างกาย

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) เป็นการช่วยให้ผู้คลอด มีความรู้สึกวางใจ มั่นคง ช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่นและความวิตกกังวลในระยะคลอดพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีดังนี้

2.1 การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความกังวล (Distraction) ได้แก่ การฟังจุดสร้างจินตภาพ การสะกดจิต กิจกรรมทางศาสนา การสนทนา

2.2 การส่งเสริมด้านทัศนคติ (Effective care attitude) มี 2 วิธีคือ

2.2.1 การใช้คำพูด (Verbal expression) ได้แก่ การใช้คำพูดที่นุ่มนวล การใช้คำพูดกระตุ้น การพูดให้ความมั่นใจ

2.2.2 การใช้ภาษาท่าทาง (Nonverbal expression) ได้แก่ การให้ความสนใจ การมองสบตา ไม่รบกวน โดยจัดให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบและมีความยืดหยุ่น

2.3 การพยาบาล (Nursing presence) ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย และอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลด้วยความเชี่ยวชาญ

2.4 การใช้อารมณ์ขันเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of humor) ได้แก่ การช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีอารมณ์ขันเกี่ยวกับการคลอด ทั้งนี้ต้องใช้อย่างเหมาะสม

2.5 การปรับความสนใจ (Refocusing) ได้แก่ การปรับกรอบแนวคิดในด้านลบ มาเป็นด้านบวก

2.6 การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) ได้แก่ การสวดมนต์หรืออธิษฐาน การทำสมาธิ

2.7 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การให้กำลังใจ การยกย่องสรรเสริญ ให้ความเชื่อมั่น การอยู่เป็นเพื่อน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) เป็นการให้ ข้อมูลถึงระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด

พฤติกรรมการณ์สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีดังนี้

3.1 เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication techniques) คือ

3.1.1 การใช้คำพูด (Verbal) ได้แก่ การใช้เทคนิคสะท้อน การปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด การเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม การใช้ท่าทาง การเลือกใช้คำพูดที่สอดคล้องตามวัฒนธรรม

3.1.2 การใช้ภาษาท่าทาง (Nonverbal) ได้แก่ การใช้ท่าทางหรือภาษากาย การมองสบตา การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องตามวัฒนธรรม

3.2 การให้คำแนะนำ (Instruction) โดยมีการให้คำแนะนำดังนี้

3.2.1 การใช้เทคนิคการหายใจ (Breathing pattern) ได้แก่ การหายใจล้างปอด การหายใจด้วยท้อง วิธีของการหายใจ

3.2.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation techniques) ได้แก่ การผ่อนคลาย ด้านร่างกาย การลูบสัมผัส เป็นต้น

3.2.3 เทคนิคการเบ่งคลอด (Pushing techniques)

3.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) มี 2 ด้าน คือ

3.3.1 การปฏิบัติตามกิจวัตร (Routine) ได้แก่ การทำความสะอาดกับสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด บอกแผนการดูแล การอธิบายภาษาทางการแพทย์ และกระบวนการคลอด

3.3.2 การปฏิบัติตามขั้นตอน (Procedures) ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติตามปกติของโรงพยาบาล การใช้เครื่องติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์

3.3.3 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตน บอกความก้าวหน้าของการคลอด การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) เป็นการปกป้องผู้คลอด ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด มีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแทนของผู้คลอด เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดในเรื่องการคลอดและให้เกียรติ พฤติกรรมการณ์สนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด มีดังนี้

4.1 การให้เกียรติ (Convey respect) ได้แก่ เคารพความเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ตัดสินใจให้เรื่องการรักษา

4.2 ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย (Ensuring security) ได้แก่ การให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึกทั้งในด้านดีและไม่ดี ดูแลให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย และอารมณ์

4.3 ยอมรับความคาดหวังของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด (Acknowledging mother's expectations for labor and birth)

4.3.1 รับฟังความต้องการของผู้คลอด (Listening to her wishes) ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้คลอดบอกถึงความต้องการของตนเอง ความกลัว ความวิตกกังวล เสนอทางเลือก ที่ถูกต้องและให้เวลาแก่ผู้คลอดในการตัดสินใจ

4.3.2 ให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจ (Assisting with making informed choices) ได้แก่ การอธิบายถึงความเสี่ยงและผลดีของการคลอด พร้อมทั้งประเมินความก้าวหน้า ของการคลอดเป็นระยะ ๆ

4.3.3 การวางแผนการคลอด (Birth planning) ได้แก่ การให้การดูแลผู้คลอด ทั้งในด้านคำพูดและการกระทำ เป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการ วางแผนการคลอด

4.4 การแก้ไขเรื่องความขัดแย้ง (Conflict resolution) ได้แก่ การส่งเสริม พฤติกรรมการแก้ปัญหาถ้ามีสิ่งมารบกวน

4.5 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ เป็นตัวแทนของผู้คลอด ดูแลจัดลำดับความต้องการของผู้คลอด ให้เกียรติผู้คลอดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Adams and Bianchi (2008) มาสร้างเป็น โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลในการดูแล ผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด โดยการช่วยเหลือตามบทบาทอิสระของพยาบาล ผดุงครรภ์ที่กระทำเพื่อเตรียมตัวคลอด และดูแลช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดอย่าง ต่อเนื่อง แบ่งการสนับสนุนต่าง ๆ ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านข้อมูล ข่าวสาร 4) การเป็นผู้แทน ซึ่งมีความครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

ผลของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผู้คลอดและการคลอด

การดูแลสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ คลอดและทารกในครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผลลัพธ์การดูแลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ การบริการแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยตรง และส่วนที่เกี่ยวกับ ความรู้ตึกนิกคิดทางด้านจิตใจในลักษณะของความพึงพอใจต่อบริการ (Donabidian, 1986) ซึ่งใน การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยตรงที่วัดจากเครื่องชี้วัดผลที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นจากกิจกรรมบริการต่อผู้ป่วยและมีผลต่อผู้ป่วยทางร่างกาย และจิตใจ เรียกว่า Outcome indicator (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization, 2014) โดย ที่ผู้วิจัยทำการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการ สนับสนุนการคลอด มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเจ็บปวด

การสนับสนุนในระยะคลอดจะช่วยเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์ (Adams & Bianchi, 2008) และจะช่วยให้ผู้คลอดลดความเจ็บปวดมีการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) พบว่า การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงตลอดเวลาในระยะเจ็บครรภ์ และคลอดส่งผลให้มีการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดลดลงได้ การศึกษาของ มาณี จันทร์โสภาน และคณะ (2555) ที่มีการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยลง การศึกษาของ ศิวพร สุดเพชร และคณะ (2557) พบว่า การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง และ วรินทร์ร สุขกาย และคณะ (2561) ศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนตามแนวคิดของ Davies and Hodnett (2002) มีความเจ็บปวดน้อยลงในระยะคลอด

2. จิตอารมณ์

2.1 ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บครรภ์คลอดทำให้ผู้คลอดมีลักษณะไม่สบายใจ และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย จากการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) พบว่า การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงตลอดเวลาในระยะเจ็บครรภ์และคลอดส่งผลให้มีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดน้อย การศึกษาของ ณีฎจิรา วินิจนัย และคณะ (2556) ที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วย ยาออกซิโทซิน พบว่า มีความวิตกกังวลในระยะคลอดลดลง

2.2 ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เพราะเป็นการมีเพื่อนอยู่ด้วยในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดที่มีปรึกษาพูดคุย สามารถตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการคลอด จากการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) ที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้ามาร่วมดูแล พบว่า ความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดมีเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ ชาลินี เจริญสุข และคณะ (2561) พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงตามแนวคิดของ Adams and Bianchi (2008) ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเช่นกัน

2.3 การรับรู้ประสบการณ์ทางการคลอดเป็นบวก

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึก ความคาดหวังในระยะเจ็บครรภ์ที่พบว่าทั้งประสบการณ์ทางบวกและทางลบ ซึ่งผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์ทางการ

คลอดเป็นบวกจะสามารถควบคุมตัวเองได้ จากการศึกษาของ มาณี จันทรโสภา และคณะ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Schaefer et al. (1981 อ้างถึงใน มาณี จันทรโสภา และคณะ, 2555) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอดและรู้วิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก การศึกษา บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ (2552) พบว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

3. ผลลัพธ์ของการคลอด

มีการศึกษาผลของการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากแพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ใกล้ชิดเช่น สามี มารดา และผู้ดูแล มีผลลัพธ์ของการคลอด ในเรื่องต่อไปนี้

3.1 การคลอดปกติ

The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2019) ระบุว่า การคลอดปกติเป็นการคลอดที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำ (Low risk) และ AWHONN (2011) กล่าวว่า การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องช่วยลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดมีการวัดในเรื่องวิธีการคลอดก่อนข้างน้อย ซึ่งในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวผู้หญิงมีวิธีการคลอดไม่แตกต่างกันกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาของ Madi et al. (1999) พบว่า สามารถลดอัตรา การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3.2 ระยะเวลาในการคลอด

ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังใช้เวลาไม่เกิน 10 ชั่วโมง (ACOG, 2019) ซึ่งในระยะนี้เป็นการคลอดที่มีระยะเวลายาวนานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ และ AWHONN (2011) กล่าวว่า การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีผลให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง จากการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข และคณะ (2550) พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวผู้หญิงทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Langer et al. (1998); Pascoe (1993); Akbarzadeh et al. (2016); Safarzadeh et al. (2012)

3.3 การใช้ยาเร่งคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้

ในประเทศไทยการสนับสนุนในระลอกคลอดกับการใช้ยาเร่งคลอด พบว่า ไม่มีการศึกษา แต่การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การสนับสนุนในระลอกคลอดสามารถลดการใช้ Oxytocin เร่งคลอดในระยะคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Klaue et al., 1992 อ้างถึงใน Sauls, 2002; Kennell, 1991; Madi et al., 1999) สอดคล้องกับ AWHONN (2011) กล่าวว่า การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดการใช้ยาเร่งคลอดลงได้

3.4 APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5

การใช้ APGAR score (Apgar, 1953) เป็นการประเมินลักษณะทางคลินิกของทารกแรกเกิด 5 ประการ ที่จะประเมินในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 หลังคลอด คะแนนเต็ม 10 คะแนน ถ้าได้ ≤ 7 คะแนน ต้องให้การช่วยเหลือทารกให้เหมาะสม เนื่องจากจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนหรือไม่ (Asphyxia) (Cunningham et al., 2014) สำหรับในประเทศไทยในประเทศไทย ไม่มีการศึกษา แต่พบในการศึกษาของต่างประเทศว่า การสนับสนุนในระลอกคลอดทำให้ APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป (Akbarzadeh et al., 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอด โดยตัวแปรที่ศึกษาที่นำมาใช้คือ ความกลัวการคลอด และผลลัพธ์การคลอดได้แก่ ระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ชนิดของการคลอด การใช้ยาเร่งคลอด และ Apgar score นาที 1 และนาทีที่ 5

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างและเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ถึงระยะที่ 1 ของการคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุมเป็นผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังสิ้นสุดจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบ ทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2562-2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562-31 มีนาคม พ.ศ. 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 18-34 ปี
2. อายุครรภ์ตั้งแต่ 32-36 สัปดาห์
3. ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรถ์
4. ตั้งครรถ์เดี่ยว และทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ (Cephalic presentation)
5. เมื่อแรกจับไว้ในห้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild
6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจดี

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) หลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม หรือสูติกรรม เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินการทดลอง ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการผิดปกติส่วนของทารกในครรภ์กับช่องเชิงกรานมารดา
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามขั้นตอนของการวิจัยในระหว่างการตั้งครรภ์ และ/หรือเปลี่ยนใจไม่มาคลอดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัย
3. ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (Fetal distress) หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่ำกว่า 110 ครั้ง/ นาที หรือสูงกว่า 160 ครั้ง/ นาที ในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด
4. ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = .80 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

เมื่อ d คือ ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_e คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_c คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_c คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ Safarzadeh et al. (2012) เรื่อง Effect of doula support on labour pain and outcomes in primiparous women in Zahedan, Southeastern Iran: A randomized controlled trial ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนหลัง และหลังการทดลอง โดยนำค่าที่เกิดจากการทดลองมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการคลอดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 189.32 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการคลอดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 251.13 นาที ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 75.05 นำมาคำนวณตามสูตรได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .82

จากนั้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ G*POWER โดยแทนค่าอิทธิพล (Effect size) = .82 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) = .80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสุ่มระหว่างการศึกษา ประมาณร้อยละ 20 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน และ กลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ที่เต็มใจ และลงนามเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random selection) ด้วยวิธีการจับสลาก ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำสลากขึ้นมา 2 ใบ เขียนสลากใบที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และใบที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมจากนั้นนำสลากทั้ง 2 ใบใส่ภาชนะที่เป็นกล่องบรรจุแล้วหยิบมา 1 ใบ สมมติว่าหยิบได้สลากที่เป็นกลุ่มทดลอง เลือกหญิงตั้งครรภ์คนแรก (มีลำดับคิวเข้ารับบริการตรวจครรภ์น้อยที่สุด) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง

2. จากนั้นจะดูเลขประจำผู้เข้ารับบริการ (Hospital Number [HN]) ของหญิงตั้งครรภ์คนแรกว่าลงท้ายเป็นเลขคู่หรือเลขคี่ สมมติว่าเป็นเลขคี่ ผู้วิจัยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มี HN ลงท้ายเป็นเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง ถ้าเป็น HN ลงท้ายเป็นเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นนี้ต่อไปจนครบจำนวน ในช่วงเวลาที่ดำเนินการในการเก็บข้อมูลในวันแรกที่เริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดก่อน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบตามจำนวน เนื่องจากถ้าทำพร้อมกันมีโอกาที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมารับการรักษาในระยะคลอดพร้อมกัน หรือระยะเวลาใกล้เคียงกันที่ห้องคลอด ทำให้ผู้วิจัยต้องเลือกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในการเก็บข้อมูล ทำให้เสียกลุ่มตัวอย่างไปได้

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 700 เตียง รับดูแลผู้คลอดทั้งปกติและมีภาวะแทรกซ้อน ในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ใช้การดูแลตามหลักการส่งเสริมคลอดเองทางช่องคลอด ไม่มีการใช้ยากระตุ้นการเร่งคลอด และการเจาะถุงน้ำคร่ำ หรือการใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และมีการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ดังนี้

การพยาบาลตามปกติ

การปฏิบัติกิจกรรมโดยพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับการให้ข้อมูล และคำแนะนำการปฏิบัติตัว และการดูแลความสบายด้านร่างกายทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

ระยะฝากครรภ์ เป็นระบบบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ให้ความรู้แนวทางการบริการ ANC คุณภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์สมัครใจรับบริการ
2. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ด้วย Classifying form เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ถ้ามีความเสี่ยงให้ส่งต่อแพทย์เพื่อดูแลเฉพาะ
3. มีการให้บริการแบบ One stop service ภายใน 1 วัน ดังนี้
 - 3.1 ชักประวัติ
 - 3.2 ประวัติอดีต ปัจจุบัน โรคอายุรกรรม การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก
 - 3.3 ให้บริการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจฟัน ตรวจครรภ์อัลตราซาวด์
 - 3.4 ประเมินความเสี่ยงเพื่อส่งต่อภาวะแทรกซ้อนและจัดให้มีการบริการรักษา
4. การให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม เช่น ประเมินภาวะโภชนาการ และประเมินสุขภาพจิต ให้ความรู้รายกลุ่มเรื่องการเปลี่ยนแปลงร่างกายขณะตั้งครรภ์ การจัดการความเครียด อาการผิดปกติ โดยการคู่วิดิตทัศน์ และบรรยายโดยวิชาชีพ เรื่อง การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการออกกำลังกายด้วยมณีเวช 5 ท่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มี อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ จัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มเรื่อง อาการเจ็บครรภ์จริง ครรภ์เดือน อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การเตรียมเอกสาร และข้อใช้ต่าง ๆ ในการคลอดบุตร การวางแผนครอบครัว และพาเยี่ยมห้องคลอด/ หลังคลอด/ คลินิกนมแม่

5. มีการลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และนัดตรวจครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะคลอด

แนวทางการดูแลผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในระยะรอคลอด โดยทั่วไปมีแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. เมื่อรับใหม่พยาบาลผดุงครรภ์จะประเมินทางการพยาบาลเบื้องต้นทุกราย ได้แก่ การซักประวัติ คัดกรองภาวะเสี่ยง การตรวจร่างกาย ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และประเมินสัญญาณชีพ หากพบข้อมูลที่มีภาวะเสี่ยงให้การดูแลเบื้องต้น ตามแนวทางการรักษาแต่ละโรคและรายงานสูติแพทย์

2. ผู้คลอดจะได้รับข้อมูลเบื้องต้น จากการชี้แจงของพยาบาลผดุงครรภ์ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายก่อนการนอนโรงพยาบาล สถานที่ในการรอคลอดและห้องคลอด ข้อปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ขณะอยู่โรงพยาบาลบอกความก้าวหน้าของการคลอดในปัจจุบัน แนวทางการพยาบาลแผนการรักษา และภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ตลอดจนการให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติประกอบด้วย แนวทางการรักษา ผลดีของการคลอดปกติ ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการคลอดปกติ เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด การคั่งของเลือดบริเวณแผลฝีเย็บ ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในปอด การแยกของกระดูกหัวเหน่า เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และข้อปฏิบัติของผู้คลอด ในระยะเจ็บครรภ์นอกจากนั้นผู้คลอดจะได้รับการดูแลระยะที่ 1 ของการคลอด ในห้องคลอด ดังนี้

2.1 ระยะ Latent phase ของการคลอด (เจ็บครรภ์จริง-ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร) กิจกรรมดังนี้

2.1.1 ให้รับประทานอาหาร

2.1.2 นอนพักผ่อนเตียง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันเอง เช่น อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ เป็นต้น

2.1.3 ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) ทุก 1 ชั่วโมง และใช้เครื่องติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ทุก 8 ชั่วโมง

2.1.4 ประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 2 ชั่วโมง

2.1.5 ตรวจภายในทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีถุงน้ำคร่ำแตก หรือคาดว่าเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เพื่อประเมินการเปิด ความบางของปากมดลูก ทำทารกในครรภ์ และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

2.1.6 บันทึกข้อมูลข้อ 1-5 ในแบบบันทึกเฝ้าคลอดและ Partograph

2.1.7 ถ้าเกิดความผิดปกติรายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ตามลำดับ

2.2 ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 4-8 เซนติเมตร)

2.2.1 งดน้ำและงดรับประทานอาหาร [NPO] และให้สารน้ำตามแผนการรักษา

2.2.2 นอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ และช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กระตุ้นให้ปัสสาวะ ความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

2.2.3 แนะนำเทคนิคการบรรเทาปวด เช่น เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง

2.2.4 ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ [FHS] ทุก 1 ชั่วโมง และใช้เครื่องติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง

2.2.5 ประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 1 ชั่วโมง

2.2.6 ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินการเปิด ความบางของปากมดลูก ทำทารกในครรภ์ และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ

2.2.7 บันทึกข้อมูลข้อ 2.3-2.5 ในแบบบันทึกเฝ้าคลอดและ Partograph

2.2.8 ถ้าเกิดความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ

2.3 ระยะ Transition phase (ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตรขึ้นไป)

2.3.1 งดน้ำและงดรับประทานอาหาร [NPO] และให้สารน้ำตามแผนการรักษา

2.3.2 นอนพักบนเตียง และถ้าผู้คลอดได้รับการย้ายเข้าห้องคลอดให้ให้คำแนะนำในการเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด

2.3.3 ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ [FHS] ทุก 1 ชั่วโมง และใช้เครื่องติดตาม

สุขภาพของทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง

2.3.4 ประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 1 ชั่วโมง

2.3.5 ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความจำเป็น เพื่อประเมินการเปิด ความบางของปากมดลูก ทำทารกในครรภ์ และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ

2.3.6 บันทึกข้อมูลข้อ 3.3-3.5 ในแบบบันทึกเฝ้าคลอดและ Partograph

2.3.7 ถ้าเกิดความผิดปกติรายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ตามลำดับ

3. ประเมินสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 4 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอด (Labor support) ของ Adams and Bianchi (2008) กิจกรรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์

เริ่มกิจกรรมเมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ประกอบด้วยการทำกิจกรรมเตรียมตัวคลอด 2 ครั้ง ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 เริ่มกิจกรรมพบกลุ่มทดลองเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information/ Instructional support) เพื่อการเตรียมตัวคลอด คือ
 - 1.1 เริ่มต้นด้วยการทักทาย พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้ารับการเตรียมตัวคลอด
 - 1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์ สอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระยะคลอด ได้แก่ สอร์โมน Oxytocin ที่ช่วยให้มดลูกหดตัว และสอร์โมน Endorphin ช่วยระงับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความก้าวหน้าในการคลอด โดยการบรรยาย ด้วยสื่อสไลด์ประกอบภาพ ให้ความรู้เรื่องการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด เช่น การเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อพีเย็บ (Kegel exercise) การนั่งยอง (Squatting) การนั่งในท่าผีเสื้อ เป็นต้น ให้ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะคลอด โดยการให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) เช่น การเดิน การยืน การนั่งยอง การคุกเข่า (Kneeling) การอยู่ในท่าคาน (All fours) ท่าก้นสูงเข่าชิดอก (Knee chest) ลำตัวโน้มไปข้างหน้า และให้ความรู้เรื่องวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เช่น การอุบหน้าท้อง การหายใจเข้า-ลึก การเพ่งจุดสนใจ การนวดบรรเทาปวด ด้วยการบรรยายประกอบวิดีโอทัศน์ และการสาธิต
 - 1.3 จัดให้กลุ่มทดลองรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอด และการเผชิญการคลอดกับผู้คลอดที่เคยคลอดบุตรแบบปกติมาแล้ว ด้วยการดูวิดีโอทัศน์การสัมภาษณ์หญิงที่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดที่มีประสบการณ์การคลอดที่ดี จากนั้นจะให้กลุ่มทดลองฝึกการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยจะให้คู่มือการเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้ไปฝึกต่อที่บ้าน

2. ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่เน้นการฝึกการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และกิจกรรมที่สะท้อนความรู้สึกมั่นใจในการคลอดเองทางช่องคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอด

เริ่มเมื่อกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์ระหว่าง 38-40 สัปดาห์ และมีอาการเจ็บครรภ์คลอด และรับไว้ดูแลในห้องคลอด กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลรับใหม่ตามแนวทางของห้องคลอด จากนั้น ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสนับสนุนการคลอดตลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ดังนี้

1. กิจกรรมในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร (หรือการหดรัดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild)

1.1 การเป็นผู้แทน โดยมีกิจกรรม

1.1.1 เรียกกลุ่มทดลองใช้สรรพนามนำหน้าชื่อว่า “คุณ”

1.1.2 ขออนุญาต และแจ้งกลุ่มทดลองทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

พร้อมให้เหตุผลในการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจภายใน

1.1.3 ก้มม่านในขณะที่ให้การพยาบาลในความเป็นส่วนตัว และไม่เปิดเผยร่างกายหญิงกลุ่มทดลองโดยไม่จำเป็น

1.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

1.2.1 แจ้งผลการตรวจให้แก่กลุ่มทดลองทราบ

1.2.2 แนะนำกลุ่มทดลองให้ทราบเรื่อง ระเบียบห้องคลอด และแนะนำสถานที่ ได้แก่ ห้องรอคลอด ห้องคลอด ห้องหลังคลอด 2 ชั่วโมง

1.2.3 ทบทวนการเคลื่อนไหวร่างกายในระยะคลอด การไม่จำกัดท่าทาง และท่าศีรษะสูง (Upright position) ได้แก่ ท่านั่งยอง ๆ (Squatting) ท่านั่ง (Sitting) ท่าคุกเข่า (Kneeling) ท่าคลาน (All fours) ท่าก้มสูงเข้าชิด (Knee chest) และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. กิจกรรมระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก (4-8 เซนติเมตร หรือการหดรัดตัวของมดลูก interval 2-5 นาที Duration 45-60 วินาที Intensity moderate)

2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ตลอดเวลาในระยะรอคลอด กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

2.1.1 อยู่เป็นเพื่อนกลุ่มทดลองตลอดในระยะรอคลอด และให้การช่วยเหลือเมื่อกลุ่มทดลองต้องการ

2.1.2 การใช้คำพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล กล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอด

2.1.3 ใช้ภาษาทางกายร่วมด้วย เช่น การมองสบตา การสัมผัส การให้ความสนใจ

2.2 การสนับสนุนด้านร่างกาย เป็นการทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความสุขสบายของร่างกายในระยะคลอด กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

2.2.1 การดูแลสุขวิทยาให้กลุ่มทดลองได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย และการเปลี่ยนผ้าปูเตียงให้เมื่อเป็นอันสิ่งคัดหลั่ง

2.2.2 การการดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยการกระตุ้นให้ปัสสาวะเมื่อปวดหรือทุก 2 ชั่วโมง

2.2.3 กระตุ้นให้ปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดระยะคลอด ร่วมกับผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ซึ่งการทำกิจกรรมจะเป็นไปตามความต้องการของกลุ่มทดลอง

วิธีการหายใจ ได้แก่

1. การหายใจแบบล้างปอด (Cleaning breath) โดยหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูก และหายใจออกช้า ๆ ทางปาก 1 ครั้ง เมื่อมดลูกหดตัวและเมื่อมดลูกคลายตัว

2. การหายใจแบบลึก ๆ ช้า ๆ (Slow deep chest breathing or slow paced breathing) โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ (พร้อมกับการนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนลงหายใจออกทางปากช้า ๆ (พร้อมกับการนับในใจ 1-5) ทำ 6-9 ครั้ง/ นาที

การลูบหน้าท้อง

1. การลูบหน้าท้องแบบขึ้นลง เป็นการใช้มือ 2 ข้าง ลูบหรือนวดเบา ๆ โดยเริ่มจากหัวหน้า ลูบมือขึ้นด้านข้างของท้องไปจนถึงยอดมดลูกขณะหายใจเข้า และจากยอดมดลูกลูบผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่หายใจออก

2. การลูบหน้าท้องแบบวงกลม เป็นการใช้นิ้วมือทั้ง 5 นิ้วมือข้างที่ถนัดลูบเป็นวงกลมด้วยจังหวะสม่ำเสมอบริเวณหน้าท้อง โดยวนขวาเป็นรูปวงกลมเล็ก ๆ แล้วค่อย ๆ ขยายเป็นรูปวงกลมวงใหญ่ขึ้นตามเข็มนาฬิกา

การนวดก้นกบ (Sacrum massage) เป็นการใช้นิ้วหรืออุปกรณ์เสริมขนาดที่กระดุกก้นกบ

1. การนวดเป็นวงกลม ให้กลุ่มทดลองนอนตะแคง นวดลึก ๆ เป็นวงกลมบริเวณกระดุกก้นกบขณะที่มดลูกหดตัว น้ำหนักที่ลงให้คงที่สม่ำเสมอ

2. การนวดเป็นรูปเลขแปด ให้กลุ่มทดลองนอนตะแคง ผู้วิจัยกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือ ออก วางด้านฝ่ามือลงบริเวณส่วนล่างสุดของหลัง กดน้ำหนักมือเป็นรูปเลขแปดเล็ก แล้วค่อย ๆ เบาลงกดเมื่อมือเป็นรูปเลขแปดดวงใหญ่ขึ้น

3. การนวดตามแนวขวาง ให้กลุ่มทดลองนอนตะแคง แล้วนวดด้วยการหงายหลังมือข้างหนึ่งกดน้ำหนักมือลงที่บริเวณส่วนล่างของหลัง ใช้นิ้วหัวแม่มือยึดส่วนล่างของกระดูกสันหลัง งอนิ้วทั้งสี่แล้วถูไปภูมาตามแนวขวางกับลำตัว

2.2.4 ท่าทาง

จัดทำให้กลุ่มทดลองอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) ได้แก่ ท่านั่งยอง ๆ (Squatting) ท่านั่ง (Sitting) ท่าคุกเข่า (Kneeling) ท่าคลาน (All fours) ท่าก้นสูงเข้าชิด (Knee chest)

2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดเวลาในระยะรอกตลอด โดยให้กลุ่มทดลองเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ เองตามความต้องการ กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในระยะตั้งครร์ภมาใช้ ได้แก่ วิธีการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวด

2.4 การเป็นผู้แทน ตลอดระยะเวลาในการดูแล ผู้วิจัยจะ

2.4.1 ให้ความเคารพการเป็นส่วนตัว โดยไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของกลุ่มทดลอง

2.4.2 ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด พร้อมแจ้งผลให้กลุ่มทดลองทราบทุกครั้ง

2.4.3 เป็นตัวแทนของกลุ่มทดลองในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยแจ้งแผนการรักษาให้กลุ่มทดลองและสมาชิกในครอบครัวทราบ ไม่ตัดสินใจเรื่องการรักษาแทนกลุ่มทดลอง

3. กิจกรรมในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 60-90 วินาที Intensity strong)

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ตลอดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

3.1.1 อยู่เป็นเพื่อนกลุ่มทดลองตลอดเวลาและให้การช่วยเหลือเมื่อกลุ่มทดลองต้องการ

3.1.2 การใช้คำพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ร่วมกับการใช้ภาษาทางกายร่วมด้วย เช่น การมองสบตา การสัมผัสที่หลังมือ การกุมมือ เป็นต้น

3.2 การสนับสนุนด้านร่างกาย เป็นการทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความสุขสบายของร่างกายในระยะคลอด กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

3.2.1 การดูแลสุขวิทยาให้กลุ่มทดลอง ได้แก่ ดูแลแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้ารอง เมื่อเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง

3.2.2 การการดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยการกระตุ้นให้ปัสสาวะ หรือเมื่อกลุ่มทดลองไม่สามารถปัสสาวะออกเองได้ดูแลสวนปัสสาวะออกให้

3.2.3 ดูแลช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด โดยให้กลุ่มทดลองใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังจิต การกำหนดลมหายใจเข้าออก ตลอดจนช่วยเป็น โก้ชในการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก และใช้การสัมผัส

3.2.4 ทำทาง จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) ได้แก่ การ ไขหัวเตียงให้อยู่ในท่านั่ง (Sitting) ท่าก้นสูงเข้าชิด (Knee chest)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (คำนวณโดยวัดความสูงของยอดมดลูกเป็นเซนติเมตร คูณกับเส้นรอบวงของท้องที่ระดับสะดือในหญิงตั้งครรภ์เป็นเซนติเมตร ผลที่ได้เป็นน้ำหนักของทารกเป็นกรัม) การเปิดของปากมดลูกตั้งแต่แรกรับและการหดตัวของมดลูก การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะรอคลอด การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด ชนิดของการคลอด ระยะเวลาตั้งแต่เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (3 หรือ 4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild) จนถึงเปิดหมด กระทั่งทารกคลอดทั้งตัว ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR score

2.3 แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) เป็นการวัดปริมาณความรู้สึกกลัว และความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้คลอด ที่มีต่อการคลอด ด้วยแบบวัดความกลัวการคลอดบุตรของ Haines et al. (2011) ซึ่งเป็นมาตรวัดด้วยสายตา 2 ข้อ ข้อที่ 1 สอบถามถึงปริมาณความรู้สึกกลัวการคลอด และข้อที่ 2 สอบถามความรู้สึกหวาดหวั่นต่อการคลอด ลักษณะเครื่องมือเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร จาก 0-100 มิลลิเมตร ปลายซ้ายสุดเป็น 0 และปลายขวาสุด

เป็น 100 คำถามข้อที่ 1 ปลายซ้ายสุด แสดงถึง ไม่มีความรู้สึกกลัวการคลอดเลย ปลายขวาสุด แสดงถึง รู้สึกกลัวการคลอดมากที่สุด คำถามข้อที่ 22 ปลายซ้ายสุด หมายถึง รู้สึกสงบ ปลายขวาสุด หมายถึง รู้สึกหวาดหวั่น คะแนนความกลัวการคลอดได้จาก คะแนน 2 ข้อรวมกันแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย คะแนนมาก หมายถึง มีความกลัวการคลอดมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความกลัวการคลอดน้อย โดยให้ใช้ปากกาทำเครื่องหมายบนเส้นตรงในตำแหน่งที่เป็นระดับความรู้สึกขณะนั้น ทั้ง 2 ข้อ ระดับความกลัวการคลอดบุตร คือ ค่าเฉลี่ยที่วัดจากระยะจุดเริ่มต้นถึงจุดตัดที่ผู้คลอดทำเครื่องหมายไว้ทั้ง 2 ข้อ มีความยาวเป็นมิลลิเมตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 คน และพยาบาลห้องคลอดระดับชำนาญการขึ้นไป จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ความตรงเนื้อหา (Content validity) ความเป็นปรนัย (Objectivity) และความเหมาะสมในการใช้ภาษา (Wording) ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่อง ผลลัพธ์การคลอด เป็นแบบบันทึกการคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการคลอดจริง จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

ส่วนเครื่องมือวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) ของ Haines et al. (2011) มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. หลังจากโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือ

ขออนุญาตการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

4. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานห้องคลอด หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

ขั้นตอนการ ดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์ในช่วงวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวไว้ในหน้า 38 โดยการพิจารณาคคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) จากสมุดฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยเรื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่ระบุชื่อสกุลของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลที่จะได้รับ การเก็บแบบสอบถามอย่างเป็นทางการเป็นความลับ ตามหนังสือชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้อ่านเอกสารชี้แจงการวิจัย ถ้าตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีมีอายุน้อยกว่า 18 ปี และไม่ได้จดทะเบียนสมรส จะให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random selection) ตามที่เขียนไว้ในเรื่องการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ในหน้า 40

3. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ว่า รายใดเป็นกลุ่มทดลอง รายใดเป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำเครื่องหมายโดยติดสติ๊กเกอร์ไว้ที่สมุดฝากครรภ์ “สีเหลือง” เป็นกลุ่มทดลอง และ “สีฟ้า” เป็นกลุ่มควบคุม

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 1) และบันทึกข้อมูลทั่วไป

5. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตามแบบบันทึก

6. ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับการ

ตามกิจกรรมแผนกฝากครรภ์

ขั้นตอนในการทดลอง

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนดังนี้

การสนับสนุนการคลอดระยะตั้งครรถ์

1. กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มเมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นครั้งแรก และกลุ่มทดลองได้รับ กิจกรรมการพยาบาลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์แล้ว ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information/ Instructional support) เป็นกลุ่มครั้งละประมาณ 3-4 คน เพื่อการเตรียมตัวคลอด ใช้เวลา 45-60 นาที เนื้อหาของกิจกรรมเป็นการให้ความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์ สอโรมันที่เกี่ยวกับ ระยะคลอด โดยการบรรยาย ด้วยสื่อสไลด์ประกอบภาพ ให้ความรู้เรื่องการบริหารร่างกายเพื่อ เตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด ให้ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหว ร่างกายในระยะคลอด และให้ความรู้เรื่องวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ด้วยการ บรรยายประกอบวีดิทัศน์ และการสาธิต จากนั้นแจกคู่มือการบริหารร่างกาย และการบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน

2. กิจกรรมครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังกลุ่มทดลอง ได้รับการตรวจครรภ์ตามขั้นตอนปกติของหน่วยฝากครรภ์แล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทบทวนความรู้ เรื่องการบริหารร่างกายและการบรรเทาปวดในระยะคลอด จากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกการบริหาร ร่างกายเพื่อเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และปฏิบัติการบริหาร เทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด และจัดกิจกรรมกลุ่มสะท้อนความรู้สึกมั่นใจในการคลอดเองทาง ช่องคลอด

3. เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 2)

การสนับสนุนในระยะคลอด

ผู้วิจัยให้การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อหญิงตั้งครรถ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพ ในเวรนั้นดูแลเครื่องหมายสติ๊กเกอร์ที่สมุดฝากครรภ์ “สีเหลือง” ถ้าวัดไว้ดูแลในห้องคลอดแล้ว พยาบาลวิชาชีพจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบว่า กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเข้าอีกครั้ง ถ้ามีตามคุณสมบัติไม่ครบ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่วนน้ำไม่ใสสีขุ่น ปากมดลูกเปิด มากกว่า 4 เซนติเมตร เป็นต้น ผู้วิจัยทำการคัดออกจากการวิจัย โดยกลุ่มทดลองรายนั้นจะได้รับ

การดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอด

3. ภายหลังจากที่กลุ่มทดลองรายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดในระยะแรกไว้ในห้องคลอดแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองรายนั้น ทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 3)

4. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนในระยะคลอดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น สำหรับกิจกรรมในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร (หรือการหดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild)

5. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนในระยะคลอดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น สำหรับกิจกรรมระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก (4-8 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 2-5 นาที Duration 45-60 วินาที Intensity moderate) และกิจกรรมในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 60-90 วินาที Intensity strong) โดยเมื่อกำลังคลอดมีปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 4)

6. ในกรณีที่ปากมดลูกเปิดหมด หรือในกรณีที่กลุ่มทดลองเกิดความผิดปกติที่แพทย์วินิจฉัยให้คลอดโดยวิธีอื่น ก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ถือเป็นสิ้นสุดของ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดต่อไป

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ (ฝากครรภ์)

1. เมื่อคัดเลือกรับได้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 1) จากนั้นให้เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ในระยะตั้งครรภ์

2. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้พบกลุ่มควบคุมในครั้งแรก 22 สัปดาห์ต่อมาผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มควบคุมและให้ทำแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (ครั้งที่ 2) จากนั้น กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์

ระยะคลอด (ห้องคลอด)

1. เมื่อกำลังคลอดเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพในเวรนั้นจะดูแลเครื่องหมายสติ๊กเกอร์ที่สมุดฝากครรภ์ “สีฟ้า” ถ้าวัดไว้ดูแลในห้องคลอดแล้ว พยาบาลวิชาชีพ จะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบว่า กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเข้าอีกครึ่ง ถ้ามีตามคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ หรือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก ผู้วิจัยทำการคัดกลุ่มควบคุมรายนี้ออกจากการวิจัย โดยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอด

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ทำแบบวัดความกลัวการคลอด ด้วยสายตา (ครั้งที่ 3) ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลในระยะแรกไว้ในห้องคลอดแล้ว

4. ภายหลังจากการตอบแบบวัดความกลัว กลุ่มควบคุมได้รับมาตรฐานการพยาบาล ในระยะ Latent phase ของการคลอด (เจ็บครรภ์จริง-ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร) ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 4-8 เซนติเมตร) และระยะ Transition phase (ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรขึ้นไป) และผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมที่มีปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร ทำแบบวัดความกลัวการคลอด ด้วยสายตา (ครั้งที่ 4)

5. ในกรณีที่ปากมดลูกเปิดหมด หรือในกรณีที่กลุ่มควบคุมเกิดความผิดปกติที่แพทย์ วินิจฉัยให้คลอดโดยวิธีอื่น ก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ถือเป็นสิ้นสุดการวิจัย หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดระยะคลอดต่อไป

ขั้นประเมินผล

ระยะตั้งครรภ์

ประเมินโดยใช้แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา ประเมินเมื่อก่อน-หลังโปรแกรม การสนับสนุนการคลอดระยะตั้งครรภ์

ระยะคลอด (ห้องคลอด)

ประเมินโดยใช้แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา เมื่อระยะแรกไว้ในห้อง คลอด และระยะรอคลอด (ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild)

ประเมินผลลัพธ์ของการคลอด เมื่อสิ้นสุดการคลอด ผู้วิจัยจะบันทึก ระยะเวลาการ คลอดในระยะที่ 1 ชนิดการคลอด Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 และการได้รับยากระตุ้น การหดตัวของมดลูกจากแฟ้มประวัติผู้คลอด



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 03-1-2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 074/ 2562 ตามลำดับ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเข้าร่วมวิจัย และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
2. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. การบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกต่าง ๆ จะไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่จะใช้วิธีการลบล้างชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย
4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม
5. การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว ทำการลบล้าง ป้อนข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ในการศึกษานี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด-วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย อายุครรภ์เมื่อคลอด คชนิมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สำหรับข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (Interval scale หรือ ratio scale) และมีการแจกแจงปกติใช้สถิติ Independent-*t*-test ส่วนข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Mann-Whitney test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) และลำดับขั้น (Ordinal scale) ใช้สถิติ Chi-square

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test)

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าทีอิสระ (Independent *t*-test ทดสอบ \bar{d})

6. เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอด

6.1 ระยะเวลาในระยะที่ 1 เป็นข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (Interval scale หรือ Ratio scale) และมีการแจกแจงปกติใช้สถิติค่าที (Independent *t*-test)

6.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอด ได้แก่ ชนิดของการคลอด และการได้รับยาเร่งคลอด โดยใช้สถิติ Chi-square

6.3 เปรียบเทียบคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 โดยใช้สถิติ Mann-Whitney

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 6 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด

ส่วนที่ 7 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผลลัพธ์การคลอด

ผลการวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ผลการวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
≤ 20 ปี	10	41.70	11	45.80
21-30 ปี	12	50.00	12	50.00
31- 35 ปี	2	8.30	1	4.20
	Mean = 23.00	SD = 4.80	Mean = 22.71	SD = 4.39
	Min = 18	Max = 32	Min = 18	Max = 31
สถานภาพสมรส				
คู่อยู่ด้วยกัน	24	100.00	23	95.80
คู่แยกกันอยู่	0	0.00	1	4.20
อาชีพ				
นักเรียน/ นักศึกษา	10	41.70	8	33.30
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ	1	4.20	1	4.20
รับจ้างทั่วไป	4	16.70	4	16.70
แม่บ้าน	4	16.70	3	12.50
ค้าขาย/ ธุรกิจ	3	12.40	6	25.00
ส่วนตัว				
เกษตรกร	2	8.30	2	8.30
รายได้				
< 10,000 บาท	17	70.90	14	58.30
10,001-15,000 บาท	2	8.30	5	20.80
15,001-20,000 บาท	3	12.40	2	8.30
> 20,000 บาท	3	8.30		
	Mean =	SD =	Mean =	SD = 8,746.78
	11,062.50	8,148.50	12025.00	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	Min = 3,000	Max = 35,000	Min = 0	Max = 30,000
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12.50	4	16.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	54.20	13	58.30
อนุปริญญา	0	0	3	12.50
ปริญญาตรี	8	33.30	3	12.50
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการคลอด				
สามารถคลอดได้ด้วย ตนเอง	14	58.30	12	50.00
ไม่สามารถคลอดได้ ด้วยตนเอง	0	0.00	1	4.20
ไม่แน่ใจว่าจะสามารถ คลอดได้ด้วยตนเอง	10	41.70	11	45.80

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นช่วงอายุไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 41.70 มีอายุเฉลี่ย 23 ปี ($SD = 4.80$) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100.00 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 41.70 รองลงมา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และแม่บ้าน ร้อยละ 16.65 และ 16.65 ตามลำดับ มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 70.90 รองลงมา มีรายได้ 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 12.50 มีรายได้เฉลี่ย 11,062.50 บาท ($SD = 8,148.50$) ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54.20 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.30 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 58.30 รองลงมา ไม่แน่ใจว่าจะสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 41.70

กลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 45.80 มีอายุเฉลี่ย 22.71 ปี ($SD = 4.39$) สถานภาพส่วนใหญ่สมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 95.80 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 33.30 รองลงมา มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.00 มีรายได้

ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 58.30 รองลงมา มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 20.80 มีรายได้เฉลี่ย 12,025 บาท ($SD = 8746.79$) ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 58.30 รองลงมา เป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.70 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 50.00 รองลงมาไม่แน่ใจว่าจะสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 45.80

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการตั้งครรภ์และข้อมูลการคลอด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย อายุครรภ์เมื่อคลอด คชนิมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด แสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมการวิจัย				
32 สัปดาห์	16	66.70	11	45.80
33 สัปดาห์	7	29.10	8	33.40
34 สัปดาห์	1	4.20	5	20.80
อายุครรภ์เมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด				
37 สัปดาห์	1	4.20	0	0.00
38 สัปดาห์	12	50.00	15	62.40
39 สัปดาห์	5	20.80	7	29.20
40 สัปดาห์	1	4.20	6	25.00
41 สัปดาห์	1	4.20	0	00.00
คชนิมวลกายก่อนการตั้งครรภ์				
น้อยกว่าปกติ ($< 18.5 \text{ kg/ m}^2$)	1	4.20	4	16.65
ปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/ m}^2$)	17	70.80	16	66.70
เกิน ($23.0-24.9 \text{ kg/ m}^2$)	0	0.00	3	12.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ้วน ($\geq 25.0 \text{ kg/m}^2$)	2	8.30	4	16.65
Mean =	SD = 2.30	Mean =	SD = 3.87	
	21.50		21.34	
Min =	Max =	Min =	Max =	
	15.52	26.28	16.00	30.00
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์				
น้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์	12	50.00	14	58.30
น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	8	33.30	5	20.85
น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์	4	16.70	5	20.85
Mean =	SD =	Mean =	SD =	
	10.28	2.31	11.08	3.64
Min =	Max =	Min = 5	Max =	
	7.70	16.40	16.40	
การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับใน ห้องคลอด				
< 3 เซนติเมตร	5	20.80	8	33.34
3 เซนติเมตร	12	50.00	8	33.33
4 เซนติเมตร	7	29.20	8	33.33
น้ำหนักทารกแรกเกิด				
< 2500 กรัม	1	4.20	0	0.00
2500-3000 กรัม	7	29.10	7	29.20
3001-3500 กรัม	12	50.00	11	45.80
> 3500 กรัม	4	16.70	6	25.00
Mean =	SD =	Mean =	SD =	
	3,102.92	360.61	3,195.83	376.45

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	Min =	Max =	Min =	Max =
	2,380	3,840	2,500	3,800
การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด				
ไม่ได้รับยา	24	100.00	22	91.70
ได้รับยา	0	0.00	2	8.30
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด				
ไม่มี	24	100.00	19	79.20
มี	0	0.00	5	20.80
1. mild meconium	0	0.00	1	4.17
2. OPP	0	0.00	0	0.00
3. Thick meconium	0	0.00	1	4.17
4. CPD	0	0.00	2	8.33
5. Fetal distress	0	0.00	1	4.17

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 66.70 รองลงมาเข้าร่วมเมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ ร้อยละ 29.10 มาคลอดที่ห้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเมื่ออายุครรภ์ที่ 40 สัปดาห์ ร้อยละ 25.00 คชนิมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/ m}^2$) ร้อยละ 70.80 รองลงมาเกินเกณฑ์ ($23.0- 24.9 \text{ kg/ m}^2$) ร้อยละ 12.50 ค่าเฉลี่ยของคชนิมวลกายก่อนการตั้งครรภ์คือ 21.50 ($SD = 2.30$) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50.00 รองลงมาน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.30 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ คือ 10.28 กิโลกรัม ($SD = 2.31$) การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด คือ 3 เซนติเมตร ร้อยละ 50.00 รองลงมาเปิด 4 เซนติเมตร ร้อยละ 29.20 ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักช่วง 3001-3500 กรัม ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในช่วง 2500-3000 กรัม ร้อยละ 29.20 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด คือ 3102.92

($SD = 360.61$) ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด ร้อยละ 100.00 และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด

กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 45.80 รองลงมาเข้าร่วมเมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ ร้อยละ 33.40 มาคลอดที่ห้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 62.40 รองลงมาเมื่ออายุครรภ์ที่ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 29.20 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 66.70 รองลงมาน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$) และอ้วน ($\geq 25.0 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 16.65 และ 16.65 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ คือ 21.34 ($SD = 3.87$) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 58.30 รองลงมาน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ และน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 20.85 และ 20.85 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ คือ 11.08 กิโลกรัม ($SD = 3.64$) การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด คือ < 3 เซนติเมตร 3 เซนติเมตร และ 4 เซนติเมตร ร้อยละ 33.34 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักช่วง 3001-3500 กรัม ร้อยละ 45.80 รองลงมาอยู่ในช่วง 2500-3000 กรัม ร้อยละ 29.20 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดคือ 3195.83 ($SD = 376.45$) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด ร้อยละ 91.70 รองลงมาได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 8.30 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ร้อยละ 79.20 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.80 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ CPD ร้อยละ 8.33 รองลงมาคือ Mild meconium, Thick meconium และ Fetal distress ร้อยละ 4.17, 4.17 และ 4.17 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย อายุครรภ์เมื่อคลอด การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 และตารางที่ 4 ส่วนการศึกษาสถานภาพสมรส การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด นำเสนอในรูปของตารางแสดงไว้ในตารางที่ 5

ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (Interval scale หรือ ratio scale) ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov พบข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติทั้ง 2 กลุ่ม คือ รายได้ (บาท/ เดือน) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด ส่วนอายุ (ปี) ดัชนี

มวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย อายุครรภ์เมื่อคลอด และการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกได้รับ ในห้องคลอดของทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สำหรับข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (Interval scale หรือ Ratio scale) และมีการแจกแจงปกติใช้สถิติ Independent-*t*-test ส่วนข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) และลำดับชั้น (Ordinal scale) ใช้สถิติ Chi-square ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล/ ตั้งครรภ์/ การ คลอด	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i> -test	<i>df</i>	<i>p</i> -value
รายได้ (บาท/ เดือน)							
กลุ่มควบคุม	24	12025.00	8746.79	962.50	.394	46	.695
กลุ่มทดลอง	24	11062.50	8148.50				
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์							
กลุ่มควบคุม	24	11.08	3.64	.21	.237	46	.814
กลุ่มทดลอง	24	10.88	2.312				
น้ำหนักทารกแรก เกิด (กรัม)							
กลุ่มควบคุม	24	3195.83	367.45	92.92	.884	46	.381
กลุ่มทดลอง	24	3102.92	360.61				

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของรายได้ (บาท/ เดือน) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{46} = .394$, $p = .695$ และ $t_{46} = .237$, $p = .814$ และ $t_{46} = .884$, $p = .381$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล/ ตั้งครรภ์/ การคลอด	n	Mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U test	
					Z	p-value
อายุ (ปี)						
กลุ่มควบคุม	24	22.70	4.39	24.69	-.94	.925
กลุ่มทดลอง	24	23.00	4.80	24.31		
ดัชนีมวลกายก่อนการ ตั้งครรภ์						
กลุ่มควบคุม	24	21.34	3.87	21.85	-1.309	.190
กลุ่มทดลอง	24	21.50	2.30	27.15		
อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย						
กลุ่มควบคุม	24	32.75	.794	27.56	-1.705	.088
กลุ่มทดลอง	24	32.38	.576	21.44		
อายุครรภ์เมื่อคลอด						
กลุ่มควบคุม	24	38.50	.780	23.27	-.679	.497
กลุ่มทดลอง	24	38.67	.917	25.73		
การเปิดของปากมดลูก เมื่อแรกรับในห้องคลอด						
กลุ่มควบคุม	24	2.79	1.141	23.81	-.361	.718
กลุ่มทดลอง	24	3.00	.780	25.19		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอายุ (ปี) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย อายุครรภ์เมื่อคลอด และการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -.94, p = .925$ และ $Z = -1.309, p = .190$ และ $Z = -1.705, p = .088$ และ $Z = -.679, p = .497$ และ $Z = -.361, p = .718$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล/ ตั้งครรภ์/ การคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		χ^2 Fisher's Exact	df	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12.50	4	16.70	Fisher's Exact =	1	1.000
มัธยมศึกษาตอนปลาย ขึ้นไป	21	87.50	20	83.30	.167		
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการคลอด							
สามารถคลอดได้ด้วย ตนเอง	14	58.30	12	50.00	$\chi^2 =$	1	.562
ไม่สามารถคลอดได้ด้วย ตนเอง/ ไม่แน่ใจ	10	41.70	12	50.00	.336		
การได้รับยาแก้ปวดใน ระยะรอคลอด							
ไม่ได้รับยา	22	91.67	24	100	Fisher's Exact =		.489
ได้รับยา	2	8.33	0	0	2.087		
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด หรือหลังคลอด							
ไม่มี	19	79.17	24	100	Fisher's Exact =		.050
มี	5	20.83	0	0	5.581		

ตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด การได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด และภาวะแทรกซ้อน

ขณะคลอดหรือหลังคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .167, p = 1.00$ และ $\chi^2 = .336, p = .562$ และ $\chi^2 = 2.087, p = .489$ และ $\chi^2 = 5.581, p = .050$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ วัดความถี่การคลอดทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วัดในระยะตั้งครรภ์ ก่อนที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 2 วัดในระยะตั้งครรภ์ภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ (2 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมการวิจัย) ครั้งที่ 3 วัดเมื่อทั้งสองกลุ่มแรกรับไว้ในห้องคลอด (ก่อนได้รับโปรแกรมในระยะคลอด) และครั้งที่ 4 วัดเมื่ออยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก 6-7 เซนติเมตร (ระหว่างได้รับโปรแกรมในระยะคลอด) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาการวัด

ความถี่การคลอด	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)	
	Mean	SD	Mean	SD
ครั้งที่ 1 (ระยะตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม)				
ความถี่การคลอดครั้งที่ 1	25.17	24.20	45.50	23.87
ครั้งที่ 2 (ระยะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรม)				
ความถี่การคลอดครั้งที่ 2	15.15	16.21	45.80	20.21
ครั้งที่ 3 (ระยะคลอดก่อนเข้าโปรแกรม)				
ความถี่การคลอดครั้งที่ 3	28.93	13.10	60.08	20.90
ครั้งที่ 4 (ระยะคลอดระหว่างโปรแกรม ปากมดลูกเปิด 6-7 cms)				
ความถี่การคลอดครั้งที่ 4	42.72	16.64	74.83	16.48

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความถี่การคลอดที่วัดภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดในระยะตั้งครรภ์ลดลงกว่าที่วัดก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจน คือ 25.17 ($SD = 24.20$) และ 15.15 ($SD = 16.21$) แต่มีค่าเฉลี่ยของความถี่การคลอดเพิ่มขึ้นเป็นลำดับเมื่อแรกรับในห้องคลอดและเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 6-7 เซนติเมตร คือ 28.39 ($SD = 13.10$) และ 42.72 ($SD = 16.64$) แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความถี่การคลอดที่

วัดภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ 45.50 ($SD = 23.87$) และ 45.80 ($SD = 20.21$) ส่วนในระยะคลอด ค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นเป็นลำดับเมื่อแรกรับในห้องคลอดและเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 6-7 เซนติเมตร เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่มีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง คือ 60.08 ($SD = 20.90$) และ 74.83 ($SD = 16.48$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ก่อนทดสอบผลของโปรแกรม ผู้วิจัยได้ทดสอบว่าก่อนการทดลองในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความกลัวการคลอดแตกต่างกันหรือไม่ นั่นคือ ทดสอบว่า ค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ของทั้งสองกลุ่มต่างกันหรือไม่ ด้วยสถิติค่าทีอิสระ เนื่องจากข้อมูลความกลัวการคลอดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ของทั้งสองกลุ่มมีค่าต่อเนื่อง (Ratio scale) และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ผลการทดสอบดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความกลัวการคลอด	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>t</i> -test	<i>df</i>	<i>p</i> -value
difference							
ครั้งที่ 1 (ระยะตั้งครรภ์ ก่อนเข้าโปรแกรม)							
กลุ่มทดลอง	24	25.17	24.19	20.33	2.931	46	.005
กลุ่มควบคุม	24	45.50	23.87				
ครั้งที่ 3 (ระยะคลอด ก่อนเข้าโปรแกรม)							
กลุ่มทดลอง	24	28.94	13.10	31.146	6.186	46	.000
กลุ่มควบคุม	24	60.08	20.89				

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ระยะตั้งครรภ์ และในระยะคลอดกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.931, df = 46, p = .005$ และ $t = 6.186, df = 46, p = .000$)

ส่วนที่ 6 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด

เนื่องจากก่อนทดลองทำการทดสอบค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดระยะตั้งครรภ์ และใน ระยะคลอด พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.931, df = 46, p = .005$ และ $t = 6.186, df = 46, p = .000$) ดังนั้นการ ทดสอบผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด จึงต้องใช้ค่าความแตกต่างของความกลัวการคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม (d bar) มาทดสอบด้วย ค่าสถิติทีอิสระ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจข้อตกลง เบื้องของการใช้สถิตินี้ พบว่า ค่าความแตกต่างความกลัวการคลอดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ในระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอดมีการแจกแจงปกติทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงสามารถ สถิติค่าทีอิสระ (Independent t -test ทดสอบ d bar) มาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความ กลัวการคลอดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอด ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอด อย่างต่อเนื่อง

ระยะของการดำเนิน โปรแกรม/ ความกลัวการ คลอด	n	d bar	SD	Mean Difference	t	df	p - value	
ระยะตั้งครรภ์								
ความกลัว การคลอด	กลุ่มทดลอง	24	-10.02	13.67	10.31	2.447	46	.009
	กลุ่มควบคุม	24	.29	15.48				
ระยะคลอด								
ความกลัว การคลอด	กลุ่มทดลอง	24	14.75	16.10	.97	.216	46	.830
	กลุ่มควบคุม	24	13.78	15.01				

จากตารางที่ 8 พบว่า ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่าง ของคะแนนความกลัวการคลอดเท่ากับ -10.02 ($SD = 13.67$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่า ความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดเท่ากับ .29 ($SD = 15.48$) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ

Independent-*t*-test พบว่า ในระยะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{46} = 2.447$, $p = .009$) นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องระยะตั้งครรภ์ลดความกลัวการคลอด

ในระยะคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดเท่ากับ 13.78 ($SD = 15.01$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดเท่ากับ 14.75 ($SD = 16.10$) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-*t*-test พบว่า ในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t_{46} = .216$, $p = .830$) นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ช่วยลดความกลัวการคลอดในระยะคลอด

ส่วนที่ 7 ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผลลัพธ์การคลอด

ผลลัพธ์การคลอด ได้แก่ ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ทดสอบด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) นำเสนอในรูปแบบของตาราง แสดงไว้ในตารางที่ 9 และชนิดของการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square และคะแนน Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ใช้สถิติ Mann-Whitney U test นำเสนอในรูปแบบของตาราง แสดงไว้ในตารางที่ 9

ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (interval scale หรือ ratio scale) ของระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov มีกลุ่มตัวอย่างระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด จำนวน 41 คน พบข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด สำหรับข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง (Ratio scale) และมีการแจกแจงปกติใช้สถิติ Independent-*t*-test สำหรับ APGAR score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 มีจำนวน 48 คน เป็นข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Mann-Whitney สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) และลำดับขั้น (Ordinal scale) ใช้สถิติ Chi-square ดังตารางที่ 9 และตารางที่ 10

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การคลอด		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
					Difference			
ระยะเวลาในระยะ	กลุ่ม	20	374.90	161.75	-17.491	-.369	41	.714
1 ของการคลอด	ควบคุม							
	กลุ่ม	23	392.39	149.08				
	ทดลอง							

จากตารางที่ 9 พบว่า ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 392.39 นาที (6 ชั่วโมง 54 นาที) ($SD = 149.08$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 374.90 นาที (6 ชั่วโมง 25 นาที) ($SD = 161.75$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดด้วยสถิติ Independent-*t*-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกัน ($t_{41} = -.369, p = .714$) นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Rank	Mann-Whitney U test	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		<i>Z</i>	<i>p</i> -value
	APGAR score						
นาทีที่ 1							
8 คะแนน	2	8.30	1	4.15			
9 คะแนน	20	83.40	22	91.70			
10 คะแนน	2	8.30	1	4.15			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ผลลัพธ์การ คลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Rank	Mann-Whitney U test	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		Z	p-value
9 คะแนน	1	4.15	1	4.15			
10คะแนน	23	95.75	23	95.75			

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนน APGAR score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 288.00$, $p = .50$ และ $Z = 288.00$, $p = .50$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Fisher's Exact χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชนิดของการคลอด							
คลอดปกติ	23	95.80	19	79.20	Fisher's	1	1.88
คลอดผิดปกติ	1	4.20	5	20.80	Exact =		
การได้รับยาเร่งคลอด					3.048		
ได้รับ	1	4.20	13	54.20	$\chi^2 = 11.111$	1	.001
ไม่ได้รับ	23	95.80	11	45.80			

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองมีการคลอดปกติร้อยละ 95.80 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีเพียงร้อยละ 79.20 แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการคลอดปกติระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการคลอดปกติไม่แตกต่างกัน

($\chi^2 = 3.048, p = .188$) นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ช่วยเพิ่มสัดส่วนของการคลอดปกติ

กลุ่มทดลองมีการได้รับยาแรงคลอด ร้อยละ 4.20 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ ร้อยละ 54.20 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการได้รับยาแรงคลอด ระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีการได้รับยาแรงคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 11.111, p = .001$) นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องช่วยลดการใช้ยาแรงคลอด

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562-31 มีนาคม พ.ศ. 2563 สุ่มคัดเลือกอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการคลอด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) ข้อมูลการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent *t*-test สถิติ Mann-Whitney สถิติ Chi-square และสถิติ Fisher's exact สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 23 ปี ($SD = 4.80$)

สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100.00 มีอาชีพเป็นนักเรียน/ นักศึกษา ร้อยละ 41.70 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 70.90 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 11,062.50 บาท/ เดือน ($SD = 8,148.50$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54.20 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 58.30

กลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 22.71 ปี ($SD = 4.39$)

สถานภาพส่วนใหญ่สมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 95.80 มีอาชีพเป็นนักเรียน/ นักศึกษา ร้อยละ 33.30 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 58.30 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 12,025 บาท/ เดือน ($SD = 8746.79$) ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 58.30 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 50.00

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 66.70 เจ็บครรภ์จริงมาคลอดที่ห้องคลอดตอนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/ m}^2$) ร้อยละ 70.80 ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 21.50 ($SD = 2.30$) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ที่ 10.28 กิโลกรัม ($SD = 2.31$) การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอดอยู่ที่ 3 เซนติเมตร ร้อยละ 50.00 ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 3001-3500 กรัม ร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ที่ 3102.92 กิโลกรัม ($SD = 360.61$) ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด ร้อยละ 100.00 และไม่พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด

กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 45.80 เจ็บครรภ์จริงมาคลอดที่ห้องคลอดตอนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 62.40 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/ m}^2$) ร้อยละ 66.70 ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 21.34 ($SD = 3.87$) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 58.30 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ที่ 11.08 กิโลกรัม ($SD = 3.64$) การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด คือ < 3 เซนติเมตร 3 เซนติเมตร และ 4 เซนติเมตร ร้อยละ 33.34 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักช่วง 3001-3500 กรัม ร้อยละ 45.80 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ที่ 3195.83 กิโลกรัม ($SD = 376.45$) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะรอคลอด ร้อยละ 91.70 รองลงมาได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 8.30 และมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ร้อยละ 20.80 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ CPD ร้อยละ 8.33 รองลงมาคือ Mild meconium, Thick meconium และ Fetal distress ร้อยละ 4.17, 4.17 และ 4.17 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องระยะตั้งครรภ์ และในระยะคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความถี่การคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.931, df = 46, p = .005$ และ $t = 6.186, df = 46, p = .000$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{46} = 2.447, p = .009$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และพบว่า ในระยะคลอดค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t_{46} = .216, p = .830$) ซึ่งเป็นไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

5. เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกัน ($t_{41} = -.369, p = .714$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการคลอดปกติไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = 3.048, p = .188$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

กลุ่มทดลองมีการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 11.111, p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 288.00, p = .50$ และ $Z = 288.00, p = .50$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับสมมติฐาน ดังนี้

1. ความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะตั้งครรภ์ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดลดลงมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าการที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลวิชาชีพด้วยการให้ข้อมูลเพื่อการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จะช่วยให้ผู้คลอด มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการทำให้ตัดวงจรความกลัวออกไปได้จากสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจนในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดลดความกลัวเกี่ยวกับการคลอด (Cunningham et al., 2014; Pillitteri, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip, Tang, and Goggins

(2009) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสอนกลยุทธ์ในการเผชิญความปวดในระยะคลอด มีระดับความวิตกกังวล และความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความกลัวการคลอดในระยะคลอด

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัวการคลอด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีความกลัวการคลอดไม่แตกต่างจากผู้คลอดที่ได้รับการดูแลปกติ อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดขยายอย่างรวดเร็ว ประมาณ 6-7 เซนติเมตร มดลูกก็จะมีอาการหดตัวรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้คลอดจะมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมลดลง ไม่ค่อยพูดตอบคำถาม ไม่ให้ความร่วมมือ เกิดจากกลัวกับเหตุการณ์ในสถานการณ์จริงในห้องคลอด ถึงแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพก็ไม่สามารถที่จะลดความกลัวในระยะคลอดลงได้ เนื่องจาก ในห้องคลอดมีเตียงรอกคลอด 12 เตียง มีผู้คลอดรายอื่นที่เจ็บครรภ์คลอดใกล้เคียงกันเจ็บครรภ์ที่มีการร้องไห้ ร้องขอการผ่าตัดจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือเห็นผู้คลอดที่เจ็บครรภ์มาก ๆ แล้วได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วนจากการที่เสียงหัวใจทารกในครรภ์เต้นช้าลง ส่งผลให้ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ปฏิบัติตามโปรแกรม ซึ่งผู้คลอดครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอดความเจ็บปวดที่มีการหดตัวรุนแรงยิ่งขึ้น ปากมดลูกเปิดขยายรวดเร็วมีผลต่อจิตใจทำให้เกิดกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain-syndrome) (Dick-Read, 1984) ความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตาภา เนียมปัสชา, ศรีอย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์ (2554) ที่ศึกษาในผู้คลอดที่มีระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร พบว่า ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และความกลัวในระยะคลอด ยิ่งเจ็บมากก็ยิ่งมีความกลัวมาก

3. ระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ช่วยให้ผู้คลอดมีระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ระยะที่หนึ่งของการคลอด เป็นระยะเวลาที่เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ นับเป็นระยะเวลาที่ยาวนานที่สุดของทุกระยะการคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดเป็นระยะเวลานานต่อเนื่อง ทำให้เกิดความตึงเครียดร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอล

(Cortisol) อะดรีนาลิน (Adrenalin) และแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อตลอดกลดลง มีผลให้ผู้คลอดเกิดการการคลอดล่าช้า ผู้คลอดเกิดความอ่อนล้า ทำให้มีความจำกัดในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดเริ่มมีความเจ็บปวดจากการที่มดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น จะต่อรองในการลุกเดิน ทำท่าผีเสื้อสั้น ๆ เพียง 5 นาที ไม่อยากเปลี่ยนท่า อีกทั้งผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่คุ้นชินกับการคลอดไหวในระยะคลอด และในการดูแลผู้คลอดโดยทั่วไป มักจำกัดให้ผู้คลอดอยู่แต่บนเตียง ไม่ให้เคลื่อนไหว เพราะกลัวอุบัติเหตุ (ปราณี ชีร โสภณ และคณะ, 2560) ซึ่งการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทางอยู่ในท่าศีรษะสูงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวของทารกและคลอดเร็วขึ้น (นันทพร แสตนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปรีสัตยกุล, 2558) ข้อจำกัดของผู้คลอดทำให้การดำเนินโปรแกรมทำได้ไม่สมบูรณ์ เพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้คลอด มีผลทำให้การได้รับโปรแกรมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการลดระยะที่ 1 ของการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2562) ที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระยะที่ 1 ของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-10 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumud Rana and Chopra (2013) พบว่า การจัดทำลำตัวและศีรษะสูง (Upright position) ในระยะที่ 1 ของการคลอดมีระยะเวลาการคลอดที่สั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการจัดทำ แต่ระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำลำตัวและศีรษะสูง (Upright position) จะกระตุ้นให้ผู้คลอดทำ 10-20 นาที แล้วสลับให้ผู้คลอดนอนบนเตียง 10-15 นาที สลับกัน ผู้คลอดให้ความร่วมมือจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความต้องการของผู้คลอดดังนั้น เมื่อผู้คลอดรับรู้ถึงมดลูกที่หดตัวรุนแรงขึ้นจึงต้องการนอนพักที่เตียงไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหวร่างกายตามโปรแกรม

4. การคลอดปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของการคลอดปกติไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องไม่ช่วยให้ผู้คลอดมีการคลอดปกติมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงต่ำ ไม่มีความผิดปกติของปัจจัยการคลอดด้านช่องทางคลอดส่วนนำ และขนาดของทารกในครรภ์ซึ่ง โดยทั่วไปจะสามารถคลอดปกติได้ (Akbarzadeh et al., 2016; WHO, 2015)

อย่างไรก็ตามผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีร้อยละของการคลอดโดยใช้หัตถการน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลปกติ และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งเป็นไปได้ว่าหากทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น ผลของโปรแกรมการสนับสนุนระยะคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการคลอดปกติเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องได้รับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้คลอดจากผู้ดูแลนั้นจะทำให้ผู้คลอดคลายกังวลลงได้ (Safarzadeh et al., 2012) ดังนั้น ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถเข้าใจกระบวนการคลอด สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์และผ่านกระบวนการการคลอดไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennell et al. (1991) ที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวตลอดระยะเวลาของการคลอด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้นต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่มีสมาชิกครอบครัวสนับสนุน

5. การใช้ยาเร่งคลอด

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีส่วนของผู้คลอดที่ใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 นั่นคือ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องมีผลในการลดการใช้ยาเร่งคลอดในระยะคลอด อภิปรายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การช่วยเหลือทั่วไป และให้กำลังใจผู้คลอดในระยะคลอด จะทำให้ผู้คลอดได้รับกำลังใจ มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ส่งเสริมการคลอด ช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย (Pillitteri, 2010) นอกจากนี้ยังจะไปขัดขวางความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามวงจรของ Dick-read (1984) ตามการศึกษาของ มาณี จันทร์ โสภกา (2555) พบว่า การที่ผู้คลอดวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง ผู้คลอดจะผ่อนคลาย ที่รู้สึกลดลง ลดการหลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) อะดรีนาลิน (Adrenalin) และแคทีโคลามีน ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อตกปกติจึงไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด สอดคล้องกับ Hodnett et al. (2012) ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่องจากผู้คลอด 133,391 คน พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดการใช้ยาเร่งคลอดจะลดลง

6. คะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง และได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อคลอดทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน คะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบกับทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดปกติ (6 ชั่วโมง 54 นาที และ 6 ชั่วโมง 25 นาที) โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะเครียดต่ำ ทารกแรกเกิดทุกคน จึงมี APGAR score อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคน ในครรภ์จึงไม่เกิดความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในแผนกฝากครรภ์สามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดในระยะตั้งครรภ์
2. พยาบาลห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้ในการพยาบาลผู้คลอดในห้องคลอดตามบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อส่งเสริมการคลอดปกติ และช่วยลดการใช้ยาเร่งคลอดในระยะคลอด
3. ผู้บริหารทางการพยาบาลแผนกสูติกรรมนำผลการวิจัยไปใช้ในการเตรียมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด และลดการใช้ยาเร่งคลอดโดยไม่จำเป็นสำหรับผู้คลอดทุกราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ แต่เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรมีการเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดในระยะคลอด เช่น ให้ผู้คลอดเลือกผู้สนับสนุนการคลอดที่ต้องการด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นสามี แม่ หรือพยาบาลผดุงครรภ์ และในขณะที่รอคลอดการที่ให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวและศีรษะสูง (Upright position) ต้องมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติสลับกับท่าที่ผู้คลอดรู้สึกสบาย บรรเทาปวด

บรรณานุกรม

- จันทนา โปรรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 1-12.
- ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ชिरกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญ์ตวงค์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2561). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หึงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 67-75.
- ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันชะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 12-21.
- ณัฐจิรา วินิจนัย, ยาวลัทภณณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และวรรณภา พาทูวัฒนกร. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลใน ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 44-52.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. *พยาบาลสาร*, 40(1), 103-112.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปริสัณญกุล. (2558). *การพยาบาลในระยะคลอด: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินท์ติ้ง.
- วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ชिरกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญ์ตวงค์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 34-42.
- บุญทิวี สุนทรลิมศิริ, ศิริสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. (2561). แนวทางการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ (Natural childbirth: Care Guidelines). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1), 111-119.
- เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปฐม วงษ์อุบล. (2542). การคลอดแบบที่มีการเร่งคลอด (Active management of labor). *วารสารแพทย์เขต 4*, 18(1), 67-71.
- ปราณี ชีโรโสภณ, สมจิตร เมืองพิล, สมสกุล นีละสมิต, สุรัชญญัฐ นางเมืองจันทร์, อารยา นัตถระพานิช และเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. (2560). ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 1-13.
- ปิยะนุช ชูโต. (2562). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์เซอร์วิส.
- เฟื่อง ดิ หงูลี, วรณี เตียววิเศษ และศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดหวางหนาย ประเทศเวียดนาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(4), 137-151.
- พะยอม ปอนสืบ และพัทธาภรณ์ บุญอยู่สง. (2555). ผลของการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในท่าคลอดศีรษะสูง. *ลำปางเวชสาร*, 33(1), 50-59.
- พริยา ศุภศิริ. (2549). การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด Nursing support in labor. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 1-7.
- มนัสชนก มณีอินทร์. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 648-658.
- มาณี จันทร์โสภา, จวี เบาทรวง และสุกัญญา ปรีศัญญกุล. (2555). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ ประสิทธิภาพการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 71-84.
- วรินทร์ สุขกาย, จวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2561). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวด และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(1), 49-60.

- วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงศ์. (2555). ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดของ มารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ*, 35(2), 108-117.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 53-59.
- ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และชานนท์ เนื่องต้น. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 42-54.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวดความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 67- 82.
- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา สุขศรี และรัชนิวรรณ รอส. (2557). วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 56-68.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, ปรานี พงศ์ไพบุลย์, กัญฉนิ พลอินทร์, วรางคณา ชัชเวช, ปรียา แก้วพิมล และสุภาพ มากสุวรรณ. (2562). ประสิทธิภาพของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 16-25.
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 2 (ระยะ คลอดและหลังคลอด)*. เชียงใหม่: ครอบคลุม ฟรินท์ดิง.
- อาทิตยา เพิ่มสุข, วรรณิ เดียวอิสเรศ และนุจรี ไชยมงคล. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อำพร โอนอ่อน, วัชรวัฒน์ วนเกียรติ, พรทิพย์ ร่องเลื่อน, เนตรนภา เหมเป่า และสุวิมล ทิศา. (2550). การจัดทำคลอดต่อระยะเวลาของการคลอดและสภาพทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 1(1), 25-36.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN)*, 37(1), 106-115.

- Akbarzadeh, M., Masoudi, Z., Zare, N., & Kasraeian, M. (2016). Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure (at BL32 Acupoint) on labor length and infant's apgar score. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 236-244.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Apgar, V. A., (1953). Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, 32(4), 260-267.
- Areskog, B., Kjessler, B., & Uddenberg, N. (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 13(2), 98-107.
- AWHONN. (2011). Nursing support of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN)*, 40(5), 665-666.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bernitz, S., Oian, P., Rolland, R., Sandvik, L., & Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30(3), 364-370.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). *Continuous support for women during childbirth*. Retrieved from <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/media/CDSR/CD03766/CD003766.pdf>.
- Brownridge, P. (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 59(Supplement), 9-15.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2014). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Chanthasenanont, A., Nanthakomon, T., & Kamudhamas, A. (2007). Indications for cesarean section at Thammasat University Hospital. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(9), 1733-1737.

- Cheng, Y. W., Delaney, S. S., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2009). The association between the length of first stage of labor, mode of delivery, and perinatal outcomes in women undergoing induction of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(5), e1-e7.
- Coalition for Improving Maternity Services [CIMS]. (2015). *The mother-friendly childbirth initiative*. Retrieved from [http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20Mother-Friendly%20Childbirth%20Initiative%20\(2015\).Pdf](http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20Mother-Friendly%20Childbirth%20Initiative%20(2015).Pdf)
- Davies, B. L., & Hodnett, E. (2002). Labor support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *The Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(1), 28-36.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Donabedian, A. (1986). *Criteria and standards for quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 63-72.
- Fawcett, J., Pollio, N., & Tully, A. (1992). Womens perceptions of cesarean and vaginal delivery: Another look. *Research in Nursing Health*, 15(6), 439-446.
- Gagnon, A. J., Waghorn, K., & Covell, C. (1997). A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth*, 24(2), 71-77.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlstrom, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). *Continuous support for women during childbirth (Review)*. Retrieved from http://www.Cochrane.org/PREG_continuous-support-women-during-childbirth.
- Hofberg, K., & Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510

- Holmes, J., & Magiera, L. (1987). *Maternity nursing*. New York: Macmillan Publishing.
- Holmes, J., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510.
- Ip, W., Tang, C., & Goggins, W. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135.
- Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization. (2014). *Joint Commission International Accreditation standards for hospitals*. Retrieved from <http://www.JointCommissionInternationalAccreditation.org>.
- Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of caesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.
- Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., & Hinkley, C. (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 265(17), 2197-2201.
- Kim, M. J., Shin, H. M., Park, I. Y., Hur, S. Y., Lee, G. S., & Shin, J. C. (2005). Factors associated with fear during labor. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 48(12), 2807-2812.
- Kish, J. A. (2003). *The development of maternal confidence for labor among nulliparous pregnant women*. Doctor of Philosophy, Department of Public Health and Community Health, University of Maryland, College Park.
- Kumud Rana, A. K., & Chopra, S. (2013). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9(1), 10-20.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: A randomised clinical trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(10), 1056-1063.

- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Womens Health, 55*(3), 234-242.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 21*(4), 219-224.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), 16-24.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2016). *Maternity & women's health care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R., & MacLeod, C. (1999). Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth, 26*(1), 4-8.
- Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing. (2012). *Natural childbirth*. Retrieved from <https://medical-ictionary.thefreedictionary.com/natural+childbirth>.
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics: The origins of "natural childbirth" in Britain. *Postgraduate Medical Journal, 79*(929), 168-173.
- Nichols, F. H., & Humenick, S. S., (1988). *Childbirth education: Practice, research and theory*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nichols, F. H., & Humenick, S. S. (2000). *Childbirth education: Practice, research and theory* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery, 25*(2), e1-e9.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlstrom, A., & Hildingsson, I. (2011). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth, 25*(3), 114-121.
- Pascoe, J. M. (1993). Social support during labor and duration of labor: A community-based study. *Public Health Nursing, 10*(2), 97-99.
- Perry, S. E. (2012). *Maternity & newborn nursing: Clinical companion* (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E., & Saisto, T. (2008). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(1), 67-73.
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Redhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta obstetrician et Gynecologica Scandinavica*, *77*(5), 542-547.
- Safarzadeh, A., Beigi, M., Salehian, T., Khojasteh, F., Burayri, T., Navabirigi, S. D., & Ansari, H. (2012). Effect of doula support on labour pain and outcomes in primiparous women in Zahedan, Southeastern Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Pain & Relief*, *1*(5), 1-4.
- Saisto, T., Salmelo-Aro, K., Nurmi, J. E., Kononen, T., & Halmesmaki, I. E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *98*(5), 820-826.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmaki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, *85*(11), 1315-1319.
- Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *31*(6), 733-741.
- Simkin, P. (1996). The experience of maternity in a woman's life. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, *25*(3), 247-252.
- Simkin, P. & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*(5 Suppl Nature), S131-S159.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, *133*(2), e164-e173.
- The Royal College of Midwives. (2012). *Birth environment in evidence-based guidelines in midwifery-led care in Labour*. London: RCM.
- Whitley, G. G. (1992). Concept analysis of fear. *International Journal of Nursing Knowledge*, *3*(4), 155-161.

- Wijma, K., Alehagen, S., & Wijma, B. (2002). Development of the delivery fear scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23(2), 97-107.
- Wolman, W. L., Chalmers, B., Hofmeyr, G. J., & Nikodem, V. C. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(5), 1388-1393.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal birth a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Managing complications in pregnancy and Childbirth*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre-and post-partum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญมี ภูค่านิ้ว
อาจารย์พยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม
2. แพทย์หญิงพจนาน บุญเรือง
สูติแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข
3. นางสาววิไลรัตน์ จันทาทิพย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-10-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศุภารักษ์ ประसार

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ มีอายุระหว่าง 18-34 ปี ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ (Cephalic presentation) เมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูกทุก 5-10 นาที นาน 30-45 วินาที มีความรุนแรงการหดตัวของมดลูกระดับน้อยถึงปานกลาง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจดี ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 24 คน และท่านจะได้รับการดูแลระยะตั้งครรภ์ 2 ครั้ง และระยะคลอดเมื่อแรกรับในห้องคลอดจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด และขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา 4 ครั้ง โดย 2 ครั้งแรกตอบในระยะตั้งครรภ์ อีก 2 ครั้งตอบเมื่อรับไว้ในห้องคลอด และเมื่อเจ็บครรภ์มาก (ปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร) นอกจากนี้ หลังจากที่ท่านคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกข้อมูลการคลอดของท่านในแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด ในการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่จะได้รับของการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการดูแลช่วยเหลือตามบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ที่กระทำเพื่อการเตรียมตัวคลอด และดูแลช่วยเหลือสนับสนุนในระยะ

คลอด ตามแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor support) ร่วมกับการดูแลการคลอดตามมาตรฐานการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นมาตรฐาน ในหน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอดของโรงพยาบาล นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลตามบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวสุดารักษ์ ประสาร หมายเลขโทรศัพท์ 081-877-1950 หรือที่ ผศ. ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวสุดารักษ์ ประสาร
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-10-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศุติรักษ์ ประสาร

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาจากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ มีอายุระหว่าง 18-34 ปี ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ (Cephalic presentation) เมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูกทุก 5-10 นาที นาน 30-45 วินาที มีความรุนแรงการหดตัวของมดลูกระดับน้อยถึงปานกลาง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจดี ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 24 คน และท่านจะได้รับการดูแลระยะตั้งครรภ์ 2 ครั้ง และระยะคลอดเมื่อแรกรับในห้องคลอดจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด และขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา 4 ครั้ง โดย 2 ครั้งแรกตอบในระยะตั้งครรภ์ อีก 2 ครั้งตอบเมื่อรับไว้ในห้องคลอด และเมื่อเจ็บครรภ์มาก (ปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร) นอกจากนี้ หลังจากที่ท่านคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกข้อมูลการคลอดของท่านในแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด ในการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะได้รับการดูแลรักษา ช่วยเหลือตรงตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสะเกษ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลที่จะทำให้ครอบครัวของท่านต้อนรับสมาชิกใหม่ที่สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวสุดารักษ์ ประสาร หมายเลขโทรศัพท์ 081-877-1950 หรือที่ ผศ.ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวสุดารักษ์ ประสาร
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง ต่อความถี่การคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสุดารักษ์ ประसार)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสุดารักษ์ ประसार)

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอด
ของผู้คลอดครั้งแรก

Effects of Continuous Labor Support Program on Fear of Childbirth and Childbirth Outcomes among Primiparous
Women

ชื่อนิสิต นางสาวสุครักษ์ ประसार

รหัสประจำตัวนิสิต 58920075 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 10 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40

สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 48 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อ ความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อการศึกษาของ
นิติตปริญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา เรื่อง ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัว
การคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือใน
การตอบคำถามมา ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
คลอด เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ จะทำเพียงครั้งเดียว

2. ส่วนที่ 2 แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (Fear of birth scale) เป็นการวัด
ปริมาณความรู้สึกกลัว และความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด จะทำทั้งหมด 4 ครั้ง
โดย 2 ครั้งแรกตอบในระยะตั้งครรภ์ ก่อนเข้าโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์
อีก 2 ครั้งตอบเมื่อรับไว้ในห้องคลอด และเมื่อเจ็บครรภ์มาก (ปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร)

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย \surd ลงใน [...] หรือเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

1. อายุ ปี
2. สถานภาพสมรส

[.....] 1. คู่อยู่ด้วยกัน	[.....] 3. คู่แยกกันอยู่
[.....] 3. หย่า	[.....] 4. หม้าย
3. อาชีพ

[.....] 1. นักศึกษา	[.....] 2. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
[.....] 3. รับจ้าง	[.....] 4. แม่บ้าน
[.....] 5. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	[.....] 6. เกษตรกรรม
[.....] 7. อื่น ๆ ระบุ	
4. รายได้ของครอบครัว บาท/ เดือน
5. ระดับการศึกษา

[.....] 1. ระดับประถมศึกษา	[.....] 2. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
[.....] 3. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	[.....] 4. ระดับอนุปริญญา
[.....] 5. ระดับปริญญาตรี	[.....] 6. สูงกว่าระดับปริญญาตรี
[.....] 7. อื่น ๆ ระบุ	
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด

[.....] 1. สามารถคลอดได้ด้วยตนเอง
[.....] 2. ไม่สามารถคลอดได้ด้วยตัวเอง
[.....] 3. ไม่แน่ใจว่าจะสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา (fear of birth scale)

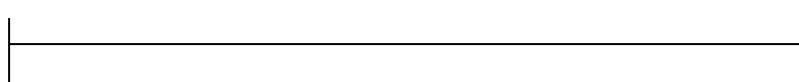
คำชี้แจง ให้ใช้ปากกาทำเครื่องหมายเส้นตรงแนวดิ่ง (|) บนเส้นตรงในตำแหน่งที่เป็นระดับความรู้สึกของท่าน

ระยะตั้งครรภ์

ครั้งที่1.... ก่อนเข้าโปรแกรม วันที่..... เวลา..... น.

ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการคลอดบุตร

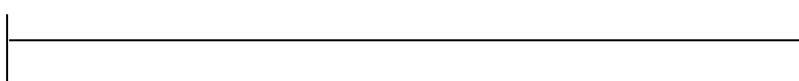
1.



ไม่รู้สึกกลัวเลย

รู้สึกกลัวมาก

2.



รู้สึกสงบ

รู้สึกหวาดหวั่น

ค่าคะแนนความกลัวการคลอดบุตร

ข้อที่ 1 คะแนน

ข้อที่ 2 คะแนน

ผลรวม คะแนน

ค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อ คะแนน

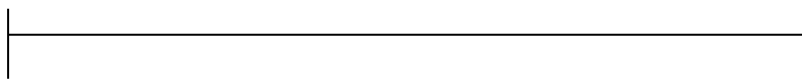
เลขที่แบบสอบถาม.....

ระยะตั้งครรภ์

ครั้งที่2.... หลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์ วันที่..... เวลา..... น.

ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการคลอดบุตร

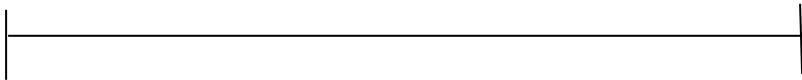
1.



ไม่รู้สึกกลัวเลย

รู้สึกกลัวมาก

2.



รู้สึกสงบ

รู้สึกหวาดหวั่น

ค่าคะแนนความกลัวการคลอดบุตร

ข้อที่ 1 คะแนน

ข้อที่ 2 คะแนน

ผลรวม คะแนน

ค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อ คะแนน

เลขที่แบบสอบถาม.....

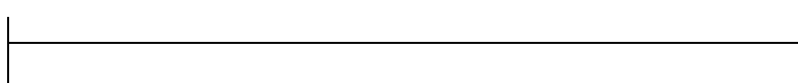
ระยะคลอด

ครั้งที่3..... แรกรับไว้ในห้องคลอด ปากมดลูกเปิด.....เซนติเมตร

วันที่..... เวลา..... น.

ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการคลอดบุตร

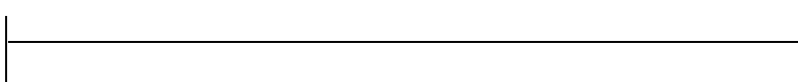
1.



ไม่รู้สึกกลัวเลย

รู้สึกกลัวมาก

2.



รู้สึกสงบ

รู้สึกหวาดหวั่น

ค่าคะแนนความกลัวการคลอดบุตร

ข้อที่ 1 คะแนน

ข้อที่ 2 คะแนน

ผลรวม คะแนน

ค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อ คะแนน

เลขที่แบบสอบถาม.....

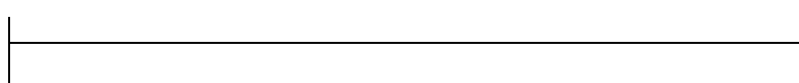
ระยะคลอด

ครั้งที่4.... ระยะเจ็บครรภ์มาก (ปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร)

ปากมดลูกเปิด.....เซนติเมตร วันที่..... เวลา..... น.

ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการคลอดบุตร

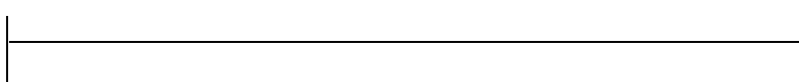
1.



ไม่รู้รู้สึกกลัวเลย

รู้สึกกลัวมาก

2.



รู้สึกสงบ

รู้สึกหวาดหวั่น

ค่าคะแนนความกลัวการคลอดบุตร

ข้อที่ 1 คะแนน

ข้อที่ 2 คะแนน

ผลรวม คะแนน

ค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อ คะแนน

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัย

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. อายุครรภ์..... สัปดาห์
2. น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์..... กิโลกรัม
3. ส่วนสูง..... เซนติเมตร
4. ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (BMI)
5. น้ำหนักตัวเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด..... กิโลกรัม
6. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์
7. การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์..... กรัม (คำนวณโดยวัดความสูงของยอด

มดลูกเป็นเซนติเมตร คูณกับเส้นรอบวงของท้องที่ระดับสะดือในหญิงตั้งครรภ์เป็นเซนติเมตร ผลที่ได้เป็นน้ำหนักของทารกเป็นกรัม)

8. การเจ็บครรภ์จริงเมื่อเวลา น. วันที่.....
9. การหดตัวของมดลูกเมื่อแรกรับ Interval..... Duration.....
10. การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ..... เซนติเมตร

ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การคลอด

11. ระยะที่ 1 ของการคลอด..... ชั่วโมง..... นาที
12. ระยะที่ 2 ของการคลอด..... ชั่วโมง..... นาที
13. การเปิดของปากมดลูก เซนติเมตร (ตั้งแต่แรกรับและการหดตัวของ

ของมดลูก การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะรอคลอด)

14. ยาแก้ปวดในระยะรอคลอดที่ได้รับ เวลา..... น.
15. การได้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

[.....] 1. ไม่ได้รับยา

[.....] 2. ได้รับยา เวลา..... น. การเปิดของปากมดลูก เซนติเมตร

16. วิธีการคลอด

17. ระยะเวลาตั้งแต่เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (3 หรือ 4 เซนติเมตร หรือการหดรัดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild) จนถึงเปิดหมด กระทั่งทารกคลอดทั้งตัว นาที
18. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด
-
19. น้ำหนักทารกแรกเกิดกิโลกรัม
20. APGAR score นาทีที่ 1 คะแนน และ APGAR score นาทีที่ 5 คะแนน

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง



โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย: หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผู้ดำเนินโปรแกรม: นางสาวสุศรัภย์ ประสาร

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม: 3 สัปดาห์

สื่อที่ใช้ในโปรแกรม: สไลด์อิเล็กทรอนิกส์ วีดีโอเรื่อง ประสบการณ์ที่ดีจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดด้วยตนเอง แผนการสอนเรื่อง การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดด้วยตนเอง
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีในกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดด้วยตนเอง
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการเตรียมกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน

ผลลัพธ์ของโปรแกรมที่คาดหวัง:

1. กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวต่อการคลอดลดลง ลดการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 โดยไม่จำเป็น ระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง และสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ด้วยตัวเอง
2. ทารกที่คลอดออกมามีค่าคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 \geq 8 คะแนน

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	ก
แผนโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอต่อเนือง.....	
การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม	1
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงขั้นตอนของโปรแกรม	
การให้ความรู้และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคลอด้วยตนเอง
ครั้งที่ 2 การฝึกปฏิบัติ
ครั้งที่ 3 การสนับสนุนในระยะคลอ
การประเมินผล.....	...



แผนการสอน

เรื่อง การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด

จัดทำโดย นางสาวสุดารักษ์ ประสาร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 18-34 ปี 2) ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และอายุครรภ์ตั้งแต่ 34-36 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 4) ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ (Cephalic Presentation) 5) เมื่อแรกจับไว้ในห้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจดี

สถานที่ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

อุปกรณ์และสื่อ สไลด์อิเล็กทรอนิกส์ วิดีโอเรื่อง ประสบการณ์ที่ดีจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดด้วยตนเอง และคู่มือ เรื่อง การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มีความรู้ ความเข้าใจธรรมชาติการเจ็บครรภ์คลอด
2. มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองและตระหนักถึงบทบาทที่คลอดได้ด้วยตนเอง
3. สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในระยะรอคลอดได้

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
แผนสอนเรื่อง การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด	1

คู่มือ

การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด



โดย

นางสาวสุตารักษ์ ประสาร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาผดุงครรภ์

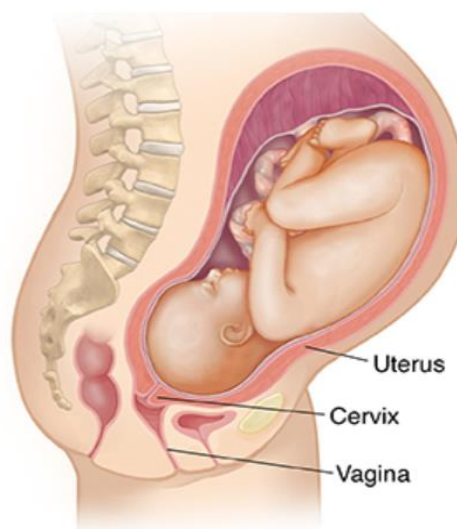
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กระบวนการคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

การคลอดคืออะไร

เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับเอาทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกในครรภ์มารดาสู่ภายนอก การคลอดมี 2 ชนิด คือ

1. คลอดปกติคือ การคลอดได้เองทางช่องคลอด
2. การคลอดผิดปกติคือ การคลอดสิ้นสุดลงโดยได้รับการช่วยเหลือ เช่น คลอดโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้คีม หรือมีภาวะแทรกซ้อน



ภาพที่ 1 การตั้งครรภ์

ที่มา: <https://www.saintlukeskc.org/health-library/stages-labor>

จากที่การคลอดเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติจึงเกิดขึ้นร่วมกับอาการเจ็บครรภ์โดยเมื่อมดลูกมีการหดตัว ทำให้มีการดึงรั้งตรงเส้นเอ็นต่าง ๆ ของมดลูก และส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทเข้าไปยังไขสันหลัง และเข้าสู่สมองแปลออกมาเป็นความรู้สึกเจ็บปวด คุณแม่จึงรู้สึกเจ็บปวดขณะที่มดลูกหดตัว

การหดตัวของมดลูกนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายคุณแม่ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดคือนั่นคือ ฮอร์โมนออกซิโทซิน หรือฮอร์โมนแห่งความรัก โดยที่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดระดับฮอร์โมนออกซิโทซินจะเพิ่มขึ้น และเพิ่มสูงสุดระยะที่ 2 ของการคลอด ระดับที่ฮอร์โมนออกซิโทซินที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มดลูกหดตัวถี่ขึ้นและแรงขึ้น เพื่อช่วยผลักดันให้ทารกคลอดออกมาเร็วขึ้น นอกจากนี้การคลอดทางช่องคลอดจะเกิดขึ้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ ปัจจัย