

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติและเป็นการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของครอบครัว เนื่องจากเป็นขั้นตอนของการก้าวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาและยังถือว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญประการหนึ่งของครอบครัวคือหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) (Friedman, 2003) การคลอดเป็นสิ่งที่น่าปิติยินดีและเป็นประสบการณ์สำคัญของครอบครัว เนื่องจากจะได้สมาชิกใหม่ แต่ในกระบวนการคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น ผู้คลอดส่วนใหญ่รู้สึกหวาดกลัวกับความเจ็บปวด วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและทารกในครรภ์ (Gorrie, McKinney, & Murray, 1998; Holmes & Magiera, 1987) สังเกตได้ชัดเจนในระยะเจ็บครรภ์และคลอด ซึ่งผู้คลอดอาจตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคล และการสนับสนุนที่ผู้คลอดได้รับ (Moore, 1983; Sherwen, 1991) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ผู้คลอดจึงต้องการการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจและมั่นใจว่าจะสามารถให้การสนับสนุนได้ตลอดระยะเวลาการคลอด จากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้คลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว เพื่อสนับสนุนผู้คลอดให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

ในอดีตการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยผู้คลอดได้รับการช่วยคลอดจากผดุงครรภ์โบราณ (Mortumyae) ซึ่งมักเป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ผู้คลอดยังได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง (Female Relatives) (Chunuan, Kala, & Kochapakdee, 2004) และมองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ของชีวิตทางสังคม และอารมณ์ที่แบ่งปันความรู้สึกร่วมกันระหว่างผู้คลอดและสมาชิกในครอบครัว (พิริยา ศุภศรี, 2549) แต่ในปัจจุบันการคลอดบุตรเกิดขึ้นในโรงพยาบาลมากขึ้นถึงร้อยละ 99 (Martin & Colleagues, 2003 cited in Cunningham & Williams, 2005) เพราะเชื่อว่าปลอดภัยกว่าการคลอดที่บ้าน ประกอบกับปัจจุบันการบริการโดยผดุงครรภ์โบราณมีน้อยลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่เพียงแต่เปลี่ยนผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมาเป็นพยาบาลเท่านั้น

แต่ยังสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นด้วย เช่น การตรวจติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ การใช้ยาชาเฉพาะที่ การใช้ยาระงับปวด เป็นต้น พร้อมกับมุมมองเกี่ยวกับการคลอดถูกเปลี่ยนไป โดยมองว่าการคลอดเป็นสรีรวิทยาทางการแพทย์ (Davis-Floyd, 1992) สมาชิกในครอบครัวถูกกันออกจากกระบวนการคลอด เพราะมองว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อ ผู้คลอดจึงพบกับความเจ็บปวด ความวิตกกังวลอย่างโดดเดี่ยว (Chunuan, Kala, & Kochapakdee, 2004) การดูแลการคลอดจะเน้นการทำคลอดภายในห้องคลอดของโรงพยาบาลมากกว่าบทบาทในกระบวนการคลอด แพทย์และพยาบาลจะให้ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดูแลการคลอดเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก โดยที่ผู้คลอดต้องให้ความร่วมมือกับการทำคลอด และปฏิบัติต่อผู้คลอดราวกับเป็นผู้ป่วย ในขณะที่ผู้คลอดมีความต้องการการสนับสนุนด้านร่างกายและจิต-สังคม จากบุคคลรอบข้างมากขึ้น แต่การสนับสนุนมิติด้านจิตใจของผู้คลอดได้ถูกละเลยไป (Leavitt, 1989; Miltner, 2000; Norr et al., 1977; Olds, London, & Ladewig, 1996; Robin, 1997; Zwelling & Phillips, 2001; พิริยา ศุภศรี, 2549; อุษา เชื้อหอม, 2543)

นอกจากการปฏิบัติดังกล่าวแล้ว เมื่อผู้คลอดมาอยู่โรงพยาบาลยังต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ทั้งด้านสถานที่ บุคคล เครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนกระบวนการตรวจรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้คลอดแสดงออกถึงความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน (Mercer, Hackly, & Bostrom, 1983; สุวีรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540; เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544) ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าว จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nerve) ทำให้เกิดความเครียด ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดนี้จะย้อนกลับให้เกิดความกลัว กลายเป็นวงจรของกลุ้มอาการ ความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) (Dick-Read, 1984) ผลที่ตามมาทำให้การหดตัวของมดลูกน้อยลง ระยะเวลาของการคลอดล่าช้าออกไป (Gorrie, Mckinney, & Murray, 1998; Lederman, Work, & McCann, 1978; Simkin & Anceta, 2000; Wutchik, Bakal, & Lipshitz, 1989 cited in Campbell, Lake, Falk, & Backstrand, 2006) มีความเจ็บปวดมากขึ้นและเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain Threshold) ลดลง ความต้องการในการใช้ยาแก้ปวดหรือยาระงับความรู้สึกมากขึ้นตามมา เกิดความกลัวความเจ็บปวดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางลบมากขึ้น (Brown & Lumley, 1994; Mercer, Hackley, & Bostrom, 1983; Pillitter, 2003) ดังนั้นการสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นบทบาทที่พยาบาลต้องใช้ตลอดเวลา แต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลในห้องคลอดยังแสดงบทบาทการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้ไม่เต็มที่นัก

อันเนื่องมาจากอัตรากำลังไม่เพียงพอและมีภาระงานมาก (Gagnon & Waghorn, 1996; McNiven et al., 1992; Miltner, 2000; Wiparat Sodsong, 2005; บังอร ศิริบุรณะภานนท์, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาปริมาณกิจกรรมสนับสนุนจริง ๆ พบเพียงร้อยละ 6-12.4 ของเวลาทั้งหมด (Gannon & Waghorn, 1996; Gale et al., 2001; Lesser & Keane cited in Field, 1987; McNiven, Hodnett, & O' Brien-Pallas, 1992 Cite in Davies & Hodnett, 2002; Miltner., 2000) ซึ่งตรงกันข้ามกับความต้องการของผู้คลอดที่ต้องการการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และคลอด

ในต่างประเทศจึงได้มีการศึกษาถึงความต้องการและการสนับสนุนในระยะคลอด โดยนำแนวคิดการพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family Centered Care: FCC) (Hutchfield, 1999) มาใช้ และอนุญาตให้ผู้คลอดนำผู้ช่วยเหลือเข้าร่วมในระยะคลอดอาจเป็นสามี ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนด้านอารมณ์ แนะนำและให้ข้อมูล ดูแลความสบายด้านร่างกายและเป็นผู้แทนในการตัดสินใจ (Kayne et al., 2001) ปัจจุบันมีการศึกษาที่สนับสนุนให้ผู้หญิงเข้ามาสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมและประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Campbell et al., 2006; Madi et al., 1999) พบผลลัพธ์ทางบวกทั้งทางด้านการคลอด และด้านจิต-สังคมของผู้คลอด โดยการสนับสนุนดังกล่าวจะไปช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอด ช่วยลดระดับของแคเทโคลามีน (Catecholamines) ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น มีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ลดการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวด และยาระงับความรู้สึกในระยะคลอด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะการคลอดได้มากขึ้นรวมถึงประสบการณ์การเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะคลอดลดลง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในทางบวกมากขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนการคลอดน้อยลง ตลอดจนประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้คลอดและโรงพยาบาล (Campbell et al., 2006; Hofmeyr et al., 1991; Klaus, Kennell, & Klaus cited in Simkin & Frederick, 2000; Madi et al., 1999; Murray et al., 2002; Pascali & Kroeger, 2004; Sosa et al., 1980; Tarkka & Paunonen, 1996; Wolman et al., 1993) และงานวิจัยยังได้เสนอแนะว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้หญิงเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด หรือปฏิบัติให้สอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมและรายได้ครอบครัวของผู้คลอด สามารถนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น (Campbell et al., 2006; Madi et al., 1999)

สำหรับการศึกษาของไทย ในทางปฏิบัติพบว่าโรงพยาบาลเอกชนอนุญาตให้สามีและสมาชิกครอบครัวเข้ามาดูแลได้ในระยะคลอด (Intrapartum Support) แต่สำหรับโรงพยาบาล

รัฐบาลและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่จะเข้มงวดไม่อนุญาตให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยในระยะเจ็บครรภ์และคลอด จะมีบ้างที่โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอนุญาตให้ญาติอยู่ด้วยในระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ไม่อนุญาตในระยะที่ 2 ของการคลอด (Chunuan, Kala, & Kochapakdee, 2004) และสมาชิกที่สนับสนุนส่วนใหญ่จะเป็นสามี ด้วยหวังว่าสามีเป็นบุคคลแรกที่จะปฏิบัติบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือที่ดี (Labor Support) แต่จากการศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติบทบาทของสามี ของ นิตยา คชภักดี (2540) พบว่าสามีที่เข้ามาสนับสนุนบางส่วนมีพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ มีความตื่นเต้นกระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ นั่งเจียน พุดมาก และมีความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้คลอดรู้สึกวิตกกังวลต่อการที่สามีเข้ามาอยู่ด้วยอาจทำให้การคลอดยุ่งยากมากขึ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และมีความเห็นว่าการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้ามาร่วมสนับสนุนในระยะคลอดเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจาก การคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงย่อมเข้าใจหัวอกลูกผู้หญิงด้วยกัน นอกจากนี้ยังเหมาะสมกับประเพณีวัฒนธรรมไทย คือผู้ชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนเรื่องการเงินและจัดหาผู้ช่วยเหลือดูแล ในขณะที่ผู้หญิงเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนโดยตรง จึงทำให้ผู้หญิงมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลมากกว่าผู้ชาย และลักษณะเด่นอยู่ประการหนึ่งของสังคมไทย คือมีความผูกพันทางสายโลหิตกันอย่างแน่นแฟ้น มีการติดต่อเยี่ยมเยียนและให้การช่วยเหลือสนับสนุนกันเสมอ ถึงแม้ว่าจะแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม และจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้มาอยู่เป็นในระยะคลอดนั้น ไม่จำเป็นต้องเป็นสามีอย่างเดียว อาจเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว เพื่อนสนิท เป็นต้น (Julie, 2002; Kayne et al., 2001; Klaus et al., 1986; MeriBeth, 2004; Robin, 1997; WHO, 2003; เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544)

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีนโยบายในการให้บริการการคลอดโดยมีเป้าหมายสำคัญของการบริการคือคุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของผู้คลอด โดยใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด แต่ปัญหาที่พบ คืออัตรากำลังไม่เพียงพอเช่นเดียวกัน ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การสนับสนุนผู้คลอดในด้านต่าง ๆ ได้เต็มที่ ประกอบกับโครงสร้างห้องคลอดเป็นห้องรวมที่ไม่เอื้อให้สามีเข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด เนื่องจากอาจก่อให้เกิดละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอดรายอื่นได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของโครงสร้างหน่วยงาน และเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย และได้้นำแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดมาใช้ โดยศึกษาถึงผลการสนับสนุนในระยะคลอดโดย

สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการผู้คลอดให้มีคุณภาพเพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายของการบริการการคลอดของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกโดยเปรียบเทียบ ระยะเวลาการคลอด การให้ยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการห้องคลอด

สมมติฐานของการวิจัย

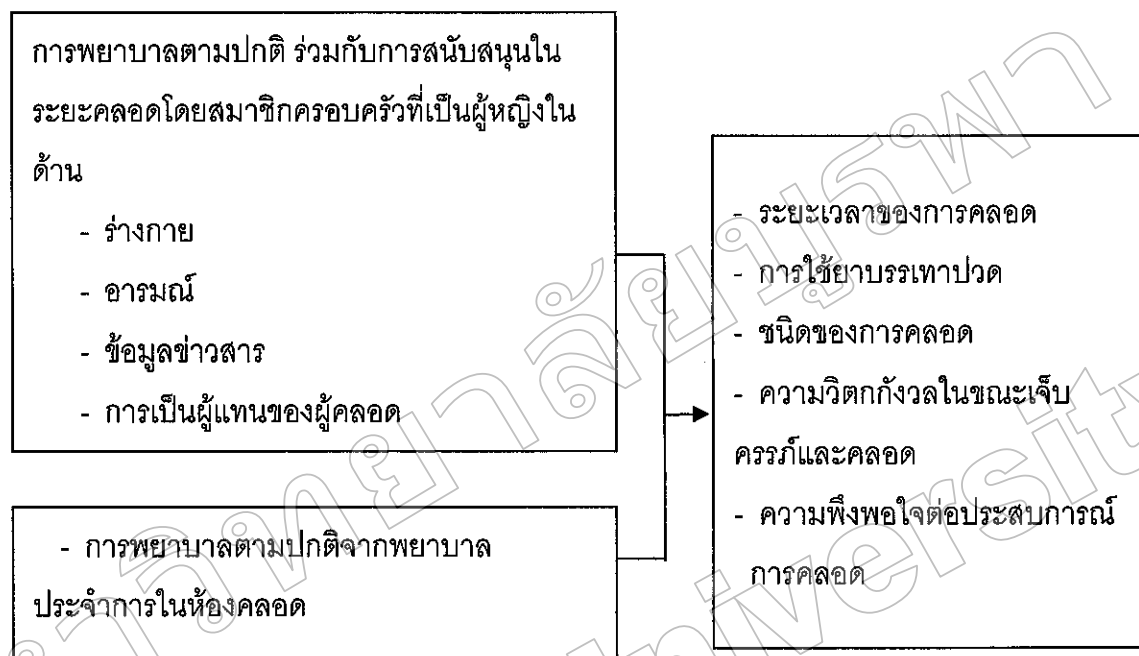
1. กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงมีการให้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง มีอัตราการคลอดปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
5. กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดของเคย์นี และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนในระยะคลอด โดยมองว่าความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง และเชื่อว่าผู้สนับสนุนในระยะคลอดเป็นใครก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา พี่สาว หรือเพื่อน ที่ผู้คลอดต้องการและสามารถอยู่สนับสนุน

ได้ตลอดเวลา คอยช่วยเหลือในขณะคลอดหรือตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้คลอดจึงต้องการการสนับสนุนในระยะคลอด จากบุคลากรทางการแพทย์และจากบุคคลที่ใกล้ชิดผู้คลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมและเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้คลอดที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายสำคัญของการสนับสนุนก็เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิต-สังคม ซึ่งแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ของ เคย์นี และคณะ (Kayne et al., 2001) นั้นประกอบด้วยการสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (Tangible Assistance) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสบายที่ไม่ขัดต่อกระบวนการคลอด เช่น การบีบ การนวด เช็ดหน้า เช็ดตัว ช่วยพาเข้าห้องน้ำ การกระตุ้นให้มารดาปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น 2) ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจ คลายความกลัว ความวิตกกังวล เช่น การอยู่เป็นเพื่อน พูดคุยให้กำลังใจ คอยกระตุ้นเตือน การสัมผัสจับมือ การให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้คำชมเชย เป็นต้น 3) การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (Advice and Information Support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน โดยการให้คำแนะนำหรือข้อมูลย้อนกลับ และ 4) การเป็นผู้แทนผู้คลอด (Advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ รวมถึงการประสานหรือติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้คลอดที่ถูกต้อง ซึ่งการสนับสนุนในองค์ประกอบดังกล่าวพบผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้คลอดและครอบครัวหลายประการด้วยกัน กล่าวคือ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าการตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาอยู่ตามลำพัง แต่มีผู้คอยเป็นห่วงและให้กำลังใจอยู่เคียงข้าง ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ลดการให้ยาบรรเทาปวด และระยะเวลาการคลอด มีอัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้น การใช้สูติศาสตร์หัตถการลดลง การใช้ยาระงับปวดลดลง ทำให้พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (Medi et al., 1999) ทำให้เกิดความผูกพันแน่นแฟ้นระหว่างมารดาและทารก และที่สำคัญทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้คลอดและครอบครัว นอกจากนี้พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมเกิดความพึงพอใจเช่นเดียวกัน (Hofmeyr et al., 1991, 1993) ดังนั้นผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้าน มาศึกษาเปรียบเทียบถึงผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อ ระยะเวลาการคลอด การให้ยาบรรเทาปวด

ชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านนโยบาย สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย โดยการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้าร่วมสนับสนุนในระยะคลอด รวมถึงการกำหนดบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและสนับสนุนผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนผู้คลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นรูปธรรม และเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่นำความรู้จากการวิจัยมารองรับ โดยการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงให้มีส่วนร่วมและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้คลอด
3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัว

4. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจ การศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในระยะคลอดแก่ครอบครัวต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การดูแลผู้คลอดของพยาบาลประจำการห้องคลอดในแต่ละเวรไม่แตกต่างกัน
2. ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนและรายงานการคลอดเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอด จากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งผลลัพธ์การคลอดประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่มีความเครียดก่อนในระยะตั้งครรภ์และคลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2550-เมษายน 2550

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่-การสนับสนุนในระยะคลอด โดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง

ตัวแปรตาม ได้แก่-ระยะเวลาการคลอด

- การใช้ยาบรรเทาปวด
- ชนิดของการคลอด
- ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดของผู้คลอด
- ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้คลอดครรภ์แรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ เมื่อเริ่มทำการศึกษา มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง หมายถึง บุคคลที่ผู้คลอดระบุว่าเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้คลอด ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลที่ผู้คลอดมีความผูกพันและคิดว่าเป็นบุคคลของครอบครัวเฉพาะเพศหญิง

การสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวในระยะคลอด หมายถึง การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงซึ่งกระทำต่อผู้คลอด ในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ประคับประคองจิตใจ ในขณะที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ

1. **การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical Support)** เป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสบายที่ไม่ขัดต่อกระบวนการคลอด โดยการบีบนวด เช็ดหน้า เช็ดตัว ช่วยพาเข้าห้องน้ำ การกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น
2. **การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)** เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจ คลายความกลัว ความวิตกกังวล โดยการอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจ คอยกระตุ้นเตือน การสัมผัสจับมือ การให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้คำชมเชย เป็นต้น
3. **การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)** เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน และช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลจากสิ่งที่ไม่รู้ โดยการให้คำแนะนำหรือข้อมูลป้อนกลับ เป็นต้น
4. **การเป็นผู้แทนผู้คลอด (Advocacy)** เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ รวมถึงการประสานหรือติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้คลอดที่ถูกต้อง เป็นต้น

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอดได้รับจากพยาบาลประจำการห้องคลอดตามปกติ ที่ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และการให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอด

ผลลัพธ์ของการคลอด หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์และการคลอด ทั้ง 2 กลุ่ม อันเนื่องจากการดูแลที่ได้รับ ประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

ระยะเวลาการคลอด หมายถึง ระยะเวลาในการคลอด นับเป็นนาที โดยเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จนกระทั่งทารกคลอด โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) นับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

ระยะที่ 2 ของการคลอด นับตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว

การให้ยาบรรเทาปวด หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยา เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งในบริบทของการคลอด ยาแก้ปวดเป็นยาที่ใช้เมื่อจำเป็น และเมื่อผู้คลอดร้องขอยาฉีด ซึ่งได้จากบันทึกการให้ยา

ชนิดของการคลอด หมายถึง วิธีการที่ทารกคลอดออกมาสู่ภายนอก ซึ่งแบ่งเป็นการคลอดปกติ (Normal Delivery) และคลอดผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วย การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) การใช้คีมช่วยคลอด (Forceps Extraction) และการผ่าตัดคลอด (Cesarean Section)

ความวิตกกังวลชนิดแฝง หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์หรือความไม่สบายใจที่มีประจำอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากความกังวลอยู่กับเรื่องราวอดีตหรือเรื่องราวทั่วไป ในการดำเนินชีวิตประจำวัน แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึกต่าง ๆ ที่สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความวิตกกังวลของสโปล์เบอร์เจอร์ (STAI Form X-II)

ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด หมายถึง ประสบการณ์ของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เนื่องจากประสบกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้คลอดในขณะที่เจ็บครรภ์และคลอด โดยผู้คลอดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของภาวะรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ และตึงเครียดหรือรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดของสโปล์เบอร์เจอร์ (STAI Form X-1)

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง หรือประสบการณ์ของผู้คลอด ที่ผู้คลอดได้รับจากการดูแลทั้งหมดในระยะคลอด รวมถึงการควบคุมความรู้สึกของตนเองในระยะเจ็บครรภ์และคลอด ซึ่งเกิดการแปลความหมายของผู้คลอด สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (Labour Agency Scale: LAS) ของฮอดเน็ตท์ (Hodnett, 1983)