

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด
ของผู้คลอดครรภ์แรก

ชาลินี เจริญสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มกราคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ซาลินี เจริญสุข ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สินสุกใส)


.....กรรมการ
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สิ้นสุกใส ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ในสาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดสอบ เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย และที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้คลอดครรภ์แรก และญาติผู้หญิงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สามี และน้องสาวทั้งสองคนที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจที่ดี และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ เอื้ออาทร และให้กำลังใจ คอยสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้า เป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่าทุกวันนี้

ชาลินี เจริญสุข

5492300: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: การสนับสนุนในระยะคลอด/ ความทุกข์ทรมาน/ การเผชิญการเจ็บครรภ์/ ความพึงพอใจ
ต่อประสบการณ์การคลอด

ชาลินี เจริญสุข: ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์ และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก (EFFECTS OF LABOR SUPPORT BY A FEMALE RELATIVE ON SUFFERING FROM LABOR PAIN, COPING WITH LABOR PAIN, AND SATISFACTION WITH CHILDBIRTH EXPERIENCES AMONG PRIMIPAROUS PARTURIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ศ.ด., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ศ.ด. 140 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ผู้คลอดครรภ์แรกโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดมาก่อนจะรู้สึกเครียดและทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย จะเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลที่คุ้นเคย จึงอาจช่วยเหลือผู้คลอดจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้และมีความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอด การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารับบริการการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 50 คน เลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้คลอด 25 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และอีก 25 คนต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด คะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .006$) แต่มีความทุกข์ทรมานและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่แตกต่างจากผู้คลอดกลุ่มควบคุม ($p = .098$ และ $p = .065$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงสามารถทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากยิ่งขึ้น พยาบาลห้องคลอดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

54920300: MAJOR: NURSING SCIENCE PROGRAM IN MIDWIFERY; M.N.S.

(ADVANCE MIDWIFERY)

KEYWORD: LABOR SUPPORT/_SUFFERING IN LABOR PAIN/_COPING WITH LABOR PAIN/ SATISFACTION WITH CHILDBIRTH EXPERIENCES

CHALINEE JAROENSOOK: EFFECTS OF LABOR SUPPORT BY A FEMALE RELATIVE ON SUFFERING FROM LABOR PAIN, COPING WITH LABOR PAIN, AND SATISFACTION WITH CHILDBIRTH EXPERIENCES AMONG PRIMIPAROUS PARTURIENTS. ADVISORY COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr. P. H., TATIRAT TACHASUKSRI, Dr. P. H. 140 P. 2018.

Primiparous parturients, especially those who haven't been prepared for childbirth will feel stress and suffering from labor pain, can't cope with labor pain, and dissatisfaction with childbirth experiences. Labor support by a female relative of the chosen parturient, will assist in order to support for physical and emotion from the person is familiar. It may help avoid suffering from labor pain, can coping with labor pain, and promote satisfaction with childbirth experiences. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of labor support by a female relative on suffering from labor pain, coping with labor pain, and satisfaction with childbirth experiences. The sample consisted of 50 parturients in labor and delivery room at Somdejpranangchaosirikit Hospital. These parturients who met inclusion criteria were selected by include criteria. The first 25 parturients were assigned into the control group and the others were assigned into the experimental group. The control group received regular nursing care but the experimental group received both regular nursing care and labor support by a female relative. Research instruments included three measures including the suffering from labor pain scale, the coping with labor pain scale, and the satisfaction with childbirth experiences Questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics; frequency, mean, standard deviation, and tested mean differences with Independent *t*-test.

The results revealed that parturients in the experimental group had significantly more satisfaction with childbirth experiences than those in the control group ($p = .006$). However, there were no significant difference of the mean suffering score and coping with labor pain between the experimental and the control groups ($p = .098$ and $p = .065$). These findings suggested that the labor support by a female relative could increase satisfaction with childbirth experiences of the primiparous parturients. Therefore, midwife should apply this labor support by a female relative to take care of the parturients in order to promote satisfaction with childbirth experiences.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ตัวแปร.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด	10
ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด	16
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	22
ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด	26
การสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิง.....	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	56
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และข้อมูลของการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิง.....	56
ส่วนที่ 2 ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก.....	65
ส่วนที่ 3 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก.....	65
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้รอบครรภ์แรก.....	66
5 สรุปและอภิปรายผล.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผลการวิจัย	69
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	72
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	73
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก.....	84
ภาคผนวก ข.....	86
ภาคผนวก ค.....	93
ภาคผนวก ง	97
ภาคผนวก จ	103
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ จวี เบาทรวง..... 25
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 57
3	ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 59
4	ข้อมูลของการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย..... 62
5	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 65
6	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 66
7	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 67

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 7
2	บริเวณที่ผู้ทดลองรู้สึกเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และบริเวณสีเข้มเป็นบริเวณ เจ็บปวดมากที่สุด..... 14
3	บริเวณที่ผู้ทดลองรู้สึกเจ็บปวดในช่วงปลายระยะที่ 1 ถึงช่วงต้นระยะที่ 2 ของการคลอด และบริเวณสีเข้มเป็นบริเวณเจ็บปวดมากที่สุด..... 14
4	บริเวณที่ผู้ทดลองรู้สึกเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด และบริเวณสีเข้ม เป็นบริเวณเจ็บปวดมากที่สุด..... 15
5	แบบวัดความทุกข์ทรมานของ Johnson..... 20
6	แบบวัดความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Simkin and Hull..... 21
7	แบบวัดระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของ Simkin and Hull..... 21
8	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัย..... 53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ (ศศิธร เตชะมวณ ไวยวิทย์, 2558; Leeman, Fontaine, King, Klein, & Ratcliffe, 2003) เกิดจากการหดตัวของมดลูก และการถ่างขยายของปากมดลูก (ศศิธร พุมดวง, 2551; สุภิญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสสนศิริพันธ์, 2550; Arya, Whitworth, & Johnston, 2007) มีผลทำให้เกิดการคลอดทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำออกสู่ภายนอก ระดับความรุนแรงของการเจ็บครรภ์จะเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความก้าวหน้าของการคลอด ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดที่มีต่อการคลอด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดกับสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นบุคคล สถานที่คลอด และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการคลอด (สุภิญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสสนศิริพันธ์, 2550; Lowe, 2002) ดังนั้นถึงแม้การเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นจากกระบวนการตามธรรมชาติ แต่ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์นั้นกลับเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียด (Abushaikha & Sheil, 2006) และรู้สึกทุกข์ทรมานในระยะคลอดได้ โดยเฉพาะหากผู้คลอดไม่สามารถเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ได้ (ศศิธร พุมดวง, 2551)

ความทุกข์ทรมานในระยะเจ็บครรภ์คลอดเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบของผู้คลอด เกิดจากความรู้สึกถูกคุกคามทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ การไม่ได้รับความช่วยเหลือ และสูญเสียการควบคุมตนเอง เกิดความวิตกกังวล ไม่สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ และมาจากความกลัวในการคลอด ได้แก่ กลัวที่จะเกิดอันตรายต่อตัวเองและทารกในครรภ์ (อุษา เชื้อหอม, เกสรา ศรีพิชญาการ, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และฮอลดี พี เคนเนดี, 2550; Lowe, 2002) กลัวการเจ็บครรภ์และกลัวความลำบากในการคลอด (อุษา เชื้อหอม และคณะ, 2550) ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความตึงเครียด (Simkin & Bolding, 2004) ไปกระตุ้นวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1976) ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าและผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตนเอง (Hodnett, 2002; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004)

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้ามีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก

จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้คลอด ทารก และสมาชิกในครอบครัว (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2003) ผู้คลอดสามารถแสดงบทบาทมารดาได้ดี ไม่เกิดภาวะอารมณ์เศร้า หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และไม่ทำร้ายตัวเอง (สเปญ อุ๋นอองค์, 2557) นอกจากนี้ความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการดูแลในระยะคลอด (Goodman et al., 2003; Hodnett, 2002)

การที่ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการคลอดได้ ผู้คลอดจะต้องมีความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม (สุกัญญา ปรีชญญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556) ซึ่งการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความสามารถของผู้คลอด ที่จะตอบสนองและจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยเฉพาะหากผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี (Talbot, 2012) อย่างไรก็ตามยังมีผู้คลอดอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลจะต้องส่งเสริมหรือดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ได้ดี และมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม

จากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Adams and Bianchi (2008) องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ได้แก่ การทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ความตึงเครียด จากการเจ็บครรภ์ เช่น การอยู่ด้วยตลอดเวลา การกล่าวชมเชยให้กำลังใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ จากความเจ็บปวด 2) การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ได้แก่ การดูแลให้เกิดความสุขสบายทางร่างกาย ลดความหิว กระจาย หรือลดความเจ็บปวด 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information labor support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระหว่างที่เจ็บครรภ์คลอด และวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ได้แก่ การบอกถึงความต้องการของผู้คลอด และดูแลพิทักษ์สิทธิ ในสิ่งที่มารดาเลือกส่วนผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด (Supporter) อาจเป็นพยาบาล (Nurse) หรือญาติใกล้ชิด (Close relative) ได้แก่ สามี (Husband) และญาติผู้หญิง (Female relative) หรือหญิงผู้ดูแลระยะคลอด (Doula) ก็ได้

โดยทั่วไปผู้คลอดต้องการให้พยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุน ในระยะคลอด (สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรี และรัชนีวรรณ รอส, 2557) เพราะมีความเชื่อมั่นว่า พยาบาลเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาชีพที่จะดูแลช่วยเหลือผู้คลอดได้เป็นอย่างดี (Hunter, 2009; Payant, Davies, Graham, Peterson, & Clinch, 2008) อย่างไรก็ตาม พยาบาล

มีภาระหน้าที่หลายด้าน และยังใช้เวลาส่วนหนึ่งในการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์หรือบันทึกข้อมูล (พิริยา ศุภศรี, 2549; Barrett & Stark, 2010) ตามแนวทางการดูแลทางการแพทย์เป็นหลัก (สุริย์พร กฤษเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, กัญจณี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2554) ทำให้มีความจำกัดในการให้การสนับสนุนผู้คลอดรายบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด สามารถอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดได้ตลอดเวลาให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้อย่างต่อเนื่อง (Khreshch, 2010) และตามแนวคิดการพยาบาลผู้คลอด ในระยะคลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered maternity nursing) จะมุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดเพราะกระบวนการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของผู้คลอดและครอบครัว (พิริยา ศุภศรี, 2547)

แนวคิดการพยาบาลผู้คลอดที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่ถือว่า การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ไม่ใช่ความเจ็บป่วย ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดให้สามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี โดยครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากพยาบาลในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด ซึ่งผลดีของการมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะคลอด คือ ช่วยลดความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Ford & Ayers, 2009; Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) ความกลัว (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556) ความวิตกกังวล (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; Yuenyoung, Jirapaet, & O'Brien, 2008) และลดความตึงเครียดของผู้คลอด (Yuenyoung et al., 2008) ช่วยให้ผู้คลอดเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Hodnett, 2002) เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม (Iliadou, 2012; Ip, Tang, & Goggins, 2009; Kuo et al., 2010) เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2551; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Goodman et al., 2003; Yuenyoung, O'Brien, & Jirapaet, 2012) และยังส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยา ศุภศรี, 2547) ทั้งนี้การสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวจะเป็นบุคคลได้ก็ได้ แต่ควรเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้คลอด

ผู้คลอดสามารถเลือกสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดได้ตามความต้องการ ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่จะเลือกบุคคลใกล้ชิดให้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด ทั้งนี้พบว่า มักจะเป็นมารดาของตนเองหรือญาติผู้หญิงคนอื่น (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) เพราะเป็นเพศหญิงเหมือนกันกับผู้คลอด (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) และมารดาของผู้คลอดหรือญาติผู้หญิงจะมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

จึงทำให้มีความเข้าใจในตัวผู้คลอดได้ดีกว่าบุคคลอื่น เข้าใจถึงความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่ผู้คลอดต้องเผชิญ ตลอดจนความต้องการของผู้คลอด ซึ่งในสังคมไทยมีความเชื่อว่า การคลอดเป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตของลูกผู้หญิงที่สำคัญมากที่สุด และเป็นเรื่องของผู้หญิงในสมัยก่อนที่เมื่อมีการคลอดเกิดขึ้นก็จะมีมารดาของผู้คลอด ญาติคนอื่น ๆ หรือเพื่อนบ้านที่เป็นผู้หญิงมาช่วยดูแล ตลอดจนมีหมอด่าแยซึ่งเป็นผู้หญิงมาช่วยทำคลอดให้ (พริยา สุภศรี, 2547) และในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการทำคลอดในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังพบว่า ผู้คลอดมักจะทำเลือกมารดาของตนเอง หรือญาติผู้หญิงคนอื่นให้อยู่เป็นเพื่อน คอยให้การดูแล การสนับสนุน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ผู้ดูแลผู้คลอดเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติผู้หญิง ซึ่งหมายถึง มารดาของผู้คลอด มารดาของสามีผู้คลอดหรือญาติผู้หญิงคนอื่น ๆ ในครอบครัว

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงช่วยให้เกิดผลดีต่อการคลอดเช่นกัน มีการศึกษา พบว่า การที่มีญาติผู้หญิงเข้ามาดูแลในระยะคลอดช่วยลดการใช้ยาออกซิโทซินเพิ่มอัตราการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเอง (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; Rosen, 2004) ลดการใช้ยาระงับความปวดในระยะคลอด (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Khreshch, 2010; Rosen, 2004) ลดการเร่งคลอดด้วยการเจาะถุงน้ำคร่ำ (Rosen, 2004) ลดระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วให้สั้นลง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Yuenyoung et al., 2012) มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Khreshch, 2010) และลดความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550)

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิงมีหลากหลาย โดยสรุปมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ให้การสนับสนุนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Yuenyoung et al., 2012) ด้วยการให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอด การสร้างเจตคติที่ดีต่อการคลอด การฝึกให้ญาติมีทักษะการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งการเตรียมความพร้อมของญาติในลักษณะนี้ ผู้คลอดและญาติต้องสามารถมารับบริการได้ในระยะตั้งครรภ์ แต่มีผลดี คือ ผู้คลอดและญาติมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด (สุภาวดี ทารวาระ, 2554) ช่วยให้ผู้คลอดรวมถึงญาติใช้เทคนิคหรือวิธีการต่าง ๆ ในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (Tuntanokij, 2006) เพราะมีเวลาฝึกมาก่อน ส่วนการศึกษาของ Khreshch (2010) เป็นการเตรียมญาติและผู้คลอดเมื่อผู้คลอดมาเข้าห้องคลอด โดยญาติให้การดูแลผู้คลอดภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมทันที ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 ของการคลอด โดยมุ่งเน้นให้ญาติผู้หญิงคอยดูแลความสุขสบาย ส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง กล่าวชมเชย ให้กำลังใจแก่ผู้คลอด เหมาะสมกับกรณีที่ผู้คลอดและญาติไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์

ผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด ณ ห้องคลอด ของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นผู้คลอดที่ไม่ได้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการเตรียมตัวคลอด และมีพฤติกรรม การเผชิญการคลอดที่ไม่เหมาะสม จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2558 ของโรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เกี่ยวกับผู้คลอดที่มาคลอด ณ ห้องคลอด พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้คลอด ที่คลอดทางช่องคลอด ฝากครรภ์มาจากสถานพยาบาลเอกชน มีจำนวนเล็กน้อยที่มาฝากครรภ์ ต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เมื่อใกล้ครบกำหนดคลอด ผู้คลอดเหล่านี้จึงไม่ได้รับ การเตรียมความพร้อมเพื่อคลอดมาก่อน ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในห้องคลอดสังเกต พบว่า ผู้คลอด เหล่านี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องเอะอะ โวยวาย บอกทุกข์ทรมาน ควบคุมตนเองไม่ได้ นอนดิ้นไปมา กระสับกระส่าย ผู้คลอดบางรายรู้สึก ไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอด ร้องขอการผ่าตัดคลอด ตลอดจนเรียกร้องให้ญาติ อยู่ด้วยขณะเผชิญการเจ็บครรภ์ ซึ่งตามปกติญาติจะนั่งรอผู้คลอดอยู่ด้านนอกห้องคลอด เนื่องจาก ห้องคลอดมีลักษณะเป็นห้องรวม ทั้งนี้การที่ผู้คลอดแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็น เพราะผู้คลอดครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์ในการตอบสนองหรือจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ขณะเจ็บครรภ์ มีความวิตกกังวล รู้สึกตึงเครียดกับการคลอดที่ไม่สามารถคาดเดาหรือไม่เป็น ไปตามที่คาดหวังไว้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด (สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ส่งผลให้กระตุ้นวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1976) จนความเจ็บปวดนั้นทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์นั้นได้ (ศศิธร พุมดวง, 2551; Abushaikha & Sheil, 2006)

ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้คลอดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียดที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะเจ็บครรภ์คลอด มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดี และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้น ผู้วิจัย จึงได้จัดให้มีการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมาใช้เพื่อการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ร่วมกับการพยาบาลระยะคลอดตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า การให้ญาติผู้หญิงที่มี ประสบการณ์การคลอดเข้ามาเป็นผู้สนับสนุนผู้คลอดจะมีความเหมาะสมด้วยเป็นผู้ที่เคยมี ประสบการณ์แบบเดียวกับผู้คลอด และยังเหมาะสมกับห้องคลอดของโรงพยาบาลที่มีลักษณะ เป็นห้องรวมดังกล่าว โดยใช้แนวทางการสนับสนุนระยะคลอดทั้ง 4 ด้านของ Adams and Bianchi (2008) โดยมีการเตรียมความพร้อมของญาติเมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดแล้ว เนื่องจาก เหตุผลที่ผู้คลอดไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดมาก่อน และเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้หญิง ในระยะสั้น ใช้เวลาประมาณ 35 นาที

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างจากผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างจากผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดแตกต่างจากผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Adams and Bianchi (2008) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงแก่ผู้คลอดครรภ์แรก ร่วมกับการดูแลตามปกติของห้องคลอด ซึ่ง Adams and Bianchi (2008) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดที่จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมานขณะเจ็บครรภ์ ส่งเสริมความมั่นใจของผู้คลอดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยส่งเสริมความสุขสบาย ลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยสนับสนุนให้ผู้คลอดมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด และสามารถใช้เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา ตลอดจนดูแลให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอด ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) 2) การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information labor support) และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) โดยมีรายละเอียดดังนี้

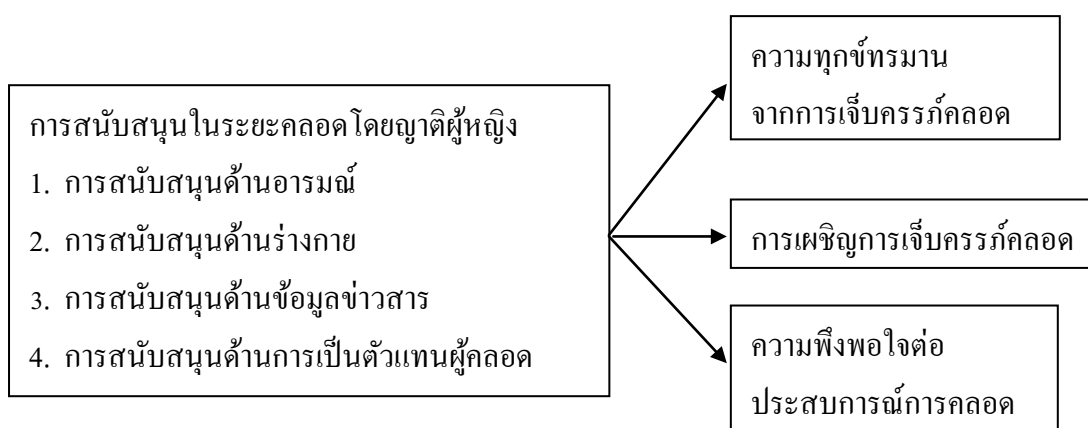
1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกคลายความกลัว ความเครียดด้วยการให้กำลังใจ ปลอดภัย ตอบข้อซักถามของผู้คลอดด้วยคำพูดที่นุ่มนวล แสดงท่าทางที่อ่อนโยน ให้การสัมผัสอย่างเบามือ เช่น ลูบมือ จับมือ

2. การสนับสนุนทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ลดระดับความเจ็บปวดเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยดูแลให้ผู้คลอดนำเทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยามาใช้ขณะรู้สึกเจ็บครรภ์คลอด ช่วยเหลือดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าของผู้คลอด การพักผ่อน และการขับถ่าย

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information labor support) เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระหว่างที่เจ็บครรภ์คลอด และวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความคิดบวกต่อกระบวนการคลอด ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยเทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำจากญาติผู้หญิง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดที่ญาติผู้หญิงเคยมีประสบการณ์การคลอดบุตร วิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์ที่เคยใช้และได้ผล ร่วมกับข้อมูลที่ได้รับจากการเตรียมตัวญาติของผู้วิจัย

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ดูแลพิทักษ์สิทธิในสิ่งที่มารดาเลือก ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่หวาดกลัวต่อการคลอด โดยญาติผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด จนกระทั่งคลอด รักษาความเป็นส่วนตัวของผู้คลอด ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้คลอดโดยไม่จำเป็น และเป็นตัวแทนในการสื่อความต้องการของผู้คลอดกับทีมผู้ให้บริการ

ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการดูแลตามปกติของห้องคลอดนี้จะช่วยให้ผู้คลอดมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดผู้คลอด แตกต่างจากกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามมาตรฐานของห้องคลอดอย่างเดียว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560

ตัวแปร

1. ตัวแปรต้น คือ การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง
2. ตัวแปรตาม คือ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง หมายถึง ชุดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของญาติผู้หญิงในการให้การสนับสนุนผู้คลอดตามแนวคิดของ Adams and Bianchi (2008) โดยผู้วิจัย 2) การปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงในด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และ 3) การติดตามช่วยเหลือผู้สนับสนุน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตาม และคอยให้การช่วยเหลือหากเกิดปัญหาและอุปสรรคในการสนับสนุนของญาติผู้หญิง
2. ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นขณะมดลูกหดตัวโดยผู้คลอดประเมินตามการรับรู้ของตนเอง ขณะที่มดลูกคลายตัวด้วยแบบวัดความทุกข์ทรมานที่ประยุกต์มาจากแบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Johnson's two component scale) ของ Johnson (1973)
3. การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองของผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์คลอดว่า ตนเองจะมีความสามารถตอบสนองและจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอดได้เพียงใด โดยผู้คลอดประเมินเมื่อมดลูกคลายตัวด้วยแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ประยุกต์มาจากแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์ (Pain coping scale) ของ Simkin (2011)
4. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของผู้คลอดที่มีต่อตนเอง ต่อทารก ต่อผู้สนับสนุนในระยะคลอด และต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ขณะเจ็บครรภ์ และคลอด โดยผู้คลอดประหม่นภายหลังคลอดไปแล้ว 12-24 ชั่วโมง
ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Goodman
et al. (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรกนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย มีรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด
2. ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด
3. การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด
4. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด
5. การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และทางจิตสังคมของผู้คลอด
การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ และยังเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตสังคม (สุกัญญา ปรีสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Leeman et al., 2003) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดกลไกการเจ็บครรภ์คลอด มีหลายสาเหตุไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้คลอด ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงที่มดลูก

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดได้ ดังนี้

1.1.1.1 การกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin hormone)

ฮอร์โมนออกซิโทซินที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) มีผลต่อการเจ็บครรภ์ โดยตัวจับออกซิโทซิน (Oxytocin receptor) ในกล้ามเนื้อมดลูกจะเพิ่มขึ้นเมื่อครรภ์ใกล้ครบกำหนด ทำให้มดลูกมีความไวต่อออกซิโทซิน ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูกและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

1.1.1.2 การสังเคราะห์ฮอร์โมนพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin hormone)

เมื่อถึงกำหนดคลอด ฮอร์โมนพรอสตาแกลนดินจะถูกสังเคราะห์และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในน้ำคร่ำและในกระแสเลือด ซึ่งจะให้ปฏิกิริยาทางเคมีมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์

1.1.1.3 การกระตุ้นฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) ในระยะ

ใกล้คลอดจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือด มีผลทำให้มี Myosin ซึ่งเป็นโปรตีนในกล้ามเนื้อมดลูกมีปริมาณเพิ่มขึ้น และอะดรีโนซีน ไตรฟอสเฟต (Adrenosine iphosphate) ที่เป็นแหล่งพลังงานในการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนยังช่วยสังเคราะห์ฮอร์โมนพรอสตาแกลนดินที่รกและเยื่อหุ้มทารกเพิ่มขึ้นด้วย เป็นผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว

1.1.1.4 การขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone hormone) ฮอร์โมน

โปรเจสเตอโรนจะลดปริมาณลงเมื่อใกล้คลอด จนทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวจนเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดได้

1.1.1.5 การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลของทารกในครรภ์ (Fetal cortisol

hormone) เมื่อทารกเจริญเติบโตเต็มที่ ต่อมหมวกไตของทารกจะไวต่อฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotropic) มากขึ้น ผลของปฏิกิริยาจากฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก คือ ช่วยในการกระตุ้นต่อมหมวกไตให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งจะผ่านรกเข้าสู่กระแสโลหิตของผู้คลอด ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

1.1.1.6 การหลั่งของฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน (Endorphins hormone) ฮอร์โมน

เอนดอร์ฟินเป็นสารที่มีคุณสมบัติในการลดความเจ็บปวดได้ดีที่สุด โดยจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย ง่วงนอน มีความสุข ในแต่ละบุคคลจะรับรู้ความเจ็บปวดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจำนวนเอนดอร์ฟินที่หลั่งออกมา ระดับเอนดอร์ฟินจะเพิ่มขึ้นในระยะใกล้คลอด และเพิ่มมากที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) ซึ่งจะคงอยู่ในระดับนี้ตลอดระยะที่สองของการคลอด จนกระทั่งทารกคลอด เอนดอร์ฟินจึงจะลดระดับลง และอยู่ในระดับปกติใน 2 วันหลังคลอด ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การนวด การฝังเข็ม การผ่อนคลาย และการกระตุ้นปลายประสาท ส่วนปัจจัยที่ทำให้การหลั่งฮอร์โมนเอนดอร์ฟินลดลง ได้แก่ การคลอดยาวนาน ความเครียด ความกลัว และภาวะซีมีเศร้า เป็นต้น

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงที่มดลูก เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะคลอด มดลูกจะหดตัว

เป็นจังหวะ ส่งผลให้ปากมดลูกมีความบางและเปิดขยาย พร้อมกับมีการเคลื่อนตัวของทารกเข้าสู่ช่องเชิงกรานของผู้คลอด ซึ่งผลของการหดตัวของมดลูก ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาท

ระหว่างนีโอคอร์เท็กซ์ (Neocortex) กับ คอร์เท็กซ์ (Cortex) และระหว่างระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) กับระบบพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ที่สมองส่วนของไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เกิดการรับ-ส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด ผู้คลอดรับรู้การเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งผู้คลอดจะรับรู้การเจ็บครรภ์มากขึ้นขึ้นอยู่กับพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก และใยประสาทขนาดใหญ่ตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) (Melzack & Wall, 1965) คือ ใยประสาทขนาดเล็กจะทำหน้าที่เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังทำให้กระแสประสาทความเจ็บปวดถูกส่งไปยังสมอง ผู้คลอดจะรับรู้การเจ็บครรภ์คลอด ส่วนใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังทำให้กระแสประสาทความเจ็บปวดไปยังสมองได้น้อยทำให้ผู้คลอดรับรู้การเจ็บครรภ์น้อย

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลที่มีต่อการคลอดของผู้คลอด ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 หรือก่อนเข้าสู่ระยะคลอด เป็นความรู้สึกที่มาจากความไม่เข้าใจในกระบวนการคลอด กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวว่าตนเองหรือทารกในครรภ์จะเป็นอันตรายจากการเจ็บครรภ์คลอด (สุกัญญา ปรีสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ความรู้สึกนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายในระยะคลอด ประกอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการคลอดของตนเองไม่เป็นตามความคาดหวังเหมือนคำบอกเล่าของผู้อื่นหรือจากสื่อต่าง ๆ ที่รับรู้มา ทำให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล ส่งผลไปกระตุ้นวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความเครียด-ความปวด (Fear-Tension-Pain) (Dick-Read, 1976) ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดมาก นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดกับสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียดได้ เช่น เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ แสง เสียง อุณหภูมิของสถานที่ที่รอคลอด หรือการอยู่รอคลอดรวมกับผู้คลอดรายอื่น ล้วนมีผลทำให้ผู้คลอดรับรู้การเจ็บครรภ์ได้มากกว่าปกติ (สุกัญญา ปรีสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Lowe, 2002)

2. ระยะคลอด

เมื่อผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์จริง จะเข้าสู่ระยะคลอดซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 (First stage of labor) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง (True labor pain) จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) ซึ่งครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 12-16 ชั่วโมง และครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง

2.1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) นับตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด และมีความบางน้อยกว่า 50% จนถึงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร มีความบาง 100% ในระยะนี้ มดลูกยังหดตัวห่าง ๆ ประมาณ 5-10 นาที หดตัวนาน 20-30 วินาที และอาจไม่รุนแรงมากนัก

ซึ่งในครรภ์แรกใช้เวลาในระยะนี้ประมาณ 3-8 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 5-6 ชั่วโมง

2.1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ในระยะนี้ปากมดลูกเปิดประมาณ 4 ถึง 8 เซนติเมตร มีความบางประมาณ 100% มดลูกหดตัวสม่ำเสมอทุก 3-5 นาที และหดตัวนานประมาณ 45-60 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับปานกลาง

ซึ่งในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

2.1.3 ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) ระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดประมาณ 8-10 เซนติเมตร มีความบาง 100% มดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที และหดตัวนานประมาณ 60-90 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับรุนแรง ซึ่งในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 30 นาที

ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านจะมีการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างรวดเร็วและมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกมากขึ้น

2.2 ระยะที่ 2 (Second stage of labor) เริ่มตั้งแต่ระยะที่ปากมดลูกเปิดหมด สิ้นสุดเมื่อทารกคลอดครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

2.3 ระยะที่ 3 (Third stage of labor) เริ่มตั้งแต่เมื่อทารกคลอด จนกระทั่งรกและเยื่อหุ้มทารกคลอด ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

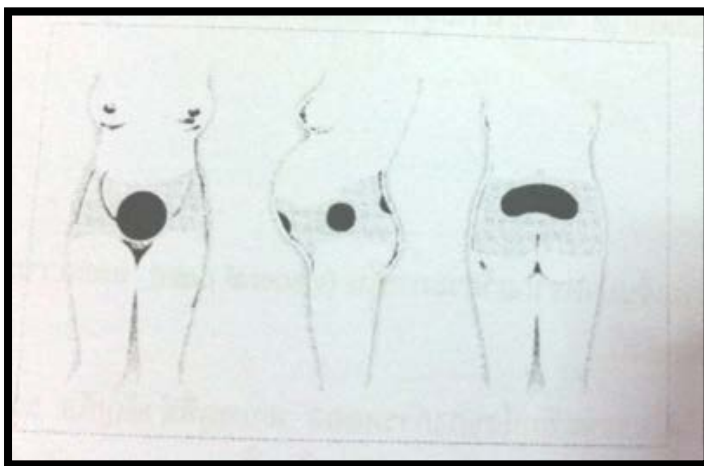
2.4 ระยะที่ 4 (Fourth stage of labor) เริ่มตั้งแต่รกคลอดเสร็จสิ้น จนกระทั่งครบ 2 ชั่วโมง หลังรกคลอด

3. การเจ็บครรภ์คลอด

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความรู้สึกไม่สบาย เป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลที่ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส (Sensory) และอารมณ์ (Emotion) (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Hull, 2011) ซึ่งในแต่ละระยะของการคลอด การเจ็บครรภ์คลอดจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

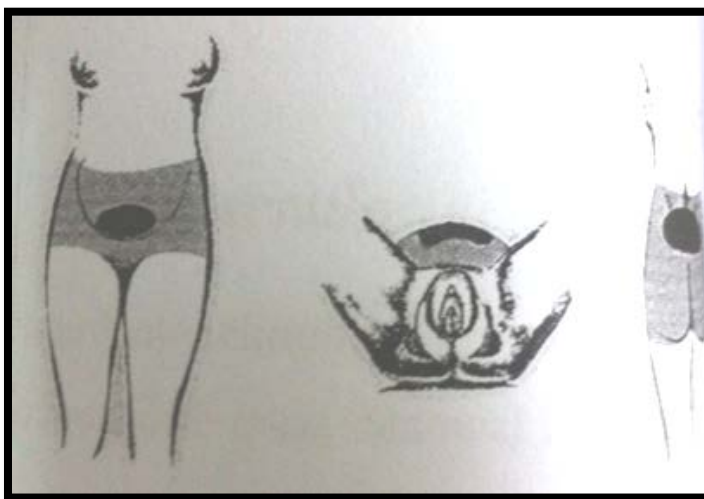
3.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์ขณะมดลูกหดตัวและหายไปเมื่่อมดลูกคลายตัว ความเจ็บปวดนี้ส่งผ่านมายังบริเวณสะดือ หน้าท้องบริเวณส่วนเอว ตรงกลางกระดูกสันหลังแล้วลงไปยังต้นขาทั้งสองข้าง เป็นความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral pain) ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก ร่วมกับมีแรงกดดันของมดลูกบนกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ทวารหนัก และมีการยืดขยายและการดึงรั้งของเส้นเอ็นที่ยึดมดลูก กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานและเยื่อช่องท้องร่วมด้วย ทำให้มีการส่งกระแสประสาทเกี่ยวกับความเจ็บปวดนี้ไปยังคอร์ซัล ฮอร์น (Dorsal Horn) แล้วเข้าสู่สันหลังที่กระดูก

สันหลังส่วนอกท่อนที่ 10 ถึง กระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวท่อนที่ 1 ไปยังสมอต่อไป ดังภาพที่ 2 และ 3



ที่มา: สุกัญญา ปริสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2550)

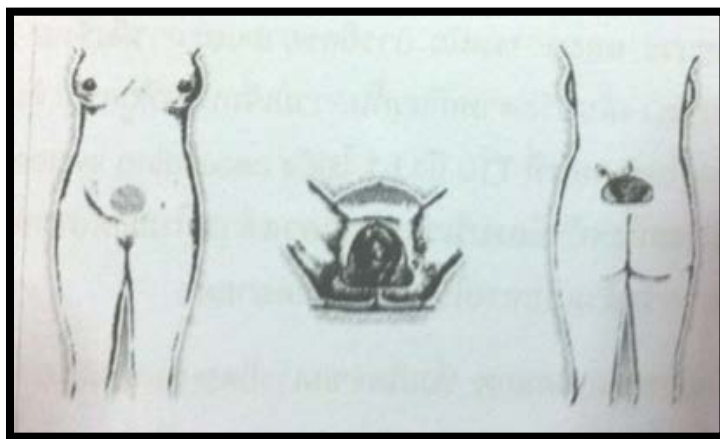
ภาพที่ 2 บริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และบริเวณสีเข้ม เป็นบริเวณเจ็บปวดมากที่สุด



ที่มา: สุกัญญา ปริสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2550)

ภาพที่ 3 บริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดในช่วงปลายระยะที่ 1 ถึงช่วงต้นระยะที่ 2 ของการคลอด และบริเวณสีเข้มเป็นบริเวณเจ็บปวดมากที่สุด

3.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดบริเวณหัวหน้า ปากช่องคลอด ฝีเย็บ และก้นกบ จากการยืดขยายของเนื้อเยื่อของฝีเย็บและกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน การหนีกขาดของเนื้อเยื่อของปากมดลูก ช่องคลอด และฝีเย็บเพื่อให้ทารกคลอดออกมา และจากการเคลื่อนต่ำลงมาของทารก ทำให้ส่วนนำของทารกกดบนกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้และอู้งเชิงกราน เกิดการส่งกระแสประสาทเกี่ยวกับความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังโดยผ่านเส้นประสาท กระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บท่อนที่ 2 ถึงท่อนที่ 4 ดังภาพที่ 4



ที่มา: สุกัญญา ปริสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2550)

ภาพที่ 4 บริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด และบริเวณที่เข็มเป็นบริเวณเจ็บปวดมากที่สุด

3.3 ระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากจากการหดตัวและการยืดขยายของปากมดลูกจากการคลอดของรก ตำแหน่งที่ปวดจะคล้ายคลึงกับระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะน้อยกว่า

4. ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของการคลอดที่รุนแรงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บปวดอื่น ขณะที่กระบวนการคลอดมีความก้าวหน้าขึ้นหรือดำเนินต่อไป ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดเพิ่มมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมของผู้คลอดในขณะนั้น ความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดมีความรุนแรงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บปวดจากการปวดแผล การปวดจากพยาธิสภาพของโรคหรือเจ็บปวด

อื่น ๆ สุภาวดี หารวาระ (2554) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 97 ของผู้คลอดรู้สึกว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุดเท่าที่เคยประสบมา และศศิธร พุ่มดวง (2551) พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้คลอดที่ได้รับยาคลอดในระยาระยะคลอดระบุว่า การลดปวดโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการลดความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการปวดแบบเฉียบพลันทำให้ผู้คลอดเกิดความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกจะเกิดความรู้สึกเหล่านี้มากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ไม่รู้วิธีการจัดการหรือการตอบสนองกับการเจ็บครรภ์ที่ถูกต้อง และอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการเจ็บครรภ์ เช่น ร้องครวญคราง เอะอะโวยวาย นอนดิ้นไปมา เป็นต้น ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีความอดทนลดลงต่อการเจ็บครรภ์คลอดที่ต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกว่าผู้คลอดจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้ผู้คลอดรับรู้การเจ็บครรภ์มากขึ้น เกิดความตึงเครียดและทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดได้

สรุปได้ว่า การเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางจิตใจของผู้คลอด ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นผลมาจากการหดตัวของมดลูก การเปิดและถ่างขยายของปากมดลูกที่เพิ่มขึ้นขณะที่ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอด จะรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายร่วมด้วยตามระยะของการคลอด เช่น ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณผนังหน้าท้องบริเวณส่วนเอว บริเวณตรงกลางกระดูกสันหลัง และต้นขาทั้งสองข้าง

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

1. ความหมายของความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ความเจ็บปวด (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูษาหัต, 2558; Johnson, 1973) ความอ่อนเพลีย ความกลัว ความวิตกกังวล (บุญทิศา สุวิทย์, สุณี พนาสกุล และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน, 2558) เป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลนั้น ๆ

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด มีสาเหตุมาจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันขณะมดลูกหดตัว ความกลัว ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่มีต่อการเจ็บครรภ์หรือความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากการแสดงพฤติกรรมเผชิญความตึงเครียดที่ไม่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์

ผู้คลอดแต่ละคนอาจรู้สึกเจ็บครรภ์เพียงอย่างเดียวหรือมีความทุกข์ทรมานขณะเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วยหรือผู้คลอดบางรายอาจรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดเพียงเล็กน้อย

แต่รู้สึกทุกข์ทรมานมากได้ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดจะเพิ่มขึ้นมาก หากผู้คลอดรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือขณะเจ็บครรภ์ ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Lowe, 2002; Simkin & Bolding, 2004)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด สตรีที่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้งจะสามารถเข้าใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน และสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ในอดีตที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งอาจส่งผลให้บุตรคนก่อน ๆ มีความผิดปกติแรกเกิดก็จะมีผลต่อความวิตกกังวล ความเครียดในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และนำไปสู่ความทุกข์ทรมานในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาศาสตร์, 2558)

2.2 ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกและระดับการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดส่วนใหญ่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า มักจะเจ็บปวดไม่มาก สามารถทนได้ ส่วนระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกจะมีการหดตัวรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ผู้คลอดจึงรู้สึกไม่สบาย และทุกข์ทรมาน ต้องการวิธีบรรเทาความเจ็บปวดต่าง ๆ มาช่วยในระยะนี้ (รังสิณี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ค่วนดี, 2556)

2.3 ความกลัวการคลอด จากการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตตวงค์ (2555) พบว่า ผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดอย่างรุนแรง จะเกิดความทุกข์ทรมานในระยะเจ็บครรภ์คลอด เช่น กลัวที่จะเกิดอันตรายต่อตัวเองและทารก กลัวการเจ็บครรภ์ และกลัวความลำบากในการคลอด (อุษา เชื้อหอม และคณะ, 2550; Lowe, 2002)

2.4 การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ จิรพร อินนอก (2553) พบว่า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลสามารถควบคุมตนเองได้ เลือกวิธีเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้รู้สึกปวดและทุกข์ทรมานลดลง นอกจากนี้การได้รับข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือหรือไม่ถูกต้องหรือสรุปเอาเองจากท่าทีหรือคำพูดของผู้ให้การดูแลจะทำให้มีการแปลความหมายผิดพลาด เกิดการตีความหมายของกิจกรรมที่เป็นปกติในระยะคลอดว่าเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขณะเจ็บครรภ์คลอด (สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) และเกิดความทุกข์ทรมานได้ (บุศริน เอี้ยวสีหยก, 2545; ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร, 2547)

2.5 พฤติกรรมเผชิญความเครียด จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้คลอดมีความทุกข์ทรมานในระดับที่สูงมาก (จิรพร อินนอก, 2553; ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558) ซึ่งในระยะปากมดลูกเปิดช้า พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมแยกตัว ก้าวร้าว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความรู้สึกถูกคุกคามหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร แสดงความไม่เป็นมิตรหรือมีจิตใจหม่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การหดรัดตัวของมดลูก วิธีการคลอด เป็นต้น สำหรับในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หากผู้คลอดมีอาการปฏิเสธ ซึมเศร้า ถดถอย แยกตัวเอง หรือมีอาการเพื่อฝัน แสดงว่าผู้คลอดมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ส่วนในระยะเปลี่ยนผ่าน พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่จัดว่าไม่เหมาะสม ได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก ร้องเอะอะ โวยวาย มีอาการกลัวแบบสุดขีด ต้องการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่น เช่น ร้องขอให้ผ่าทารกออกทางหน้าท้องอย่างรีบด่วน พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และทุกข์ทรมานในระยะเจ็บครรภ์คลอด (สุกัญญา ปรีสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

2.6 การตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอด

Lowe (2002) กล่าวว่า ผู้คลอดจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดได้ หากผู้คลอดรู้สึกถูกคุกคามทางด้านร่างกายและจิตใจไม่ได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้

3. ผลกระทบของความทุกข์ทรมานต่อผู้คลอด และทารกในครรภ์

ความทุกข์ทรมานทำให้เกิดความตึงเครียดในระยะคลอด มีการกระตุ้นวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด ทำให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมา มีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่มดลูก ทำให้มีการลำเลียงออกซิเจนไปยังมดลูกไม่เพียงพอ มดลูกจึงหดรัดตัวผิดปกติ ส่งผลให้การดำเนินการคลอดไม่ก้าวหน้า เกิดการคลอดล่าช้า (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานยังส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นไม่ไหว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Hodnett, 2002; Waldenström et al., 2004) มีการแสดงพฤติกรรมเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงพฤติกรรมไม่พึงพอใจ ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ร้องเอะอะ โวยวาย คั่นทูนทุราย (ชญานิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเขาวเรศ สมทรัพย์, 2548; บุศรินทร์ เขียนแมน และรุ่งราวรรณ ได้เมืองปาก, 2555; สุกัญญา ปรีสัจญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) มีผลทำให้ผู้คลอดอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเบ่ง หมดกำลังใจที่จะเผชิญกับการคลอด มีความรู้สึกไม่มั่นใจตนเองที่จะเผชิญการคลอด (ชญานิน บุญพงษ์มณี และคณะ, 2548)

4. การประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

การประเมินความทุกข์ทรมานโดยทั่วไปจะใช้วิธีสอบถามจากการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยตรงและสังเกตอาการและอาการแสดงที่บุคคลนั้นแสดงออก เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความทุกข์ทรมาน ได้แก่

4.1 แบบประเมินความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบประเมินความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนี้

เป็นแบบประเมินของ (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558) ที่ดัดแปลงมาจากมาตรวัดความทุกข์ทรมานของแม่คลอด และยังร่วมกับแบบวัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ของ (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน
- 1 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกทุกข์ทรมานปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกทุกข์ทรมานมาก
- 4 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด

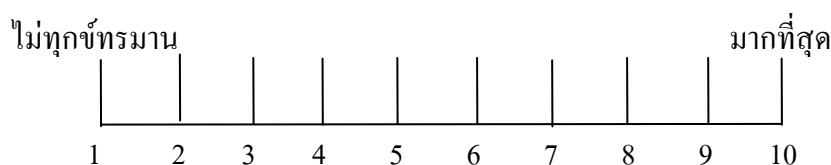
4.2 แบบวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน (Johnson's two component scale)

ของ Johnson (1973)

Johnson (1973) กล่าวว่า แบบวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยแบบวัดทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างสูง และสามารถแยกวิเคราะห์ได้ แบบวัดความเจ็บปวดใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทางร่างกาย มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน ปลายเส้นตรงด้านซ้ายมีค่าเท่ากับหนึ่ง คือ ไม่เจ็บปวดเลย และปลายเส้นอีกด้านหนึ่งมีค่าเท่ากับ 10 คือ มีความเจ็บปวดมากที่สุด ส่วนแบบวัดความทุกข์ทรมานใช้วัดระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีค่าคะแนนเช่นเดียวกับแบบวัดความเจ็บปวด โดยค่าคะแนนเท่ากับหนึ่ง คือ ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย และค่าคะแนนเท่ากับ 10 คือ มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด วิธีนี้ใช้สอบถามกับผู้ป่วยถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงที่มีตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง

แบบวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสันนี้มีผู้นำมาใช้ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วย

หลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง และผู้ป่วยสลายนิ้ว (ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร, 2547) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว ส่วนการทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินนั้น จากการศึกษาของ อูราวดี เจริญไชย (2541) ที่ใช้แบบประเมินนี้ในการวัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเจ็บปวดเท่ากับ 0.87 และได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความทุกข์ทรมานเท่ากับ 0.88 และการศึกษาของ เกศินี สมศรี (2547) ที่ใช้แบบประเมินนี้ในการวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ หากค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเช่นเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเท่ากับ 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ ดังภาพที่ 5



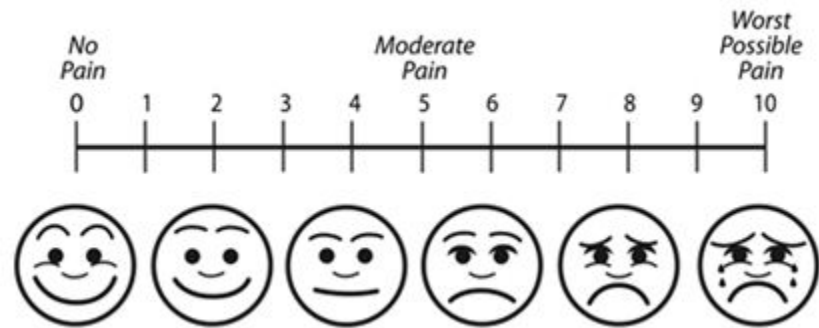
ภาพที่ 5 แบบวัดความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973)

4.3 การวัดระดับความทุกข์ทรมานในระยะคลอด จากผลต่างของระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอดกับระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของ Simkin and Hull (2011)

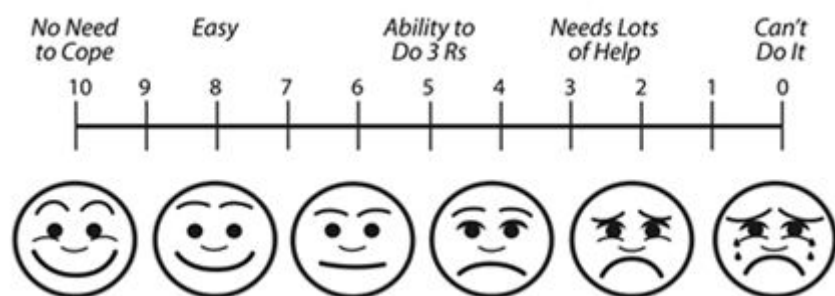
การวัดระดับความทุกข์ทรมานแบบนี้ทำครั้งแรกผู้คลอดจะประเมิน

ระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะมดลูกหดตัวด้วยแบบประเมินระดับความเจ็บปวด ที่ประกอบด้วย เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็นสเกลห่างกัน 1 เซนติเมตร และมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน พร้อมรูปใบหน้าแสดงความเจ็บปวด จำนวน 6 ภาพ โดยภาพใบหน้าที่ยิ้มแย้มที่สุดตรงกับสเกลคะแนน 0 คือ ไม่เจ็บปวดเลย (No pain) และภาพใบหน้าที่เศร้าที่สุดตรงกับสเกลคะแนน 10 คือ เจ็บปวดมากที่สุด (Worst possible pain) ส่วนตรงกลางเส้น มีสเกลคะแนน เท่ากับ 5 คือ เจ็บปวดปานกลาง (Moderate pain) ดังภาพที่ 6 และต่อมาผู้คลอดประเมินระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของตนเองด้วยแบบประเมินระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งสเกลห่างกัน 1 เซนติเมตรเช่นเดียวกัน และมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 ถึง 0 คะแนน พร้อมรูปใบหน้าแสดงการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 6 ภาพ โดยภาพใบหน้าที่ยิ้มแย้มที่สุดตรงกับสเกลคะแนน 10 คือ ไม่ต้องใช้วิธีการเผชิญใด ๆ ช่วยเลย

(No need to cope) และภาพใบหน้าที่เศร้าที่สุดตรงกับสเกลคะแนน 0 คือ ไม่สามารถเผชิญการเจ็บ
 ครรภ์ได้เลย (Can't do it) ส่วนตรงกลางเส้น มีสเกลคะแนนเท่ากับ 5 คือ ผู้คลอดยังสามารถใช้
 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3 แบบได้ (Ability to do 3Rs) คือ การผ่อนคลาย (Relaxation)
 จังหวะ (Rhythm) และการท่อง/ สวด/ พูดย้ำ ๆ (Ritual) ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 6 แบบวัดความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Simkin and Hull (2011)



ภาพที่ 7 แบบวัดระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของ Simkin and Hull (2011)

เมื่อผู้คลอดประเมินระดับความเจ็บปวดและระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์แล้ว
 นำทั้งสองค่ามาหาผลต่าง โดยนำคะแนนระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์หักลบกับคะแนนระดับ
 ความเจ็บปวด ค่าที่ได้ยิ่งน้อยแสดงว่าผู้คลอดมีระดับความทุกข์ทรมาณที่มาก เช่น ผู้คลอดคนที่ 1
 มีคะแนนระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์ เท่ากับ 2 และคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด
 เท่ากับ 8 เมื่อนำมาหาผลต่างจะได้เท่ากับ -6 และผู้คลอดคนที่ 2 มีคะแนนระดับการเผชิญ
 การเจ็บครรภ์ เท่ากับ 10 และคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด เท่ากับ 5 เมื่อนำมาหา
 ผลต่างจะได้เท่ากับ 5 นั่นแสดงว่า ผู้คลอดคนที่ 1 รู้สึกทุกข์ทรมาณมากกว่าผู้คลอดคนที่ 2

การประเมินความทุกข์ทรมานด้วยวิธีนี้ ผู้คลอดต้องประเมินทั้งความเจ็บปวด ในระยะคลอด และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของตนเองในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ในทางปฏิบัติ การประเมินจะกระทำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ผู้คลอดอาจประเมินความเจ็บปวดเมื่อมดลูก หดรัดตัว และประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์เมื่อมดลูกคลายตัวหรือประเมินความเจ็บปวด เมื่อมดลูกเริ่มหดรัดตัว และประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์เมื่อมดลูกหดรัดตัวเต็มที่ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ผลต่างที่จะแสดงถึงความทุกข์ทรมานของผู้คลอดอาจคลาดเคลื่อนได้ และการคำนวณผลต่างของ ทั้งสองค่านี้จะทำให้เสียเวลาและอาจคำนวณผลลัพธ์ผิดพลาดได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แบบวัดความทุกข์ทรมานจากแบบวัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973) มาใช้ในการประเมินความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ คลอด เนื่องจาก Johnson (1973) ระบุไว้ว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกคนละส่วนกับความรู้สึก เจ็บปวด บุคคลสามารถแยกหรือจำแนกความรู้สึกทั้งสองส่วนนี้ออกจากกันได้ อีกทั้งแบบวัดนี้ มีลักษณะเป็นแบบวัดชนิดตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) ที่นิยมใช้กันทั่วไปและเชื่อถือได้ ผู้คลอดสามารถประเมินได้เอง ไม่ยุ่งยาก เพียงให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรง ที่ตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้คลอดในขณะนั้น นอกจากนี้การแปลผล ยังสามารถแปลผลได้เลย และแยกวัดความทุกข์ทรมานออกจากความเจ็บปวดได้ ทั้งนี้ผู้วิจัย นำแบบวัดนี้มาประยุกต์โดยแบ่งเป็น 10 สเกล เริ่มตั้งแต่เลขศูนย์ถึงเลขสิบ และแต่ละสเกลห่างกัน 1 เซนติเมตร กำหนดคะแนนศูนย์ คือ ไม่ทุกข์ทรมานเลย และคะแนนสิบ คือ ทุกข์ทรมานมากที่สุด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ผู้คลอดทุกคนต้องผ่านการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งแต่ละคนสามารถเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดได้ต่างกัน ผู้คลอดที่รู้สึกว่าคุณสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ จะทำให้ผู้คลอดผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของผู้คลอดเอง ในการตอบสนองและจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด การที่ผู้คลอดจะเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดได้จะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษา ของ ศิริฉา สีนคำรงค์ (2547) พบว่า ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแสดงว่า ผู้คลอดที่ได้รับการส่งเสริมให้เกิด ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดจะสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี

สำหรับความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดนั้น Lowe (2002) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัย การได้เห็นความสำเร็จในการกระทำ เช่น กระตุ้นให้ผู้คลอดนึกถึงเหตุการณ์ที่เคยเผชิญ ความเจ็บปวดที่คล้ายคลึงกับการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถผ่านเหตุการณ์นั้นไปด้วยดี การได้รับรู้ที่ประสบการณ์ของผู้คลอดอื่นที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด เช่น การให้กำลังใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการกระตุ้น ใ้ทางอารมณ์เมื่อผู้คลอดกำลังเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองนั้นจะทำให้ ผู้คลอดเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดมีระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่สูง มีความอดทนต่อการเจ็บครรภ์คลอดไปจนกระทั่งคลอดบุตรในที่สุด

การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด พบว่า ทำได้ด้วยการให้ผู้คลอดเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนคลอดในสถานพยาบาลที่ผู้คลอด ฝากครรภ์ ซึ่งผู้คลอดจะได้รับความรู้ในกระบวนการคลอด การเยี่ยมชมห้องคลอด เป็นต้น จากการศึกษาของ สินีนาถ หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง (2555) พบว่า การมีความรู้ที่ดี สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เพราะสามารถเพิ่มความเข้าใจ และเพิ่มความเชื่อมั่นให้เผชิญสถานการณ์ในระหว่างคลอดได้

อย่างไรก็ตามขณะที่ผู้คลอดมีความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์ มากขึ้น แต่ระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์อาจลดลงจนไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ จากความเหนื่อยล้า ความกลัว ดังการศึกษาของ ชนิตาภา เนียมปัสชา, ศรีอัย อนุสรณ์ธีระกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์ (2554) ที่พบว่า หากผู้คลอดมีความกลัวการคลอดระดับปกติ ผู้คลอด จะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและสถานการณ์ในห้องคลอดได้ดี และความกลัวการคลอด ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.389$) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลการคลอดที่จะช่วยลดความความกลัว ความวิตกกังวล และช่วยบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดผ่านการคลอดไปด้วยดี เกิดความรู้สึกทางบวกต่อการคลอด (สุกัญญา ปรีดิญญกุล และคณะ, 2556) นอกจากนี้การดูแลให้ผู้คลอดมีระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่เพียงพอ ผู้ดูแลการคลอดควรประเมินระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดก่อน แล้วจึงให้การสนับสนุนที่เหมาะสม ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

1.1 ความมั่นใจในการคลอด ผู้คลอดที่มีความมั่นใจในตนเองจะสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ (สุกัญญา ปรีดิญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

1.2 ความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดที่มีความสามารถในการเผชิญเจ็บครรภ์จะสามารถอดทนต่อการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถผ่านการคลอดไปด้วยดี (Lowe, 2002)

1.3 ความกลัวและความวิตกกังวล ผู้คลอดที่มีความกลัวและวิตกกังวลมาก จะไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ มีการเรียกร่องผ่าตัดคลอด ทำให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki, & Salsto, 2009)

2. การประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

สามารถทำได้โดยใช้แบบประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ดังนี้

2.1 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ นวี เบาทรวง (2526)

แบบสังเกตนี้ดัดแปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์รอก (Sterrock Labor Coping Scale) ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีของสหประสิทธิ์สัมพันธ์สเปียร์แมนแรงค์-ออเดอร์ (Spearman Rank-Order Correlation Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และแบบสังเกตนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด 5 ด้าน คือ การแสดงออกของเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางใบหน้า และการตอบสนองด้านคำพูด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ให้ตามลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก คือ

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ได้แก่ เอะอะ ไวยวาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบิดเบี้ยว พูดอย่างหมดหวัง ไม่สามารถทนต่อไปอีกแล้ว

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะกลาง ๆ สามารถควบคุมตนเองได้พอสมควร ได้แก่ ร้องครางเบา ๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คิ้วขมวด เม้มหรือขบริมฝีปาก บ่นถึงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่ง หรือนอนอย่างผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทน

แบบประเมินนี้มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี (ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, นวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2555)

ตารางที่ 1 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ นวิ เบาทรวง

พฤติกรรม	ระดับคะแนน
1. ด้านการออกเสียง	
1.1 ไม่ส่งเสียงร้องใด ๆ	2
1.2 ส่งเสียงร้องครางเบา ๆ	1
1.3 ร้องส่งเสียงดัง ตะโกน	0
2. ด้านคำพูด	
2.1 พูดด้วยเสียงปกติ	2
2.2 พูดถึงความไม่สุขสบายหรือขอความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	1
2.3 พูดตะกุก พูดร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา	0
3. ด้านการแสดงออกของสีหน้า	
3.1 เม้มปาก	2
3.2 กัดฟันแน่น สายหน้าไปมาช้า ๆ	1
3.3 หน้าตาบิดเบี้ยว สายหน้าไปมาแรง ๆ	0
4. ด้านการควบคุมหายใจ	
4.1 ควบคุมการหายใจสม่ำเสมอ	2
4.2 ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ	1
4.3 กลั้นหายใจ ขณะมดลูกหดตัว	0
5. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการสัมผัส	
5.1 ใช้มือลูบหน้าท้อง ใช้มือจับเอวหรือกดบริเวณกระเบนเหน็บ	2
5.2 เกร็งมือ เกร็งเท้า ยึดหรือเกาะขอบเตียง	1
5.3 เคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระสับกระส่าย บิดตัวไปมา	0
รวมคะแนน	15

ที่มา: นวิ เบาทรวง (2556)

2.2 The Nurse-Rate Present Behavioral Intensity (PBI) Scale

แบบประเมินนี้ใช้การสังเกตการแสดงออกของผู้คลอดที่มีต่อการหดตัวของมดลูก ซึ่ง Chang, Wang, and Chen (2002) ระบุถึงเกณฑ์การประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้
คะแนน 0 = หายใจปกติ

คะแนน 1 = อัตราการหายใจเปลี่ยนไปขณะมีการหดตัวของมดลูก

คะแนน 2 = กำมือแน่นในระยะพักของการหดตัวของมดลูก

คะแนน 3 = กำมือแน่น เกร็งด้านในขณะมีการหดตัวของมดลูก

คะแนน 4 = กระวนกระวาย กระสับกระส่าย

จากการศึกษาของ Chang et al. (2002) พบว่า แบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) ($r = 0.45, 0.50$ และ 0.44 ตามลำดับ)

2.3 แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของ Simkin and Hull (2011)

แบบวัดนี้ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งสเกลห่างกัน 1 เซนติเมตร และมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 ถึง 0 คะแนน พร้อมรูปใบหน้าแสดงการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 6 ภาพ โดยภาพใบหน้าที่ยิ้มแย้มที่สุดตรงกับสเกลคะแนนสิบ คือ ไม่ต้องใช้วิธีการเผชิญใด ๆ ช่วยเลย (No need to cope) และภาพใบหน้าที่เศร้าที่สุดตรงกับสเกลคะแนนศูนย์ คือ ไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ได้เลย (Can't do it) ส่วนตรงกลางเส้น มีสเกลคะแนนเท่ากับ 5 คือ ผู้คลอดยังสามารถใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3 อย่างได้ (Ability to do 3Rs) คือ การผ่อนคลาย (Relaxation) จังหวะ (Rhythm) และการท่อง/ สวด/ พูดย้ำ ๆ (Ritual) ดังภาพ 7

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของ Simkin and Hull (2011) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ผู้คลอดเป็นผู้ประเมินตนเอง ค่าที่วัดได้จึงตรงกับความรู้สึกของผู้คลอดมากที่สุด อีกทั้งการประเมินทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก เพียงให้ผู้คลอดกากบาทลงบนเส้นตรงที่ตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดนี้มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งเป็น 10 สเกล เริ่มตั้งแต่เลขสิบถึงเลขศูนย์ และแต่ละสเกลห่างกัน 1 เซนติเมตร กำหนดคะแนนสิบ คือ เผชิญการเจ็บครรภ์ได้ดี และคะแนนศูนย์ คือ เผชิญการเจ็บครรภ์ไม่ได้

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

1. ความหมายของความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึกทางบวกของผู้คลอดที่มาจากทัศนคติและอารมณ์ของผู้คลอดที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ การควบคุมตนเองเมื่อเจ็บครรภ์ (Marut & Mercer, 1979) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดกับบุคคลที่อยู่ด้วยในระยะคลอดไม่ว่าจะเป็นสูติแพทย์ พยาบาล บุคคลใกล้ชิด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในครรภ์ และผลลัพธ์

การคลอดที่ดีหรือเป็นไปตามที่ผู้คลอดคาดหวังไว้ (Goodman et al., 2003)

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดถือเป็นปัจจัยที่แสดงถึงคุณภาพการบริการการคลอดของแต่ละสถานพยาบาล (Bramadat & Driedger, 1993) อีกทั้งยังมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้คลอดในระยะหลังคลอดและภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด เช่น ทำให้มีสัมพันธภาพอันดีต่อกันระหว่างผู้คลอด ทารก และสมาชิกในครอบครัว (Goodman et al., 2003) ผู้คลอดสามารถแสดงบทบาทมารดาได้ดี ไม่เกิดภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) และไม่ทำร้ายตัวเอง (สเปญ อุ๋นอองค์, 2557)

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

ผู้คลอดจะเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ระดับการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดที่มีระดับการเจ็บครรภ์คลอดต่ำจะมีระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูง (Goodman et al., 2003)

2.2 การควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดที่สามารถควบคุมตนเองระหว่างเจ็บครรภ์คลอดได้มาก จะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก แต่ผู้คลอดที่ควบคุมตนเองระหว่างเจ็บครรภ์คลอดได้น้อย อาจมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดได้ทั้งทางบวกและทางลบ (Goodman et al., 2003; Waldenström et al., 2004)

2.3 ความคาดหวังในการคลอด และการเตรียมตัวคลอด ผู้คลอดที่มีคาดหวังในการคลอดและพบว่า การคลอดเป็นไปตามที่คาดหวัง จะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่มีคาดหวังในการคลอด (Goodman et al., 2003) และการเตรียมตัวคลอดอาจจะมีหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดได้

2.4 ลักษณะของผู้คลอด ไม่ว่าจะเป็นอายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาจมีหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดได้

2.5 สิ่งแวดล้อมในสถานที่คลอด ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้คลอด จากการศึกษาของ Martin and Fleming (2011) พบว่า ผู้คลอดที่มีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมในการคลอดจะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

2.6 การสนับสนุนของผู้ดูแลการคลอดที่มีประสิทธิภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอด ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด หากมีผู้ดูแลการคลอดอย่างใกล้ชิด และสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (Grassley & Sauls, 2012; Fleming & Martin, 2007; Waldenström et al., 2004) โดยเฉพาะการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

จะทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก (Hodnett, 2002) ส่วนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอดจะมีผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด หากผู้คลอดมีความไว้วางใจในตัวของผู้ดูแล (Martin & Fleming, 2011) ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล/ ผดุงครรภ์ สูติแพทย์ ญาติที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย อาทิเช่น ญาติผู้หญิง สามี หรือเพื่อนที่ไว้ใจ

2.7 รูปแบบการดูแลการคลอด จากการศึกษา Waldenström et al. (2004) พบว่าการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการแบบฉุกเฉิน (Emergency operative delivery) การเร่งคลอด (Induction of labour) หรือการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด (Augmentation of labour) จะทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่าการคลอดธรรมชาติ

3. การประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด กระทำได้โดยใช้แบบประเมิน ดังนี้

3.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเจ็บครรภ์และคลอด (The Labour and Delivery Satisfaction Index [LADSI]) ของ Lomas, Dore, Enkin, and Mitchell (1987)

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าคะแนน 1-6 คะแนน เริ่มตั้งแต่ไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วย แบบประเมินนี้ Lomas et al. (1987) ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.67 และความสอดคล้องภายในของแบบวัดด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.35 (Bramadat & Driedger, 1993; Harvey, Rach, Stainton, Jarrell, & Brant, 2002)

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด (Six Simple Questions [SSQ])

แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Harvey et al. (2002) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้คลอด คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลการคลอดกับผู้คลอด ความคาดหวังในการคลอดของผู้คลอด การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้ดูแลการคลอด ความพึงพอใจในการคลอดโดยรวม และการสอบถามถึงการกลับมาใช้บริการการคลอดเมื่อตั้งครรภ์อีกครั้ง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีตัวเลข 1-7 ให้ผู้คลอดเลือกตอบ เริ่มตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 1 จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 7 ใช้ประเมินเมื่อผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 48 ชั่วโมง หลังคลอด 2 สัปดาห์ หลังคลอด และ 6 สัปดาห์ หลังคลอด Harvey et al. (2002) ตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน และวัดค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 มีค่าความคงที่ของแบบประเมินเท่ากับ 0.506 นอกจากนี้พบว่า แบบประเมินนี้ใช้งานง่าย เนื่องจากจำนวนข้อคำถามน้อย (มณีวรรณ ยุระชัย, 2549; Harvey et al., 2002)

มณีวรรณ ยุระชัย (2549) ได้นำแบบสอบถามนี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ทดลองครั้งแรกที่ทดลองครบแล้วภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังทดลอง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และคลอด
ของ Goodman et al. (2003)

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน โดย 34 ข้อแรก ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง 9 ข้อ 2) ความพึงพอใจต่อสามีที่เข้ามาดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด 2 ข้อ 3) ความพึงพอใจต่อทารก 3 ข้อ 4) ความพึงพอใจต่อพยาบาล 8 ข้อ 5) ความพึงพอใจต่อสูติแพทย์ 8 ข้อ และ 6) ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอดโดยรวม 4 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์ประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกพึงพอใจเลย รู้สึกพึงพอใจน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนอีก 2 ด้านเป็นการประเมินความคาดหวังที่มีต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอด 2 ข้อ และการประเมินความรู้สึกรู้สึกที่มีการเจ็บครรภ์และการคลอดเป็นทางบวกหรือทางลบ 2 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อเป็นการระบุถึงสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจและมีความสำคัญต่อผู้คลอดในขณะเจ็บครรภ์และคลอด ซึ่งไม่คิดระดับคะแนน ส่วนการแปลผล คือ ผลรวมคะแนนที่สูง แสดงว่า ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด โดยนำแนวคิดแบบสอบถามของ Goodman et al. (2003) มาประยุกต์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

1. ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอด เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือ ดูแล ปรึกษา ปรึกษาประคองผู้คลอด ตลอดเวลาที่เจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา (Adams & Bianchi, 2008; Simkin, 2002) เพื่อให้ผู้คลอดคลายความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ด้วยการคำนึงถึงความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย (Hodnett, 1996; Simkin, 2002)

2. แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด

มีผู้กล่าวถึงแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดหลายท่าน ดังนี้

2.1 การสนับสนุนในระยะคลอดของ Adams and Bianchi (2008) แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.1.1 ด้านร่างกาย (Physical labor support) เน้นการดูแลด้านร่างกาย และความสุขสบาย ได้แก่

2.1.1.1 การดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด อาทิเช่น อุณหภูมิ เสียง แสงสว่าง กลิ่น การจัดวางข้าวของเครื่องใช้ของผู้คลอดแต่ละคน

2.1.1.2 การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด อาทิเช่น การยืน การเดินไปมา การเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้อง (Abdominal lift) การเดินรำช้า ๆ การโน้มตัว (Leaning) การนอนตะแคงหรือนอนคว่ำให้เข้าชิดอก (Knee-chest position) การเกร็งกล้ามเนื้อหลัง (Pelvic rocking) การก้าวเท้าข้างใดข้างหนึ่งไปข้างหน้าแล้วย่อตัวลง (Lunge) การนั่งโดยการพียงเอนไปทางผู้พุง (Dangle) การนั่งยอง ๆ (Squatting) การนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา (Semi-fowler's position) การนอนกึ่งคว่ำกึ่งตะแคง (Sims' position)

2.1.1.3 การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด อาทิเช่น การนอนตะแคงหรือนอนคว่ำให้เข้าชิดอก การนั่งยอง ๆ การนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา การนอนกึ่งคว่ำกึ่งตะแคง

2.1.1.4 การสัมผัส อาทิเช่น การนวด การกอดจูบ

2.1.1.5 การประคบร้อนหรือเย็น อาทิเช่น การใช้น้ำแข็งประคบ การใช้ผ้าเย็น การใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น และการใช้กระเป๋าน้ำร้อน

2.1.1.6 ความสะอาดของร่างกายผู้คลอด อาทิเช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดปากและฟัน การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์โดยเฉพาะบริเวณฝีเย็บ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและชุดเสื้อผ้าของผู้คลอด

2.1.1.7 การบำบัดด้วยน้ำ อาทิเช่น การใช้ฝักบัวรดน้ำไปยังบริเวณที่ปวดหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ผู้คลอดต้องการ หรือการลงแช่ในอ่างน้ำ

2.1.1.8 การขับถ่ายปัสสาวะ อาทิเช่น การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง กระตุ้นให้ผู้คลอดลุกเข้าห้องน้ำ

2.1.1.9 การรับประทานอาหารที่สร้างความสดชื่นให้กับร่างกาย อาทิเช่น การอมน้ำแข็ง การรับประทานไอศกรีมแท่ง (Popsicles)

2.1.1.10 การดูแลผู้ดูแลผู้คลอด ทีมดูแลการคลอดเข้ามาผลัดเปลี่ยนหน้าที่ช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลหยุดพักจากการเฝ้าผู้คลอดบ้าง ดูแลการรับประทานอาหาร ความสุขสบาย และจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้คลอดผ่อนคลาย เพื่อคลายความเหนื่อยล้าจากการเฝ้าดูแลผู้คลอด

2.1.2 ด้านอารมณ์ (Emotion labor support) เน้นการดูแลด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้คลอดอยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่

2.1.2.1 การกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีเพ่งจุดสนใจ อาทิเช่น การเพ่งมองไปตรงจุดใดจุดหนึ่ง หรือหลับตาลงพร้อมนึกถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดลืมความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะมดลูกหดตัว การมองภาพใดภาพหนึ่งในอริยาบถที่ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย พร้อมผู้คลอดฟังคำบรรยายภาพนั้น การสะกดจิต

2.1.2.2 การแสดงออกถึงทัศนคติการดูแลผู้คลอดของผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้งทางคำพูดและท่าทาง อาทิเช่น พูดแบบเน้นคำโดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน ใช้คำพูดที่ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้คลอด พูดกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้คลอดปฏิบัติตามคำแนะนำ และกล่าวชมเชยผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวล ให้การดูแลอย่างเท่าเทียม มีการสบตา ยืดหยุ่น ไม่แทรกแซง ไม่รบกวนผู้คลอด และมีสีหน้าท่าทางที่เต็มใจในการดูแลผู้คลอด

2.1.2.3 การแสดงออกของพยาบาล อาทิเช่น การแสดงออกของท่าทาง อารมณ์ ลักษณะการทำงาน การสร้างความไว้วางใจตนเองแก่ผู้คลอด ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้คลอด

2.1.2.4 การใช้อารมณ์ขัน พยาบาลผู้ดูแลการคลอดรู้จักใช้อารมณ์ขัน เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกว่า การคลอดเป็นเรื่องสนุก ไม่ตึงเครียด ซึ่งจะต้องเลือกการใช้อารมณ์ขันให้เหมาะสมกับช่วงเวลานั้น ๆ

2.1.2.5 การเปลี่ยนความคิด เป็นการเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดเปลี่ยนความรู้สึกจากทางลบเป็นทางบวก

2.1.2.6 การดูแลทางจิตวิญญาณ เป็นการชักจูงให้ผู้คลอดสวดมนต์ ภาวนา การทำสมาธิ ร้องเพลงบทสวด อ่านพระคัมภีร์ตามศาสนาที่ผู้คลอดนับถือ

2.1.2.7 การดูแลผู้ดูแลการคลอด อาทิเช่น การให้กำลังใจ การกล่าวชมเชย การให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลการคลอด คอยให้ความช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ

2.1.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ได้แก่

2.1.3.1 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อาทิเช่น การพูดสะท้อนคิด การเลือกใช้คำพูดอย่างเหมาะสม การใช้লামช่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้คลอดที่ต่างวัฒนธรรม การแสดงออกด้วยท่าทาง ใช้ภาษากาย มีการสบตา แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้คลอด

2.1.3.2 การสอนเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย การหายใจอย่างมีแบบแผน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบ่งคลอด

1) การหายใจอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การหายใจแบบล้างปอด การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง การหายใจตามการหดตัวของมดลูก และลักษณะของการหายใจ เช่น หายใจลึก ๆ ช้า หรือ หายใจตื้น ๆ เร็ว ๆ

สินีนาฏ หงษ์ระนัย (2555) กล่าวว่า การหายใจอย่างมีแบบแผนจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความสมดุลของออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย ทำให้ขนาดทรวงอกขยาย ความจุของปอดเพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้ดียิ่งขึ้น ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บครรภ์ขณะที่มีมดลูกหดตัว ทำให้การรับรู้การเจ็บครรภ์ลดลง ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งนี้หลักสำคัญ คือ ผู้คลอดต้องไม่กลั้นหายใจ เพราะจะทำให้ระดับก๊าซออกซิเจนลดลง

2) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กระทำได้ด้วยวิธีการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อ ที่เริ่มจากการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า คอ ไหล่ แขน และมือทั้งสองข้าง บริเวณหน้าอก หลัง และบั้นท้าย และเกร็งบริเวณขา เท้า และนิ้วเท้าของทั้งสองข้าง จนกระทั่งรู้สึกเกร็งกล้ามเนื้อทุกส่วน จากนั้นเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มตั้งแต่นิ้วเท้า เท้า และขาทั้งสองข้าง บริเวณสะโพก หลัง และหน้าอก มือ แขน และไหล่ทั้งสองข้าง และผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ คอ และใบหน้า จนกระทั่งผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน ส่วนวิธีการสัมผัสนั้น ผู้ให้การสนับสนุน ในระยะคลอดสามารถใช้วิธีการสัมผัสแก่ผู้คลอดได้ตั้งแต่บริเวณหน้าผาก หลังคอ ไหล่ แขน มือ หลัง ขา หรือเท้า โดยต้องประเมินว่าผู้คลอดชอบให้สัมผัสแบบเบา ๆ หรือสัมผัสแบบลงน้ำหนัก ซึ่งวิธีการสัมผัสจะเริ่มจากวางมือไว้ตรงบริเวณกล้ามเนื้อที่จะสัมผัส ทำให้รอบแล้วสัมผัสเบา ๆ หรือสัมผัสแบบลงน้ำหนัก จากนั้นบอกให้ผู้คลอดทำตามสบาย ผ่อนคลายขณะได้รับการสัมผัส และสัมผัสบริเวณกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย จนกล้ามเนื้อผ่อนคลาย

3) เทคนิคการเบ่งคลอดเป็นวิธีการเบ่งคลอดที่ไม่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยการเปิด-ปิดกลองเสียงขณะเบ่งคลอด หากผู้คลอดปิดกลองเสียงตลอดเวลาที่เบ่งคลอด อาจทำให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นช้าหลังจากมดลูกคลายตัว และอาจทำให้เกิดการคลอดยาวนานในระยะที่ 2 ของการคลอดได้

2.1.3.3 การให้ข้อมูล ข้อมูลที่ต้องให้เหมือนกันแก่ผู้คลอดทุกคน ได้แก่ การแนะนำสถานที่ในห้องคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาดูแลการคลอด หลักเกี่ยวกับการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ และบอกถึงข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ ๆ สำหรับข้อมูลที่ต้องบอกให้ผู้คลอดทราบระหว่างการคลอดกำลังดำเนินไป ได้แก่ การใช้เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้และใช้ยา ขึ้นตอนหรือแนวทางการดูแลการคลอดของโรงพยาบาล การติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์

2.1.3.4 การดูแลผู้ดูแลการคลอด เป็นกิจกรรมที่กระทำลงไปเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ดูแลการคลอดระหว่างที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดแก่ผู้คลอด และทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การสนับสนุนในระยะคลอดตรงกับความต้องการของผู้คลอด ณ เวลานั้น อาทิเช่น คอยแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ผู้คลอดควรจะได้รับจากผู้ดูแลการคลอด ในเวลานั้น และช่วยฝึกทักษะหรือเทคนิคการสนับสนุนในระยะคลอดแก่ผู้ดูแลการคลอด

2.1.4 ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) เป็นการปกป้องผู้คลอดให้ได้รับการดูแลตรงกับความต้องการหรือการเปิดโอกาสให้ผู้คลอด ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้คลอดและบุตรในครรภ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ได้แก่

2.1.4.1 การให้ความเคารพ ผู้ดูแลการคลอดควรให้ความสำคัญเป็นส่วนตัวแก่ผู้คลอด ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้คลอดโดยไม่จำเป็น บอกข้อมูลการคลอดให้ผู้คลอดทราบ และปกป้องสิทธิของผู้คลอด

2.1.4.2 การสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้คลอด ผู้ดูแลการคลอดให้การตอบสนองปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบของผู้คลอดอย่างเหมาะสม ดูแลความปลอดภัยทางด้านร่างกายและอารมณ์

2.1.4.3 การยอมรับความคาดหวังของผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์ และขณะเบ่งคลอด รับฟังความรู้สึกหรือคาดหวังของผู้คลอดเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล แนะนำถึงข้อดีและข้อเสียเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการคลอดของผู้คลอด ร่วมวางแผนการดูแลการคลอดกับทีมดูแลการคลอด และช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด โดยแสดงพฤติกรรมการแก้ไขปัญหแบบมุ่งจัดการปัญหา ไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหแบบมุ่งจัดการอารมณ์ที่ทำให้เป็นทุกข์

2.1.4.4 การดูแลผู้ดูแลการคลอด มีการพิจารณาถึงความคาดหวังที่มีต่อการคลอดของผู้ดูแลการคลอด ให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลการคลอดในการพิทักษ์สิทธิผู้คลอด ซึ่งถ้าไม่ขัดกับแผนการดูแลการคลอด ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลการคลอดได้ใช้วิธีต่าง ๆ ตามความต้องการในการสนับสนุนในระยะคลอด

2.2 การสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett (1996) แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

2.2.1 ด้านอารมณ์ (Emotion support) ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ขณะรอคลอด (Companionship) การสบตาผู้คลอด (Eye contact) การกล่าวชมเชย ยกย่อง (Praise) แก่ผู้คลอด การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว (Distraction) การตอบรับความรู้สึกของผู้คลอด (Affirmation) การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้คลอด

(Reassurance) การกระตุ้นให้ผู้คลอดเห็นภาพ นึกภาพตาม (Visualization) และการทำให้ผู้คลอด มุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง (Attention focusing)

2.2.2 ด้านความสุขสบาย (Comfort measures) ได้แก่ การสัมผัสที่ทำให้ผู้คลอด กังวลน้อยลง (Reassuring touch) การกุมมือ จับมือผู้คลอด (Holding) การประคบร้อนประคบเย็น (Application of heat/cold) แก่ผู้คลอด การดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำแข็ง หรือได้รับอาหารและน้ำ (Giving ice chip, fluid, food) เพื่อสร้างความสดชื่นให้กับผู้คลอด การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล (Helping with personal hygiene) การนวด (Massage) การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy) เช่น การอาบน้ำด้วยฝักบัวหรือแช่อ่างอาบน้ำ การช่วยจัดท่า (Helping with positioning) และการพยุง หรือช่วยพาลุกเดิน (Assisting with ambulation)

2.2.3 ด้านข้อมูลหรือคำแนะนำ (Information/ Advice) ได้แก่ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการคลอดแก่ผู้คลอด (Providing information) การให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ (Offering advice) การโค้ชหรือสอนเทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย (Coaching in breathing, Relaxation techniques) และเล็อกหรือหลีกเลี่ยงการพูด โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ (Interpreting medical jargon)

2.2.4 ด้านการพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) ได้แก่ การสนับสนุนการตัดสินใจ ของผู้คลอด (Supporting the woman's decisions) และการบอกความต้องการของผู้คลอดให้กับผู้อื่น ทราบ (Interpreting the woman's wishes to others)

2.2.5 ด้านการสนับสนุนของสามีหรือคู่สมรส (Husband/ Partner) ได้แก่ การทำตัวอย่างให้ดูเป็นแบบอย่าง (Role modeling) การเปิดโอกาสให้สามีหรือคู่สมรส ได้พัก ระบายที่ให้การสนับสนุนผู้คลอด (Providing an opportunity for respite) การให้กำลังใจ (Encouragement) และการกล่าวชมเชย ยกย่อง (Praise) แก่ผู้คลอด

2.3 การสนับสนุนในระยะคลอดที่แบ่งตามระยะการเปิดของปากมดลูกของ สินีนาฏ หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง (2555) ดังนี้

2.3.1 การสนับสนุนประคับประคองในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร ประกอบด้วย

2.3.1.1 ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สนับสนุน ในระยะคลอดกับผู้คลอด ทักทายด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน สีนหน้ายิ้มแย้ม แสดงความเป็นมิตร และเป็นกันเอง มีท่าทีเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก ปลอบโยน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยกับญาติเมื่อญาติมาเยี่ยม

2.3.1.2 ด้านข้อมูล ได้แก่ การแนะนำสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น

เครื่องประเมินการหดตัวของมดลูก และติดตามสภาวะการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ การกดปุ่มขอความช่วยเหลือ อธิบายขั้นตอนการตรวจ วัตถุประสงค์ และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น พร้อมบอกผลการตรวจให้ผู้คลอดทราบ อธิบายกระบวนการคลอด ระยะคลอด แนะนำ การสังเกตอาการด้วยตนเอง เช่น เจ็บครรภ์ถี่ มีมูกเลือด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด และให้ข้อมูล เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา และความถี่ของการตรวจทางช่องคลอด

2.3.1.3 ด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้สะอาดและสงบ ดูแลความสะอาดของร่างกายเพื่อการคลอดตามความเหมาะสม เช่น แนะนำให้อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือในการจัดท่านอน โดยจัดทำศีรษะและลำตัวสูง เปลี่ยนอิริยาบถหากไม่มีข้อห้าม เช่น ยืน เดิน นั่งบนเก้าอี้ นั่งกอดหมอน นั่งเอน โดยให้เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ มากกว่า 2 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ตามความต้องการของผู้คลอด แนะนำการใช้เทคนิคการบรรเทา การเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่น การฟังดนตรีช้า ๆ เพื่อการผ่อนคลายอย่างน้อย 30 นาที พัก 10 นาที ตามความต้องการของผู้คลอด การนวด การประคบร้อนประคบเย็น

2.3.2 การสนับสนุนประคับประคองในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ประกอบด้วย

2.3.2.1 ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สนับสนุนในระยะ คลอดกับผู้คลอด ทักทายด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน สีหน้ายิ้มแย้ม แสดงความเป็นมิตร และเป็นกันเอง มีท่าทีเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือ มีความเอื้ออาทร ดูแล และให้ความช่วยเหลือ โดยไม่ต้องร้องขอ รับรู้ในความเจ็บปวดและความต้องการของผู้คลอด ไม่ทอดทิ้งให้ผู้คลอดรู้สึก โดดเดี่ยวหรืออยู่ตามลำพัง ถ้าจะต้องไปต้องบอกให้ผู้คลอดทราบก่อน ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย แจ้งให้ผู้คลอดทราบเมื่อญาติโทรมาถามอาการหรือมาเยี่ยม ให้ความเคารพในความเป็น บุคคลของผู้คลอด อยู่เป็นเพื่อนเมื่อแพทย์ทำการตรวจทางช่องคลอด

2.3.2.2 ด้านข้อมูล ได้แก่ การแนะนำสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น เครื่องประเมินการหดตัวของมดลูก และติดตามสภาวะการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ การกดปุ่มขอความช่วยเหลือ อธิบายขั้นตอนการตรวจ วัตถุประสงค์ และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น พร้อมบอกผลการตรวจให้ผู้คลอดทราบ เช่น การตรวจทางช่องคลอด การประเมินการหดตัวของมดลูก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา ความถี่ของการตรวจ ทางช่องคลอด และบอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ

2.3.2.3 ด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้เหมาะสม แสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ทำความสะอาดอวัยวะ สืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอนามัยและเสื้อผ้าเมื่อเปื้อนหรือเปียก ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำ

ตามความเหมาะสม เช็ดหน้าตาด้วยผ้าเย็น ให้น้ำอมบัวนปากบ่อ ๆ หรืออมก้อนน้ำแข็ง ดูแล
 กระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ด้วยการกระตุ้นถ่ายหรือสวนปัสสาวะให้เมื่อผู้คลอดไม่สามารถถ่าย
 ปัสสาวะได้เอง ช่วยในการจัดทำศีรษะและลำตัวสูงโดยการนั่งบนเตียงสลักับจัดทำศีรษะ
 และลำตัวสูง 60 องศา แนะนำให้สลัท่าบ่อ ๆ ทุก 10 นาที หรือตามความต้องการของผู้คลอด
 แนะนำการใช้เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่น การฟังดนตรีช้า ๆ เพื่อ
 การผ่อนคลายอย่างน้อย 20 นาที พัก 10 นาทีตามความต้องการของผู้คลอด การนวด ลูบหน้าท้อง
 นวดบริเวณบั้นเอว ใหญ่และหลัง เป็นเวลา 30 นาที และการกดจุด

2.3.3 การสนับสนุนประคับประคองในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร
 ประกอบด้วย

2.3.3.1 ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สนับสนุน
 ในระยะคลอดกับผู้คลอด ทักทายด้วยคำพูดสุภาพ อ่อนโยน สีสหน้ายิ้มแย้ม แสดงท่าทีเต็มใจ
 ที่จะให้ความช่วยเหลือ มีความเอื้ออาทร ดูแล และให้ความช่วยเหลือโดยไม่ต้องร้องขอ
 รับรู้ในความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอด ไม่ทอดทิ้งให้ผู้คลอดรู้สึกโดดเดี่ยว
 หรืออยู่ตามลำพัง อยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย แจ่มให้ผู้คลอด
 ทราบเมื่อญาติโทรมาถามอาการหรือมาเยี่ยม ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้คลอด

2.3.3.2 ด้านข้อมูล ได้แก่ การแนะนำสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น
 เครื่องประเมินการหดตัวของมดลูก และติดตามสภาวะการเดินของหัวใจของทารกในครรภ์
 การกดปุ่มขอความช่วยเหลือ อธิบายขั้นตอนการตรวจ วัตถุประสงค์ และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ
 ที่จำเป็น พร้อมบอกผลการตรวจให้ผู้คลอดทราบ เช่น การตรวจทางช่องคลอด การประเมิน
 การหดตัว ของมดลูก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา ความถี่ของการตรวจ
 ทางช่องคลอด และบอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ

2.3.3.3 ด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้เหมาะสม
 แสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ทำความสะอาดอวัยวะ
 สืบพันธุ์เปลี่ยนผ้าอนามัยและเสื้อผ้าเมื่อเปื้อนหรือเปียก ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำ
 ตามความเหมาะสม เช็ดหน้าตาด้วยผ้าเย็น ให้น้ำอมบัวนปากบ่อ ๆ หรืออมก้อนน้ำแข็ง ดูแล
 กระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ด้วยการกระตุ้นถ่ายหรือสวนปัสสาวะให้เมื่อผู้คลอดไม่สามารถถ่าย
 ปัสสาวะได้เองช่วยในการจัดทำศีรษะและลำตัวสูงโดยการนั่งบนเตียงสลักับจัดทำศีรษะและลำตัว
 สูง 60 องศา แนะนำให้สลัท่าบ่อ ๆ ทุก 10 นาที หรือตามความต้องการของผู้คลอด เมื่อปาก
 มดลูกเปิดหมด ช่วยในการจัดทำศีรษะและลำตัวสูง 60 องศา สอนและแนะนำวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนในระยะคลอดแต่ละแนวคิดจะมีส่วนที่คล้ายคลึงกัน และส่วนที่แตกต่างกัน การสนับสนุนของ Adams and Bianchi (2008) และการสนับสนุนของ Hodnett (1996) จะเน้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้คลอด ขณะที่การสนับสนุนในระยะคลอดของ ลินีนาถ หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง (2555) เน้นการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ซึ่งแต่ละแนวคิดจะเป็นการสนับสนุนตามความต้องการของผู้คลอดของแต่ละราย และไม่ขัดต่อแนวทางการดูแลรักษาของทีมดูแลการคลอด สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของอดัมและเบียนชี มาใช้เป็นแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

ผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่ พยาบาล (Nurse) (Adams & Bianchi, 2008) หญิงที่มีประสบการณ์การเฝ้าคลอด (Doula) หญิงที่เป็นญาติ (Female relative) ผู้ที่ได้รับการอบรมการผดุงครรภ์ (Lay midwives) (ลินีนาถ หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง, 2555; Campbell, Lake, Falk, & Backstrand, 2006) สามี (Hodnett, 1996; Iliadou, 2012) เพื่อนที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย (Companion of her choice during childbirth) (Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti, & Neto, 2007) เป็นต้น

3. การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นวิธีการการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดโดยใช้แนวคิดการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered maternity nursing) ซึ่งแนวคิดนี้จะประกอบด้วย การตระหนักและการเคารพ (Recognizes and respects) การร่วมมือกัน (Collaboration) และการสนับสนุน (Support) ทำให้การพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าว มุ่งเน้นให้พยาบาลเป็นผู้คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด โดยถือว่า การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ไม่ใช่ความเจ็บป่วย เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของครอบครัว ครอบครัวจึงควรมีโอกาสได้เข้ามาดูแลผู้คลอด ทั้งนี้ผู้คลอดสามารถเลือกสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดได้ตามความต้องการ ซึ่งผู้คลอดและผู้ที่ถูกเลือกให้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด ควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์หรือระยะใกล้คลอด (สุริย์พร กฤษเจริญ, ปราณี พงศ์ไพบูลย์, กัญจน์ พลอินทร์, วรางคณา ชัชเวช, และสุภาพ มากสุวรรณ, 2559; Stark & Jones, 2006) เพื่อช่วยสร้างความเชื่อมั่น ช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติแก่ผู้คลอดและผู้ที่จะเข้ามาให้การดูแลผู้คลอดด้วย (สุภาวดี ทหารวาระ, 2554) และช่วยให้ผู้คลอดรวมถึงญาติที่อยู่กับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์สามารถใช้เทคนิคหรือวิธีการต่าง ๆ ในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด (Tuntanokij, 2006) ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญ

การเจ็บครรภ์คลอดได้ และเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวจะเป็นบุคคลได้ก็ได้ แต่ควรเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้คลอดโดยผู้คลอดเป็นผู้เลือกเอง ซึ่งสมาชิกครอบครัวที่สามารถให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้ ได้แก่ สามี (Husband) หรือญาติผู้หญิง (Female relative) อาทิเช่น มารดา ป้า พี่สาวหรือน้องสาว เป็นต้น ในการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสามี มีการศึกษาของ Kayne, Greulich, and Alber (2001) พบว่า สามีจะมีอาการตื่นเต้น มีความเครียดวิตกกังวล กลัว และห่วงใย เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์และมีพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวด ทำให้สามีไม่สามารถให้การสนับสนุน ตอบสนองตรงความต้องการได้ และการศึกษาของ ศศิธร พุมดวง (2551) พบว่า ผู้คลอดที่มีสามีเฝ้าในระยะคลอดมีการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่มีสามีเฝ้า นอกจากนี้การให้สามีเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด อาจไม่เหมาะสมกับสถานพยาบาลบางแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเนื่องจากห้องคลอดมีลักษณะเป็นห้องรวม

ส่วนการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกจะมีความเหมาะสมมากกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากเป็นเพศหญิงเหมือนกับผู้คลอด มีความคุ้นเคย สนับสนุนกัน และหากเคยผ่านการคลอดบุตรด้วยตนเองมาก่อนแล้ว อาทิเช่น มารดาของผู้คลอดก็จะมีความเข้าใจในตัวผู้คลอดได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) สามารถเป็นต้นแบบของความสำเร็จในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดกับผู้คลอดได้ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเหมือนเพื่อนอยู่ด้วย เกิดความรู้สึกอุ่นใจ มั่นใจในการคลอดของตนเอง และคลายความกลัว และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะที่เจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้พบว่า ถ้าผู้คลอดมีโอกาสได้เลือกบุคคลใกล้ชิดที่เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด ก็มักจะเลือกมารดาของตนเองหรือญาติผู้หญิงคนอื่นให้อยู่เป็นเพื่อนหรือให้การดูแล (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัสร์รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ประกอบกับญาติผู้หญิงยังมีความเหมาะสมกับห้องคลอดที่เป็นห้องรวม ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติผู้หญิงเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอดแก่ผู้คลอด ซึ่งหมายถึง มารดาของผู้คลอด มารดาของสามีผู้คลอด หรือญาติผู้หญิงคนอื่น ๆ ในครอบครัว

มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงที่พบว่า มีผลดีต่อผู้คลอด เช่น ช่วยลดความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ลดการใช้ยาบรรเทาปวด (ศศิธร พุมดวง, 2551; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Khreshheh, 2010; Rosen, 2004) ลดการใช้ยาออกซิโทซิน ลดการเร่งคลอดด้วยการเจาะถุงน้ำคร่ำ (Rosen, 2004) ช่วยลดระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว (Yuenyong et al., 2012) ลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) เพิ่มอัตราการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเอง

(Rosen, 2004) มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (Khreshch, 2010) และผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Yuenyong et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าผู้คลอดมีโอกาสได้เลือกบุคคลใกล้ชิดที่เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด ก็มักจะเลือกมารดาของตนเอง หรือญาติผู้หญิงคนอื่นให้อยู่เป็นเพื่อน หรือให้การดูแล (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของ ศศิธร พุ่มดวง (2551) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากมารดาของตนเองจะได้รับขาดปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติเฝ้า

4. ผลของการสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดสามารถช่วยลดระยะเวลาของการคลอด ลดการใช้ยาบรรเทาปวด เพิ่มความสุขสบายแก่ผู้คลอด ส่งผลดีต่อตัวผู้คลอดและทารกในครรภ์ การสนับสนุนในระยะคลอดยังมีผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด ดังนี้

4.1 ผลต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดจะช่วยเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์ (Adams & Bianchi, 2008) ลดความเจ็บปวด ความกลัว (พิณวดี พานทอง และชมพูนุช โสภางารีย์, 2549; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณิสรา กิตติปัญญา, 2556) ความวิตกกังวล (ชญานิน บุญพงษ์มณี และคณะ, 2548; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณิสรา กิตติปัญญา, 2556; Yuenyoung et al., 2008) ลดความตึงเครียดของผู้คลอด (ดารุณี จันทาไชย, กริยากร ชิวะโต และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว, 2556; บุญทิวี สุนทรลัมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกล และอรพินธ์ เจริญผล, 2552; Yuenyoung et al., 2008) อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมาน (Abushaikha & Sheil, 2006; Ford & Ayers, 2009; Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) การศึกษาของ Simkin and Bolding (2004) ซึ่งวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดได้

4.2 ผลต่อระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดจากบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจจะส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไปได้ด้วยดี ดังการศึกษาของ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และคณะ (2557) พบว่าการมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย เป็นกำลังใจเป็นวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก และการศึกษาของ เบนจามาภรณ์ ชูช่วย (2558) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

โดยพยาบาลมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การสนับสนุนในระยะคลอดช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยลดความกลัวของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดเรียนรู้วิธีตอบสนองกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010) โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะทำให้ผู้คลอดมีความรู้ในการคลอดที่ตนเองกำลังเผชิญ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีกำลังใจที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความสามารถที่จะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสูงเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาที่เจ็บครรภ์คลอด ดังการศึกษาของ Ip, Tang, and Goggins (2009) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญการคลอดมีระดับความสามารถในการเผชิญการคลอดสูงกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การสนับสนุนในระยะคลอดจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้วิจัยส่วนใหญ่นำมาใช้กับผู้คลอดเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ดังเช่นการศึกษาของ Hofmeyr, Nikodem, Wolman, Chalmer, and Kramer (1991) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด (60 vs 24%, $p < .001$)

4.3 ผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เพราะมีเพื่อนอยู่ด้วยในขณะที่ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ควบคุมตนเองได้ สามารถตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการคลอดของตนเอง ซึ่งการควบคุมตนเองได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (Goodman et al., 2003) มีการศึกษาของ Grassley and Sauls (2012) พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลแบบการสนับสนุนในระยะคลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูงกว่าผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khreshch (2010) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีความรู้สึกทางบวกต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักรัทธิ (2554) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้การสนับสนุนในระยะคลอดยังทำให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีขึ้นทั้งด้านผู้คลอด และทารก เช่น ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ลดอัตราการผ่าตัดคลอดหรือการใช้ยาระงับปวด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011; Wong, 2010) ผู้คลอดจึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2553) เกิดอาการข้างเคียงหลังได้รับยาระงับปวด (สินีนานู หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง, 2555) และทารกไม่ต้องแยกจากมารดาไปรับการรักษาต่อในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (Waldenström et al., 2004)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนในระยะคลอดช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากลดการกระตุ้นของวงจรลุ่มอาการต่อเนื่องความกลัว-ความเครียด-ความปวด และช่วยเพิ่มระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากการสนับสนุนทำให้ผู้คลอดเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด มีความสามารถในการตอบสนอง และจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอดมากขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เพราะมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือที่ได้รับการตอบสนอง ตามความคาดหวังหรือความต้องการที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด รู้สึกพึงพอใจต่อเหตุการณ์การคลอดของตนเอง และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีตามมา คือ ให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและทารก ซึ่งหากการสนับสนุนในระยะคลอดได้รับการเตรียมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จะช่วยเหลือผู้คลอดได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามจากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อคลอดมาก่อน เนื่องจากฝากครรภ์มาจากสถานพยาบาลอื่น โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีไข้ของรัฐหรือมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลเมื่อใกล้ครบกำหนดคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงตามแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Adams and Bianchi (2008) มาช่วยเหลือผู้คลอดด้วยการเตรียมความพร้อมของญาติผู้หญิงเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดโดยใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมประมาณ 35 นาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ผู้คลอดยังอยู่ในขั้นตอนการรับไว้เพื่อคลอด เพื่อให้ญาติผู้หญิงสามารถให้การสนับสนุนผู้คลอดได้ทันทีที่ขั้นตอนการรับไว้เพื่อคลอดสิ้นสุด ซึ่งการเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนนี้จะเพิ่มเนื้อหาเพื่อให้เกิดทัศนคติทางบวกกับกระบวนการคลอด และความเจ็บปวดที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดแก่ญาติ นอกเหนือจากการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การสนับสนุนในระยะคลอด บทบาทของญาติเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด และการฝึกทักษะการใช้เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์ เพื่อให้ญาติช่วยสร้างความมั่นใจ

ในการคลอดตามธรรมชาติแก่ผู้คลอด สนับสนุนให้ผู้คลอดมีความคิดบวกต่อการคลอดตามธรรมชาติ พร้อมทั้งจะเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงจะมีผลต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และช่วยให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดแตกต่างจากผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของห้องคลอดอย่างเดียว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

รูปแบบการวิจัยเป็น Posttest only control group design โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุม คือ ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังสิ้นสุดการทดลอง เก็บข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) เพื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้คลอดครั้งแรกที่ตั้งครรภ์ปกติ มารับบริการการคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่ตั้งครรภ์ปกติ มารับบริการการคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 กลุ่มละ 25 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-35 ปี
2. มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 4 เซนติเมตร
3. มีญาติผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดบุตรทางช่องคลอดเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้คลอดและญาติผู้หญิงสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการวิจัย

1. คลอดบุตรด้วยสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด
2. ผู้คลอดหรือทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดหรือหลังคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง ทารกขาดออกซิเจน ผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการฉีกรกทารกพิการ หรือทารกได้รับการดูแลต่อที่หออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นต้น
3. ผู้คลอดหรือญาติบอกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย
4. ผู้คลอดคลอดก่อนที่จะตอบแบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

หรือแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์ครบ 3 ครั้ง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ของ ณีฎจิรา วินิจฉัย, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และวรรณภา พาหุวัฒนกร (2556) มาใช้เป็นแนวทางการกำหนดขนาดตัวอย่าง เนื่องจากใช้โปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน อันประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยนำคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอด มาคำนวณขนาดอิทธิพลด้วยสูตรของกลาส (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ดังนี้

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

d คือ ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคำนวณขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.77 หรือ ~ 0.8 เมื่อนำมาเปิดตารางขนาดตัวอย่าง ประมาณค่าจากขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) โดยกำหนด ค่า Alpha = 0.05 และค่า Power = 0.8 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน

การสุ่มตัวอย่างและการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) โดยการคัดเลือก เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 25 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงคัดเลือกเข้า กลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากการได้รับแผนการทดลอง ในวันเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้ ได้แก่ ชุดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการสนับสนุน ในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของญาติผู้หญิง 2) การปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง และ 3) การติดตามช่วยเหลือผู้สนับสนุน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้หญิงโดยผู้วิจัย ใช้เวลา 35 นาที ประกอบด้วย

1.1.1 การสร้างเสริมเจตคติทางบวกต่อการคลอดแก่ญาติผู้หญิง โดยให้ดูวิดีโอที่มีความยาวประมาณ 10 นาที ซึ่งมีเนื้อหาที่ส่งเสริมความรู้สึทางด้านบวกต่อการเจ็บครรภ์คลอด และตระหนักถึงความสำคัญของผู้สนับสนุนในระยะคลอด (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ)

1.1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด และการสนับสนุนในระยะคลอด ใช้เวลาไม่เกิน 25 นาที โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด ประกอบด้วย สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอด ผลของอารมณ์และความรู้สึกของผู้คลอด ที่มีต่อการเจ็บครรภ์ ผลของการหดตัวของมดลูกที่จะทำให้ผู้คลอดคลอดบุตร ระยะการเปิดขยายของปากมดลูกและการแสดงออกด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้คลอดในแต่ละระยะ

ส่วนเนื้อหาของการสนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่ บทบาทของญาติผู้หญิง ในการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Adams and Bianchi (2008) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้กำลังใจ ปลอบโยน ตอบข้อซักถามของผู้คลอดด้วยคำพูดที่นุ่มนวล แสดงท่าทางที่อ่อนโยน ให้การสัมผัสอย่างเบามือ เช่น ลูบมือ จับมือ 2) ด้านร่างกาย ได้แก่ ช่วยดูแลให้ผู้คลอดนำเทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์ โดยไม่ใช้ยามาใช้ขณะรู้สึกเจ็บครรภ์คลอด ช่วยเหลือดูแลความสะดวกของร่างกาย เสื้อผ้าผู้คลอด การพักผ่อน และการขับถ่าย 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ที่ญาติผู้หญิงเคยมีประสบการณ์การคลอดบุตร วิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์ที่เคยใช้และได้ผล ร่วมกับข้อมูลที่ได้รับจากการเตรียมตัวญาติของผู้วิจัย และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ได้แก่ รักษาความเป็นส่วนตัวของผู้คลอด ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้คลอด โดยไม่จำเป็น อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดจนกระทั่งคลอด และเป็นตัวแทนในการสื่อความต้องการของผู้คลอด กับทีมผู้ให้บริการ

วิธีการสอนใช้การบรรยายประกอบภาพนิ่ง พร้อมสาธิต วิธีการบรรเทาปวดต่าง ๆ เช่น การหายใจอย่างมีแบบแผน การลูบหน้าท้อง การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดทำเมื่อบรรยายเสร็จ ผู้วิจัยมอบคู่มือ เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบรรยาย เพื่อให้ญาติใช้อ่านทบทวนขณะที่ทำให้การดูแลผู้คลอด (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ)

1.2 การปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ญาติผู้หญิงจะเริ่มให้การสนับสนุนผู้คลอดภายหลังญาติได้รับการเตรียมความพร้อม โดยญาติจะเข้ามาอยู่กับผู้คลอด ตลอดระยะเวลาจนกว่าผู้คลอดจะเริ่มเบ่งคลอด ในระหว่างที่ญาติอยู่กับผู้คลอด จะคอยช่วยเหลือผู้คลอดตามแผนการปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด คือ ใช้วิธีการสนับสนุน

ในระยะคลอดทั้ง 4 ด้าน ตามที่ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อตอบสนองความรู้สึก และความต้องการของผู้คลอดที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การคลอดของตนเองกับผู้คลอด

1.3 การติดตามและช่วยเหลือผู้สนับสนุน โดยผู้วิจัยติดตามและช่วยเหลือ การปฏิบัติการสนับสนุนของญาติเป็นระยะ ๆ ทุก 1-2 ชม. ถ้าญาติมีปัญหาการสนับสนุนผู้คลอด หรือมีข้อสงสัยในวิธีการสนับสนุน หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะเข้าไปช่วยเหลือ เช่น ให้ความรู้ซ้ำ หรือสาธิตให้ดูซ้ำ เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จากการศึกษาทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

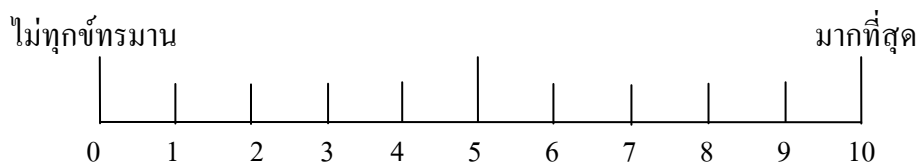
2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว ศาสนา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2.1.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย อายุครรภ์ขณะที่มาคลอด การเปิดขยายของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมงานวิจัย วันที่ที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง เวลาที่มีน้ำเดิน การแตกของถุงน้ำคร่ำ ลักษณะของน้ำคร่ำ การได้รับยาออกซิโทซินเพื่อกระตุ้นคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาทั้งหมด ที่ใช้ในระยะที่ 1-3 ของการคลอด น้ำหนักของทารกแรกเกิด และคะแนนแอฟการ์ในนาทีที่ 1 และ 5

2.1.3 ข้อมูลของญาติผู้หญิง (เฉพาะกลุ่มทดลอง) ประกอบด้วย อายุของญาติผู้หญิง ความสัมพันธ์ของญาติผู้หญิงกับผู้คลอด ระยะเวลาที่ญาติอยู่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด และวิธีการที่ญาติใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอด

2.2 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดที่ประยุกต์มาจาก แบบวัดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Johnson's two component scale) ของ Johnson (1973) ซึ่งแบบวัดนี้ จะวัดเป็นตัวเลขและประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 สเตล เริ่มตั้งแต่เลขศูนย์ถึงเลขสิบ คะแนนศูนย์ คือ ไม่ทุกข์ทรมานเลย และคะแนนสิบ คือ ทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรง ที่ตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้คลอด หลังจากทำกลุ่มตัวอย่างกากบาทแล้ว ผู้วิจัยวัดความยาวจากด้านซ้ายสุดที่มีค่าคะแนนศูนย์ไปจนถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างกากบาท เป็นเซนติเมตร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถามกลุ่มตัวอย่างขณะที่ยังมีกลุ่มตัวอย่างตัว

ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์คลอด ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับใด



โดยมีเกณฑ์กำหนดระดับความทุกข์ทรมาน (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2546) คือ

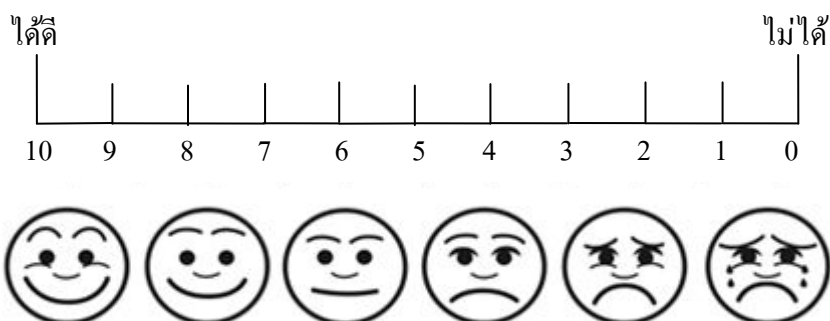
คะแนน 1-4 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย

คะแนน 5-6 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

2.3 แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์ (Pain Coping Scale) ของ Simkin (2011) ซึ่งแบบวัดนี้จะวัดเป็นตัวเลขและประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 สเกล เริ่มตั้งแต่เลขสิบจนถึงเลขศูนย์ คะแนนสิบ คือ เผชิญการเจ็บครรภ์ได้ดี และคะแนนศูนย์ คือ เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่ได้เลย และมีรูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึก (Facial scale) อยู่ด้านล่างของเส้นตรง จำนวน 6 ภาพ ประกอบด้วย สีหน้ายิ้มจนถึงสีหน้าร้องไห้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงที่ตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้คลอด หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างกากบาทแล้ว ผู้วิจัยทำการวัดความยาวจากด้านขวาสุดที่มีค่าคะแนนศูนย์ไปจนถึงจุดที่ถูกกลุ่มตัวอย่างกากบาทเป็นเซนติเมตร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถามกลุ่มตัวอย่างขณะที่มดลูกคลายตัว

ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์คลอด ท่านรู้สึกว่าเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ในระดับใด



โดยมีเกณฑ์กำหนดระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คือ

คะแนน 1-4 หมายถึง เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้น้อย

คะแนน 5-6 หมายถึง เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้มาก

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดโดยนำแนวคิดแบบสอบถามของ Goodman et al. (2003) มาประยุกต์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยตัดข้อความบางข้อออก ดังนี้ ข้อที่ 2, 4, 7, 9 และ 11 คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้คลอดขณะคลอด ข้อที่ 13 คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้คลอดต่อสามี ข้อที่ 29 เป็นข้อความถึงทัศนคติของพยาบาล และข้อที่ 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30 และ 32 ที่เป็นข้อความเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้คลอดที่มีต่อสูติแพทย์ นอกจากนี้ยังตัดข้อความที่ 35 ถึงข้อที่ 40 ออก เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดนี้มีจำนวนข้อความ 21 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมตนเองขณะเจ็บครรภ์ และความสามารถของตนเองที่กระทำและตัดสินใจด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ 2) ความพึงพอใจที่มีต่อผู้สนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์ จำนวน 10 ข้อ 3) ความพึงพอใจที่มีต่อทารก จำนวน 1 ข้อ และ 4) ความพึงพอใจต่อภาพรวมของประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อการดูแลขณะเจ็บครรภ์ และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตนเอง จำนวน 2 ข้อ

แบบสอบถามนี้มีเกณฑ์ประเมิน 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก คะแนน 3 หมายถึง รู้สึกไม่แน่ใจ คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดคลอดบุตรแล้วภายใน 12-24 ชั่วโมง

สำหรับการแปลผล คือ คิดจากคะแนนรวมทั้งหมดจากข้อความ 21 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 21-105 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ทางการแพทย์ศาสตร 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ/ ผดุงครรภ์ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้คลอด 10 ปีขึ้นไป 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของวิธีทัศนัประสบการณ์การคลอดด้วยตนเองและการมีญาติอยู่ด้วย ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด แผนการสอนเรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง และคู่มือเรื่องการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง โดยทดสอบความตรงของเนื้อหา

ได้แก่ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในบทการสอน

1.2 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังจากที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขแล้ว ผู้วิจัย นำแบบวัดความทุกข์ทรมาน แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมที่จะใช้ในงานวิจัย จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ทางการแพทย์บาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน และพยาบาล วิชาชีพ/ ผดุงครรภ์ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้คลอด 10 ปีขึ้นไป 1 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีดังนี้ 1) แบบวัดความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 2) แบบวัดการเผชิญ การเจ็บครรภ์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ ประสบการณ์การคลอด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ไม่ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด และแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากแบบวัดทั้งสองนี้ เป็นแบบวัดที่วัดเป็นตัวเลข เดียว มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นเครื่องมือมาตรฐาน

ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 20 คน ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ แต่ต่างช่วงเวลาในการทดลองมาหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of internal consistency) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้เท่ากับ .92 ถือว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง สามารถวัดได้ในเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 นำหนังสือรับรองจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อขออนุญาตการวิจัยถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้คลอดครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้

1.2 ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม หัวหน้าห้องคลอด

และพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้หึงสำหรับการสนับสนุนในระยะคลอด

1.4 ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ขั้นตอนการและทำการทดลอง

2.1 ขั้นตอนการ

2.1.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้คลอด และญาติผู้หึงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งแนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจดี

2.1.2 แจกให้ผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะมีการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติผู้หึง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 25 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อน จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 25 ราย ก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนการวิจัย

2.2 ขั้นตอนทำการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

2.2.1 กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุน โดยญาติผู้หึงร่วมกับการดูแลตามปกติ การสนับสนุนโดยญาติผู้หึงมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นการเตรียมญาติผู้หึง

1) เมื่อรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้คลอดและญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเชิญญาติมาที่ห้องเตรียมญาติ เพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด

2) สร้างทัศนคติทางบวกต่อการเจ็บครรภ์คลอดแก่ญาติผู้หึง โดยให้ดูวิดีโอทัศน์ และผู้วิจัยบรรยายสรุป พร้อมทั้งให้ญาติผู้หึงสะท้อนความรู้สึก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3) ให้ความรู้เรื่อง ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์ เช่น การหดตัวของมดลูก ระยะต่าง ๆ ของการคลอดและการเปิดขยายของปากมดลูก เป็นต้น โดยบรรยายประกอบภาพนิ่งตามแผนการสอน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ)

4) ให้ความรู้เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลและคำแนะนำ และด้านพิทักษ์สิทธิ (รายละเอียดอยู่ในหน้าที่ 45) โดยการบรรยายและสาธิต ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5) สอนเทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยวิธีที่สั้นและฝึกให้ญาติผู้หญิงทดลองปฏิบัติ เช่น การหายใจขณะมดลูกหดตัว การลูบหน้าท้อง การนวดบรรเทาปวด เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนญาติผู้หญิงให้การสนับสนุน

1) ภายหลังการเตรียมความพร้อม ให้ญาติผู้หญิงเข้าไปดูแลให้การสนับสนุนผู้คลอด ญาติผู้หญิงจะคอยดูแลให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจขณะเจ็บครรภ์ การลูบหน้าท้อง การนวด และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ ถ้าผู้คลอดแสดงอาการเจ็บครรภ์มาก ญาติจะสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การสัมผัสเนื้อตัว จับมือให้กำลังใจ เป็นต้น

2) เมื่อมดลูกคลายตัว ญาติผู้หญิงจะช่วยเปลี่ยนท่าทาง กระตุ้นให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หรือท่านอนตะแคง นอกจากนี้ญาติยังชวนคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอดของตนเองกับผู้คลอด

ขั้นตอนการติดตาม

ผู้วิจัยติดตามช่วยเหลือการสนับสนุนของญาติผู้หญิงภายหลังที่เข้ามาให้การสนับสนุน โดยเข้าไปประเมินการสนับสนุนของญาติทุก 1-2 ชั่วโมง เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ

นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และ การผ่อนคลายจากความเจ็บปวด เช่น การหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดหลังด้วยตนเองด้วยแผ่นภาพที่มีรูปและตัวหนังสือที่ติดอยู่บนพาดานเหนือเตียงรอกคลอด

การประเมินผลลัพธ์

1) เมื่อผู้คลอดได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติผู้หญิงผ่านไปครบ 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร ผู้วิจัยจะทำการสอบถามถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดภายหลังเมื่อมดลูกคลายตัวแล้วในครั้งที่ 1 ด้วยแบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์และแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และสอบถามครั้งที่ 2 ห่างจากการประเมินครั้งแรก 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และสอบถามครั้งที่ 3 ห่างจากการประเมินครั้งที่สอง 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 7-9 เซนติเมตร ดังนั้นจะมีค่าคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด และคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3 ค่านามาค่าเป็นค่าเฉลี่ยเพื่อให้เป็นคะแนน

เพียง 1 ค่า และนำคะแนนนั้นมาบันทึกเป็นคะแนนที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

2) ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด หลังจากคลอดบุตรแล้วภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด และติดตาม บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ให้ครบถ้วน

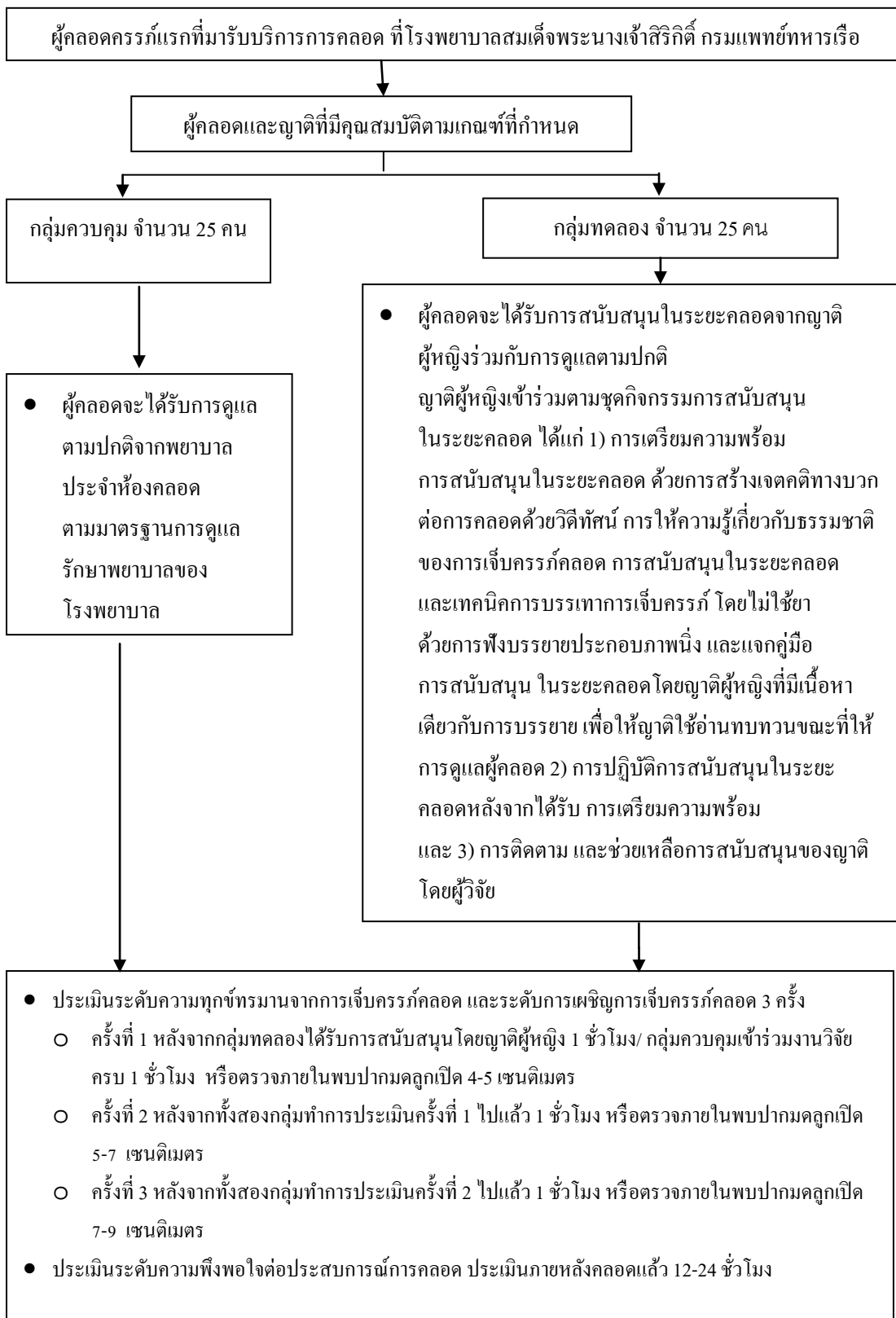
2.2.2 กลุ่มควบคุม

ผู้คลอดกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสูติแพทย์และพยาบาล ห้องคลอด ซึ่งการดูแลนั้นจะเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล การประเมินผลลัพธ์

1) เมื่อเวลาผ่านไป 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 4-5 เซนติเมตร ผู้วิจัยจะทำการสอบถามถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดภายหลังเมื่อมดลูกคลายตัวแล้วในครั้งที่ 1 ด้วยแบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์และแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และสอบถามครั้งที่ 2 ห่างจากการประเมินครั้งแรก 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 5-7 เซนติเมตร และสอบถามครั้งที่ 3 ห่างจากการประเมินครั้งที่สอง 1 ชั่วโมง หรือตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 7-9 เซนติเมตร และนำคะแนนทั้ง 3 ครั้งมาหาค่าเป็นค่าเฉลี่ยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และนำคะแนนนั้นมาบันทึกเป็นคะแนนที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

2) หลังจากคลอดบุตรแล้วภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด และติดตาม บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ให้ครบถ้วน

2.2.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาสรุปและทำการตรวจให้คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐาน



ภาพที่ 8 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 09-09-2558 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพथวิทยาเรือ รหัสโครงการ RP002/ 59 ตามลำดับ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเข้าร่วมวิจัย และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
2. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. การบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกต่างๆ จะไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่จะใช้วิธีการลงรหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย
4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม
5. การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องประมวลผล และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ในกรณีข้อมูลเป็นตัวแปรปรมาณนามบัญญัติ และมาตราอันดับด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และหากข้อมูลเป็นตัวแปรปรมาณอันดับและมาตราอัตราส่วน จึงทดสอบด้วยสถิติการทดสอบ Independent *t*-test
2. วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติการทดสอบ Independent *t*-test

3. วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติการทดสอบ Independent t -test

4. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติการทดสอบ Independent t -test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกของ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิง

ส่วนที่ 2 ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ส่วนที่ 3 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ผลการวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการ การคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุน ในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิง 25 ราย และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย รวม 50 ราย ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครรภ์แรกทั้งสองกลุ่มประกอบด้วย อายุ สถานภาพครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่มาคลอด การเปิดขยายของปากมดลูก ก่อนเข้าร่วมวิจัย การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาออกซิโทซิน การได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด ในระยะคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในระยะที่ 1-3 ของการคลอด น้ำหนักของทารกแรกเกิด และคะแนนแอฟการ์ในนาทีที่ 1 และ 5 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2 และ 3

ข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย ประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้หญิงกับผู้คลอด และระยะเวลาที่ญาติอยู่

ให้การสนับสนุนในระยะคลอด ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i> , χ^2 or Fisher's Exact Test	<i>p</i> -value
	<i>(n = 25)</i>		<i>(n = 25)</i>			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					<i>t</i> = .14	.89
18-22	12	48.00	12	48.00		
23-27	6	24.00	7	28.00		
28-34	7	28.00	6	24.00		
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 23.88$		$\bar{X} = 24.04$			
	<i>SD</i> = 3.97		<i>SD</i> = 4.30			
	Min-Max = 18-31		Min-Max = 18-34			
สถานภาพครอบครัว					Fisher's Exact Test	1.00
อยู่ด้วยกันกับสามี	23	92.00	24	96.00		
ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับสามี	2	8.00	1	4.00		
ลักษณะครอบครัว					$\chi^2 = 2.05$.15
เดี่ยว	8	32.00	13	52.00		
ขยาย	17	68.00	12	48.00		
ระดับการศึกษา					$\chi^2 = 1.88$.39
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	4	16.00	6	24.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	52.00	15	60.00		
และอาชีวศึกษา						
ปริญญาตรีและสูงกว่า	8	32.00	4	16.00		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i> , χ^2 or Fisher's Exact Test	<i>p</i> -value
	<i>(n = 25)</i>		<i>(n = 25)</i>			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					Fisher's Exact Test	1.00
พุทธ	25	100.00	24	96.00		
อิสลาม	0	0.00	1	4.00		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)					<i>t</i> = .17	.92
ต่ำกว่า 15,001	7	28.00	6	24.00		
15,001-30,000	13	52.00	13	52.00		
ตั้งแต่ 30,001 บาทขึ้นไป	5	20.00	6	24.00		
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย	$\bar{X} = 26,920.00$		$\bar{X} = 25,960.00$			
	<i>SD</i> = 13,272.53		<i>SD</i> = 11,959.93			
	Min-Max = 10,000-70,000		Min-Max = 9,000-50,000			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 18-22 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาอยู่ในช่วง 28-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 มีอายุเฉลี่ย 23.88 ปี (*SD* = 3.97) และกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 18-22 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาอยู่ในช่วง 23-27 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 มีอายุเฉลี่ย 24.04 ปี (*SD* = 4.30) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พักอยู่ด้วยกันกับสามี คิดเป็นร้อยละ 92 และ 96 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มทดลองเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52 และ 60 กลุ่มทดลองทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 ถึง 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 26,920.00 บาท (*SD* = 13,272.53) และกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 25,960.00 บาท (*SD* = 11,959.93)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ใช้สถิติ Independent *t*-test ส่วนสถานภาพสมรส และศาสนาใช้สถิติ Fisher's Exact Test และลักษณะครอบครัว และระดับการศึกษา ใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i> , χ^2 or Fisher's Exact Test	<i>p</i> -value
	<i>(n = 25)</i>		<i>(n = 25)</i>			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุครรภ์ที่มากคลอด					Fisher's Exact Test	1.00
37-40 สัปดาห์	22	88.00	22	88.00		
มากกว่า 40 สัปดาห์	3	12.00	3	12.00		
การเปิดขยายของปากมดลูก ก่อนเข้าร่วมวิจัย (เซนติเมตร)					$\chi^2 = .33$.57
2-3	10	40.00	12	48.00		
4	15	60.00	13	52.00		
การแตกของถุงน้ำคร่ำ					$\chi^2 = 1.75$.18
แตกเอง	21	84.00	17	68.00		
การเจาะถุงน้ำคร่ำ	4	16.00	8	32.00		
การได้รับยาออกซิโทซิน					$\chi^2 = .37$.54
ได้	18	72.00	16	64.00		
ไม่ได้	7	28.00	9	36.00		
การใช้ยาบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด					$\chi^2 = 2.91$.09
ใช้	3	12.00	8	32.00		
ไม่ใช้	22	88.00	17	68.00		
ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง)					<i>t</i> = .62	.54

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		<i>t</i> , χ^2 or Fisher's Exact Test	<i>p</i> -value
	<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 25			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาทั้งหมด						
	\bar{X} = 8.26		\bar{X} = 7.45			
	<i>SD</i> = 4.14		<i>SD</i> = 3.39			
	Min-Max = 1.40-17.20		Min-Max = 2.30-16.25			
ระยะเวลาทั้งหมด ในระยะเวลาที่ 1-3 ของการคลอด (ชั่วโมง)						
	\bar{X} = 8.46		\bar{X} = 7.49		<i>t</i> = .87	.39
	<i>SD</i> = 4.18		<i>SD</i> = 3.32			
	Min-Max = 2.02-18.14		Min-Max = 2.44-16.35			
น้ำหนักของทารกแรกเกิด (กรัม)					<i>t</i> = .05	.96
2,500-3,150 กรัม	17	68.00	18	72.00		
3,151-3,799 กรัม	8	32.00	7	28.00		
	\bar{X} = 3,031.36		\bar{X} = 3,035.36			
	<i>SD</i> = 301.20		<i>SD</i> = 258.38			
	Min-Max = 2,582-3,790		Min-Max = 2,650-3,572			
แอฟการ์ในนาทีก่อนที่ 1 (คะแนน)					Fisher's Exact Test	1.00
เท่ากับ 8	4	16.00	4	16.00		
มากกว่า 8	21	84.00	21	84.00		
แอฟการ์ในนาทีก่อนที่ 5 (คะแนน)					Fisher's Exact Test	1.00
เท่ากับ 8	1	4.00	1	4.00		
มากกว่า 8	24	96.00	24	96.00		

จากตารางที่ 3 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์ที่คลอดอยู่ในช่วง 37 ถึง 40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละเท่ากัน คือ ร้อยละ 88 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมวิจัยประมาณ 4 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 60 และ 52 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่พบถุงน้ำคร่ำแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 84 และกลุ่มควบคุมถุงน้ำคร่ำแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 68 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยาออกซิโทซินก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ 72 และ 64 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด คิดเป็นร้อยละ 88 และกลุ่มควบคุมไม่ได้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด คิดเป็นร้อยละ 68 สำหรับระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองเฉลี่ย 8.26 ชั่วโมง ($SD = 4.14$) และระยะเวลาทั้งหมดในระยะที่ 1-3 ของการคลอดเฉลี่ย 8.46 ชั่วโมง ($SD = 4.18$) ส่วนผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 7.45 ชั่วโมง ($SD = 3.39$) และระยะเวลาทั้งหมดในระยะที่ 1-3 ของการคลอดเฉลี่ย 7.49 ชั่วโมง ($SD = 3.32$) ทารกแรกเกิดของผู้คลอดกลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,150 กรัม คิดเป็นร้อยละ 68 และมีน้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย 3,031.36 กรัม ($SD = 301.20$) และทารกแรกเกิดของกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,150 กรัม คิดเป็นร้อยละ 72 และมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,035.36 กรัม ($SD = 258.38$) ทารกของผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนแอฟการ์ ในนาทิตที่ 1 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากันและมีคะแนนแอฟการ์ในนาทิตที่ 5 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 96 เท่ากัน

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในระยะที่ 1 ถึง 3 ของการคลอด น้ำหนักของทารกแรกเกิดใช้สถิติ Independent *t*-test ส่วนอายุครรภ์ที่มาคลอด คะแนนแอฟการ์ในนาทิตที่ 1 คะแนนแอฟการ์ในนาทิตที่ 5 ใช้สถิติ Fisher's Exact Test และการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมวิจัย การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาออกซิโทซิน และการได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ข้อมูลของการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย

ข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอด	ญาติผู้หญิง (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-40	7	28.00
40-60	17	68.00
มากกว่า 60 ปี	1	4.00
	$\bar{X} = 47.72$	$SD = 11.54$
	Min-Max = 26-70	
ความสัมพันธ์ของญาติผู้หญิงกับผู้คลอด		
ญาติทางผู้คลอด	16	64.00
มารดา	11	68.75
ยาย	1	6.25
ป้า	2	12.50
พี่สาว	2	12.50
ญาติทางสามี	9	36.00
มารดา	5	55.56
ยาย	1	11.11
พี่สาว	2	22.22
น้องสะใภ้	1	11.11
วิธีการที่ญาติใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอด		
(การสังเกตของผู้วิจัย)		
ใช้คำพูดให้กำลังใจ	23	92.00
ลูบท้อง	19	76.00
การจัดท่า	17	68.00
ใช้เทคนิคการหายใจ	15	60.00
ให้การสัมผัส	15	60.00
ความสุภาพ	14	56.00
ยอมรับความเจ็บปวด	13	52.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอด	ญาติผู้หญิง (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ
ดูแลการขับถ่าย	12	48.00
เล่าประสบการณ์การคลอด	11	44.00
นวดหลัง/ นวดขา	10	40.00
บอกความรู้สึก/ ความต้องการของผู้คลอด	5	20.00
ความสัมพันธ์ของญาติผู้หญิงกับผู้คลอด		
ญาติทางผู้คลอด	16	64.00
มารดา	11	68.75
ยาย	1	6.25
ป้า	2	12.50
พี่สาว	2	12.50
ญาติทางสามี	9	36.00
มารดา	5	55.56
ยาย	1	11.11
พี่สาว	2	22.22
น้องสะใภ้	1	11.11
วิธีการที่ญาติใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอด (การสังเกตของผู้วิจัย)		
ใช้คำพูดให้กำลังใจ	23	92.00
ลูบท้อง	19	76.00
การจัดท่า	17	68.00
ใช้เทคนิคการหายใจ	15	60.00
ให้การสัมผัส	15	60.00
ความสุภาพ	14	56.00
ยอมรับความเจ็บปวด	13	52.00
ดูแลการขับถ่าย	12	48.00
เล่าประสบการณ์การคลอด	11	44.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลการสนับสนุนในระยะคลอด	ญาติผู้หญิง ($n = 25$)	
	จำนวน	ร้อยละ
นวดหลัง/ นวดขา	10	40.00
บอกความรู้สึก/ ความต้องการของผู้คลอด	5	20.00
ระยะเวลาที่ญาติอยู่ให้การสนับสนุน ในระยะคลอด (ชั่วโมง)		
2-3	9	36.00
3-4	10	40.00
4-5	6	24.00
	$\bar{X} = 3.31$	$SD = 0.90$
	Min-Max = 120-300	

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุของญาติผู้หญิงอยู่ในช่วง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 โดยอายุเฉลี่ย 47.72 ($SD = 11.54$) มีความสัมพันธ์เป็นญาติของผู้คลอดเอง คิดเป็นร้อยละ 64 โดยเป็นมารดาของผู้คลอดเอง ร้อยละ 68.75 รองลงมา คือ ป้าและพี่สาว คิดเป็นร้อยละ 12.50 ส่วนญาติทางสามี ผู้คลอดจะเลือกให้มารดาของสามีเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมา คือ พี่สาวของสามี คิดเป็นร้อยละ 22.22 และระยะเวลาที่ญาติให้การสนับสนุนในระยะคลอด ใช้เวลาประมาณ 3 ถึง 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 40 โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 3.31 ชั่วโมง ($SD = 0.90$)

สำหรับวิธีการที่ญาติใช้ในการสนับสนุนผู้คลอด ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้คำพูดให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 92 รองลงมาลูบท้อง คิดเป็นร้อยละ 76 และการจัดทำ คิดเป็นร้อยละ 68 นอกจากนี้ยังใช้วิธีอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ช่วยดูแลให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจ มีการสัมผัสตัว ดูแลความสุขสบาย พุดคุยถึงการยอมรับความเจ็บปวดตามธรรมชาติของการคลอด ดูแลการขับถ่าย เล่าประสบการณ์การคลอดของตนเอง ช่วยนวดหลังหรือนวดขา และช่วยบอกความรู้สึกหรือความต้องการของผู้คลอดที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด

ส่วนที่ 2 ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก จำแนกตามรายกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .95$, $p = .65$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	\bar{X}	SD	Mean difference	t	df	p -value (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	8.12	1.19	.58	1.69	48	.10
		Min-Max = 4.80-10.00					
กลุ่มควบคุม	25	7.54	1.26				
		Min-Max = 5.33 - 10.00					

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดไม่แตกต่างกัน ($t_{48} = 1.69$, $p = .10$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดเท่ากับ 8.12 ($SD = 1.19$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 4.80 และ 10.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด เท่ากับ 7.54 ($SD = 1.26$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 5.33 และ 10.00

ส่วนที่ 3 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด จำแนกตามรายกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ

($p = .49, p = .99$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t -test ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	\bar{X}	SD	Mean difference	t	df	p -value (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	3.60	2.07	1.08	1.89	48	.07
		Min - Max = 0.93 - 7.93					
กลุ่มควบคุม	25	4.68	1.98				
		Min - Max = 1.60 - 8.60					

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent t -test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่แตกต่างกัน ($t_{48} = 1.89, p = .07$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเท่ากับ 3.60 ($SD = 2.07$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 0.93 และ 7.93 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเท่ากับ 4.68 ($SD = 1.98$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 1.60 และ 8.60

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดจำแนกตามรายกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .73, p = .61$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	<i>n</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	4.30	.36	.31	2.85	48	.01
		Min - Max = 3.71 - 4.90					
กลุ่มควบคุม	25	3.99	.41				
		Min - Max = 3.10 - 4.67					

จากตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent *t*-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48} = 2.85, p = .01$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เท่ากับ 4.30 ($SD = 0.36$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 3.71 และ 4.90 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เท่ากับ 3.99 ($SD = .41$) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 3.10 และ 4.67 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและมารับบริการการคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ สุ่มคัดเลือกอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square สถิติ Fisher's Exact Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลต่อเนื่องด้วยการทดสอบ Independent *t*-test

ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย มีอายุระหว่าง 18-22 ปี (ร้อยละ 48) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 28-34 ปี (ร้อยละ 28) พักอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 92) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา (ร้อยละ 52) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 15,001-30,000 บาท (ร้อยละ 52) กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธทุกคน (ร้อยละ 100) ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 37 ถึง 40 สัปดาห์ (ร้อยละ 88) มีการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมวิจัยประมาณ 4 เซนติเมตร (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่ถุงน้ำคร่ำแตกเอง (ร้อยละ 84) ได้รับยาออกซิโทซินก่อนคลอด (ร้อยละ 72) และไม่ได้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (ร้อยละ 88) มีระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 8.26 ชั่วโมง และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในระยะที่ 1-3

ของการคลอดเฉลี่ย 8.46 ชั่วโมง บุตรของผู้คลอดกลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500 ถึง 3,150 กรัม (ร้อยละ 68) แรกเกิดมีคะแนนแอฟการ์ในนาทิตี่ 1 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 84 และมีคะแนนแอฟการ์ในนาทิตี่ 5 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 96

กลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย มีอายุระหว่าง 18-22 ปี (ร้อยละ 48) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 23-27 ปี (ร้อยละ 28) พักอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 96) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 52) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา (ร้อยละ 60) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 15,001-30,000 บาท (ร้อยละ 52) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (ร้อยละ 96) ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 37 ถึง 40 สัปดาห์ (ร้อยละ 88) มีการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมวิจัยประมาณ 4 เซนติเมตร (ร้อยละ 52) ใช้น้ำคร่ำตัวเอง (ร้อยละ 68) ได้รับความยินยอมก่อนคลอด (ร้อยละ 64) ไม่ได้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (ร้อยละ 68) มีระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 7.45 ชั่วโมง และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในระยะที่ 1-3 ของการคลอดเฉลี่ย 7.49 ชั่วโมง บุตรของผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500 ถึง 3,150 กรัม (ร้อยละ 72) แรกเกิดมีคะแนนแอฟการ์ในนาทิตี่ 1 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 84 และมีคะแนนแอฟการ์ในนาทิตี่ 5 มากกว่า 8 คิดเป็นร้อยละ 96

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลทุก ๆ ด้าน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง มีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดไม่แตกต่างกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่ประกอบด้วยประสาทสัมผัส (Sensory) และอารมณ์ (Emotion) (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Hull, 2011) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นขณะมดลูกหดตัวและมีการถ่างขยายของปากมดลูก กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการบาดเจ็บและขาดออกซิเจน จึงมีการหลั่งสารไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด (ศศิธร พุมดวง, 2551; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Arya et al., 2007; Simkin & Hull, 2011) ซึ่งความเจ็บปวดจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการคลอด ยิ่งปวดมากขึ้นผู้คลอดจะรู้สึกกลัว และเกิดความตึงเครียด และเมื่อเกิดความตึงเครียดก็จะเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดมากยิ่งขึ้น (Lowe, 2002) ตามวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1976) ถึงแม้ว่าจะมีการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง หรือ โดยพยาบาลตามการดูแลปกติแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถลดความรู้สึกเจ็บปวดลงได้ เพราะการสนับสนุนในระยะคลอด มุ่งเน้นการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ให้ผู้คลอดอดทนอยู่กับความเจ็บปวดได้ (Leap, 2010) มากกว่าการลดความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัท รัศไทย (2554); Chunuan et al. (2009) ที่พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติไม่สามารถช่วยลดความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดได้ และความรู้สึกเจ็บปวดของผู้คลอดที่ไม่ลดลงนี้เป็นผลทำให้ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดตามมาได้ (ศศิธร พุมดวง, 2551) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่า ผู้คลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานในระดับสูง ทั้งสองกลุ่ม คือ 8.12 และ 7.54

2. การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่แตกต่างกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อีกทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ คือ กลุ่มทดลองเท่ากับ 3.60 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.68 นั้นหมายความว่า ทั้งสองกลุ่มมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ไม่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ขณะที่กระบวนการคลอดกำลังดำเนินไป มดลูกหดตัวรุนแรงขึ้น ปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้น ผู้คลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหลายด้าน

ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดการกระตุ้นวงจรต่อเนื่องของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1976) กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกเกิดการหลั่งสาร แคทีโคลามีน (Catecholamine) เอพิเนฟริน (Epinephrine) และคอร์ติโซล (Cortisol hormone) เกิดภาวะเครียดในระยะคลอด (Lowe, 2002) ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น และไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ได้ (ชญาสินี บุญพงษ์มณี และคณะ, 2548) นอกจากนี้ผู้คลอดในกลุ่มที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดในด้านความรู้เรื่องกระบวนการคลอด การบริหารร่างกายให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นและผ่อนคลาย การเตรียมด้านอารมณ์ และการฝึกทักษะในการบรรเทาความเจ็บปวด ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้คลอดก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคลอดเพราะว่า การเตรียมตัวคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดเผชิญและอดทนต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น (บุศรินทร์ เขียนเม้น และรุ่งราวรรณ ได้เมืองปาก, 2555; Escott, Slade, & Spiby, 2009) และในการให้ญาติผู้หญิงเข้ามาเป็นผู้สนับสนุนในระยะคลอดควรมีการเตรียมความพร้อมแก่ญาติก่อนเช่นกัน การเตรียมญาติเมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์แล้วมีระยะเวลาที่จำกัด อาจทำให้ญาติยังไม่มี ความมั่นใจในการให้การสนับสนุน โดยเฉพาะในเรื่องข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือผู้คลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้ญาติไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอดได้

3. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดแตกต่างจากผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 4.30 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์เท่ากับ 3.99 นั้นหมายความว่า การมีญาติผู้หญิงช่วยสนับสนุนในระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดดีขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีบุคคลที่คุ้นเคยอยู่เป็นเพื่อน คอยเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ช่วยลดความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด อีกทั้งมีความเข้าใจในตัวผู้คลอดได้ดีกว่าบุคคลอื่น สามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khreshch (2010) ที่พบว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้หญิงที่ใกล้ชิดกับผู้คลอด สามารถอยู่กับผู้คลอดได้ตลอดเวลาตั้งแต่เข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด จนกระทั่งเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีความรู้สึกทางที่ดีต่อการคลอด การศึกษาของ Hodnett, Gates,

Hofmeyr, and Sakala (2013) ที่พบว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รัทไทย (2554) พบว่า การที่มารดาได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดจะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$) และการศึกษาของ Bruggemann et al. (2007) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่ตนเองให้อยู่ด้วยมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1 จัดให้มีบริการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดแก่ผู้คลอดและญาติผู้หญิงตั้งแต่ในระยะไตรมาสสุดท้ายของตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้คลอดมีความเข้าใจในกระบวนการคลอด ไม่วิตกกังวล มีการฝึกบริหารร่างกาย และมีทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และญาติสามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ ซึ่งจะให้ผู้คลอดมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีขึ้น

1.2 ในกรณีของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด ควรรับผู้คลอดไว้ในระยะใกล้เจ็บครรภ์จริง หรือระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และจัดให้มีบริการเตรียมความพร้อมของญาติและผู้คลอดในห้องคลอด เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแผนการสอนที่กระชับ และเตรียมความพร้อมในขณะที่ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์ ญาติและผู้คลอดพอมีเวลาสำหรับการปรับตัวปรับอารมณ์ ในการดูแลผู้คลอดก่อนที่ผู้คลอดจะเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งจะมีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น

1.3 ส่งเสริมให้ญาติผู้หญิงเข้ามาดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

2. ด้านการบริหาร

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการการฝากครรภ์ โดยเพิ่มการเตรียมพร้อมเพื่อการคลอดของผู้คลอดและญาติผู้หญิง และรูปแบบบริการการดูแลผู้คลอด โดยให้ญาติผู้หญิงเข้ามาดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ แต่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดของญาติผู้หญิงและผู้คลอด และเริ่มกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในระยะที่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 2 เซนติเมตร

บรรณานุกรม

- เกตุณี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2553). การช่วยคลอดโดยใช้คีมและเครื่องดูดสุญญากาศ (*Forceps delivery and vacuum extraction*). เข้าถึงได้จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=404:forceps-a-vacuum-extraction&catid=38&Itemid=480
- จิรพร อินนอก. (2553). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิราณี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2546). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้ความรู้ที่มีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญาสินี บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์. (2548). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 37-47.
- ชนิดาภา นิยมบั้งชา, สร้อย อนุสรณ์ธีระกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- ณัฐจิรา วินิจนัย, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และวรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 44-55.

- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาศิต. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 101-108.
- ดารุณี จันตาไชย, กฤษฎากร ชิวะโต และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว. (2556). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 100-110.
- นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมนสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดต่อสัมพันธ์ภรรยาระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 14(2), 258-273.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และพิชานี แสนมโนวงศ์. (2542). *ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญทิวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมนสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 27(4), 361-372.
- บุญทิวา สู้วิทย์, สุณี พนาสกุล และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 153-164.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุศริน เอียวสีหยก. (2545). *ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศรินทร์ เขียนแมน และรุ่งรารวรรณ ใต้เมืองปาก. (2555). ผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อการแสดงพฤติกรรมและการเผชิญความปวดขณะรอคลอดของสตรีครรภ์แรก. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(3), 204-209.
- เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. (2558). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พานวัฒน์กร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสาร สภาการพยาบาล*, 27(4), 96-108.
- พิณวดี พานทอง และชมพูนุช โสภากาจารย์. (2549). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะ ปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 18(3), 8-19.
- พริยา ศุภศรี. (2547). การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากปรัชญาสู่การปฏิบัติ (Family-centered maternity nursing: From philosophy through practice). *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(3), 1-11.
- พริยา ศุภศรี. (2549). การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 1-7.
- มณีวรรณ ชูระชัย. (2549). ผลของวิธีเบ่งแบบควบคุมกับวิธีเบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดที่เจ็บในระยะหลังคลอด และความพึงพอใจต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสินี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน คำวนดี. (2556). ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น ประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดและการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิด เร็วในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 67-76.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์. (2558). รายงานประจำปี: สถิติงานห้องคลอด. ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์.
- วันเพ็ญ ไสยมรรคา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2555). ปัจจัยทำนาย ความกลัวการคลอดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ*, 5(2), 1-10.
- ศศิธร เตชะมวลาไววิทย์. (2558). ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของ การคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 114-124.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2551). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: อัลลายด์เพรส.

- ศิริจันทร์ ภัทรวชิษฐ์. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินา สิ้นคำรงค์. (2547). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 67-82.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา. (2556). ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 23-31.
- สเปญ อุ๋นอองค์. (2557). โรคอารมณ์แปรปรวนหลังคลอด (*Postpartum mood disorder: Diagnosis and treatment guidelines*). เข้าถึงได้จาก [http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/postpartum mood disorders/](http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/postpartum%20mood%20disorders/)
- สินีนานู หงษ์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง. (2555). การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตโปรดักชั่น.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันท์พร แสนศิริพันธ์. (2550). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล, นวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. พยาบาลสาร, 40, 84-93.
- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พริยา สุขศรี และรัชนิวรรณ รอส. (2557). วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(3), 56-68.
- สุภาวดี ทารวาระ. (2554). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. ยโสธรเวชสาร, 13(1), 5-15.

- สุริย์พร กฤษเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, กัญจน์ พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2554). การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(5), 215-224.
- สุริย์พร กฤษเจริญ, ปราณี พงศ์ไพบูลย์, กัญจน์ พลอินทร์, วรางคณา ชัชเวช, และสุภาพ มากสุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมการเตรียมญาติเพื่อการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดวิถีธรรมชาติและ ความพึงพอใจของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 210-221.
- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุรวาดิ เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุษา เชื้อหอม, เกศรา ศรีพิชญาการ, ภัทราภรณ์ ทุ่งปั้นคำ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และฮอลลี่ พี เคนเนดี้. (2550). ความกลัวและความทุกข์ทรมานในระยะคลอดของหญิงไทย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 11(1), 49-61.
- Abushaikha, L., & Sheil, E. P. (2006). Labor stress and Nursing Support: How do they relate?. *Journal of International Women's Studie's*, 7(4), 198-208.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Arya, R., Whitworth, M., & Johnston, T. A. (2007). Review: Mechanism and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproduction Medicine*, 17(8), 227-231.
- Barrett, S. J. & Stark, M. N. (2010). *Factors associated with labor support behaviors of nurses*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820357/>
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., & Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4(5), 1-7.

- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A Randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(4), 456-464.
- Chang, M. T., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advance Nursing*, 38(1), 68-73.
- Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Thitimapong, S., Nangham, S., & Ongpalanupat, F. (2009). Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla province, Thailand. *Thai Journal of Nursing Council*, 13(1), 16-27.
- Dick-Read, G. (1976). *The practice of natural childbirth* (4th ed.). New York: Harper & Row.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 617-622.
- Fleming, J., & Martin, A. J. (2007). Facilitating reflective learning journeys in sport cooperative education. *Journal of Hospitality, Sport, Tourism, Leisure and Education*, 6(2), 115-121.
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful event and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 260-268.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2003). Factor related to childbirth satisfaction. *Journal of Advance Nursing*, 46(2), 212-219.
- Grassley, J. S., & Sauls, D. J. (2012). Evaluation of the supportive needs of adolescents during childbirth intrapartum nursing intervention on adolescents' childbirth satisfaction and breastfeeding rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(1), 33-44.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260-267.
- Hodnett, E. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25(1), 257-264.

- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160-172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2013). *Continuous support for women during childbirth*. Retrieved from http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, 2, 1-104.
- Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Wolman, W-L., Chalmer, B. E., & Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: Effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 756.
- Hunter, L. P. (2009). A descriptive study of "being with woman" during labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 111-118.
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Ip, W. Y., Tang, C. S. K., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135.
- Johnson, J. E. (1973). Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(2), 261-275.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B., & Alber, L. L. (2001). Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 692-703.
- Khreshch, R. (2010). Support in the first stage of labor from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery* 26(6), e21-e24.
- Kuo, S. C., Lin, K. C., Hsu, C. H., Yang, C. C., Chang, M. Y., Tsao, C. M., & Lin, L. C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfillment: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814.

- Leap, N. (2010). *Working with pain in la bour: An overview of evidence*. Retrieved from http://www.nct.org.uk/system/files/related_documents/Research%20overview%20Working%20with%20pain%20in%20labour_6.pdf
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery Women Health, 55*(3), 234-242.
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Academy of Family Physicians, 68*(6), 1109-1112.
- Lomas, J., Dore, S., Enkin, M., & Mitchell, A. (1987). The labor and delivery satisfaction index: The development and evaluation of a soft outcome. *Birth, 14*(3), 141-145.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), 17-24.
- Martin, C. H., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 24*(2), 124-135.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparus' perceptions of vagina and cesarean births. *Nursing Research, 28*(5), 260-266.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science, 150*(3699), 971-978.
- Pascali-Bonaro, D., & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: A Crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery Women Health, 49*(1), 19-27.
- Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurse's intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37*(4), 405-414.
- Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery Women Health, 49*(1), 24-31.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E., & Salsto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(1), 67-73.

- Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A guide for busy nurses. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732.
- Simkin, P. (2011). *The pain coping scale: Penny Simkin's new tweak to an old tool*. Retrieved from <http://www.birthbasics.org/the-pain-coping-scale-penny-simkin%E2%80%99s-new-tweak-to-an-old-tool/>
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and preventing suffering. *Journal Midwifery Women Health*, 49(6), 489-504.
- Simkin, P., & Hull, K. (2011). Pain, suffering, and Trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166-176.
- Stark, M. A., & Jones, M. (2006). Advance preparation and positive labor support create an optimal experience for normal birth. *Journal of Perinatal Education*, 15(2), 4-7.
- Talbot, R. (2012). Self-efficacy: Women's experiences of pain in labour. *British Journal of Midwifery*, 20(5), 317-321.
- Tuntanokij, J. (2006). *The effects of childbirth training program for pregnant women and supporters on pain level, pain coping behaviors, laboring period, and childbirth experience*. Master's thesis, Maternity and Newborn Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative birth experience: Prevalence and risk factors in a nation sample. *Birth*, 31(1), 17-28.
- Wong, C. A. (2010). Chapter 56: Obstetric pain. In J. C. Ballantyne & S. M. Fishman (Eds.), *Bonica's management of pain* (4th ed.) (pp.791-806). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yuenyoung, S., Jirapaet, V., & O'Brien, B. A. (2008). Support from a close female relative in labour: The ideal maternity nursing intervention in Thailand. *Journal Med Assoc Thai*, 91(2), 253-260.
- Yuenyoung, S., O'Brien, B. A., & Jirapaet, V. (2012). Effects of labor support from close female relative on labour and maternal satisfaction in a Thai setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 45-56.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ พิริยา สุขศรี
อาจารย์พยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. นาวาโทหญิงกฤตภัค อินทะแสง
หัวหน้ากองบังคับการ
กลุ่มงานการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
กรมแพทย์ทหารเรือ
5. นาวาตรีหญิงนภกรณ์ ปราการสมุทร
สูติแพทย์
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
กรมแพทย์ทหารเรือ

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-09-2558

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความทุกข์ทรมานการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บท้องคลอด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านตั้งครรภ์และคลอดครั้งแรก มีอายุระหว่าง 18 ถึง 35 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 50 คน และใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง รวมแล้วไม่เกิน 2 วัน โดยการสอบถามท่านด้วยแบบสอบถามระดับความทุกข์ทรมาน และระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์ เมื่อท่านกำลังนอนพักรอคลอดในห้องคลอด ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 4 ถึง 5 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 5 ถึง 8 เซนติเมตร ครั้งที่ 3 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 8 ถึง 9 เซนติเมตร และครั้งที่ 4 สอบถามท่านด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่ตึกหลังคลอด

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติที่เข้ามาดูแล ช่วยเหลือท่านในระยะเจ็บครรภ์คลอด จนกระทั่งท่านคลอดบุตร

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะมีญาติผู้หญิงคอยดูแล ช่วยเหลือขณะที่ท่านกำลังเจ็บท้องคลอด จนกระทั่งคลอดบุตรร่วมกับการดูแลการคลอดตามมาตรฐานการดูแลรักษาและการพยาบาลของโรงพยาบาล นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลที่จะให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว อันเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้คนในสังคมมีความสุข

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและลงชื่อยินยอมในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเข้าร่วมวิจัย และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลที่ท่านจะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่าง ๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายและหากการวิจัยสิ้นสุดลง เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายโดยการขีดฆ่าข้อมูลส่วนที่ท่านตอบคำถาม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข หมายเลขโทรศัพท์ 083-068-1804 หรือที่ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข
ผู้วิจัย

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



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-09-2558

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความทุกข์ทรมาน การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บท้องคลอด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านตั้งครรภ์และคลอดครั้งแรก มีอายุระหว่าง 18 ถึง 35 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 50 คน และใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 4 ครั้ง รวมแล้วไม่เกิน 2 วัน โดยการสอบถามท่านด้วยแบบสอบถามระดับความทุกข์ทรมาน และระดับการเผชิญการเจ็บครรภ์ เมื่อท่านกำลังนอนพักรอคลอดในห้องคลอด ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 4 ถึง 5 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 5 ถึง 8 เซนติเมตร ครั้งที่ 3 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 8 ถึง 9 เซนติเมตร และครั้งที่ 4 สอบถามท่านด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่ตึกหลังคลอด

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ปฏิบัติตามแผนการดูแลการคลอดตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และญาติของท่านสามารถกลับบ้านได้หลังจากได้รับข้อมูลในการดูแลผู้คลอดจากพยาบาลห้องคลอด

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะได้รับการดูแลรักษาช่วยเหลือตรงตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลที่จะทำให้ครอบครัวของท่านมีสมาชิกใหม่ที่สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนช่วยลดรายจ่ายของประเทศในการดูแล

รักษาพยาบาลประชาชน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและลงชื่อยินยอมในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเข้าร่วมวิจัย และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลที่ท่านจะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่าง ๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย และ หากการวิจัยสิ้นสุดลง เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลาย โดยการ जिดมาข้อมูลส่วนที่ท่านตอบคำถาม

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข หมายเลขโทรศัพท์ 083-068-1804 หรือที่ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง
ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจ
ต่อประสบการณ์การคลอด ของผู้คลอดครรภ์แรก

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า
มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลสุขภาพ และการพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ
ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นาวาตรีหญิงชาลินี เจริญสุข)

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Labor Support by a Female Relative on Suffering in Labor Pain, Coping with Labor Pain, and Satisfaction with Childbirth Experiences among Primiparous Parturients

ชื่อนิติ นาวาตรีหญิง ซาลินี เจริญสุข

รหัสประจำตัวนิติ 54920300 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 09 - 2558 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้คลอดครรภ์แรก จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 60 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Labor Support by a Female Relative on Suffering in Labor Pain, Coping with Labor Pain, and Satisfaction with Childbirth Experiences among Primiparous Parturients

2. ชื่อนิติกร นาวาตรีหญิง ซาลินี เจริญสุข

รหัสประจำตัวนิติกร 54920300 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 09 - 2558

ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 26 ตุลาคม 2559 ถึง วันที่ 26 ตุลาคม 2560

4. วันที่ให้การรับรอง: 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอด และข้อมูลของญาติผู้หญิง

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

- 1.1 อายุ.....ปี
- 1.2 สถานภาพสมรส.....
- 1.3 ลักษณะของครอบครัว.....
- 1.4 ระดับการศึกษา.....
- 1.5 ศาสนา.....
- 1.6 อาชีพ.....
- 1.7 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ.....

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

- 2.1 อายุครรภ์.....สัปดาห์
- 2.2 การเปิดของปากมดลูกก่อนเข้าร่วมวิจัย.....เซนติเมตร
- 2.3 วันที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง..... เวลา.....นาฬิกา
- 2.4 เวลาที่มีน้ำเดิน.....นาฬิกา
- 2.5 ถุงน้ำคร่ำแตกโดย แรกเอง การเจาะ
- 2.6 ลักษณะน้ำคร่ำ.....
- 2.7 เวลาที่ได้รับยาออกซิโทซิน.....นาฬิกา
- 2.8 เวลาที่ได้รับยาแก้ปวด.....นาฬิกา
- 2.9 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด
 - 2.9.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลา..... ชั่วโมง.....นาที่
 - 2.9.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด ใช้เวลา..... ชั่วโมง.....นาที่
 - 2.9.3 ระยะที่ 3 ของการคลอด ใช้เวลา..... ชั่วโมง.....นาที่
- 2.10 น้ำหนักของทารกแรกเกิด.....กรัม
- 2.11 APGAR's score ในนาที่ที่ 1 เท่ากับ และในนาที่ที่ 5 เท่ากับ.....

3. ข้อมูลของญาติผู้หญิง (สำหรับกลุ่มทดลอง)

- 3.1 อายุ.....ปี
- 3.2 ความสัมพันธ์ของญาติผู้หญิงกับผู้คลอด คือ.....

3.3 ระยะเวลาที่ญาติอยู่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดใช้เวลา ชั่วโมง.....นาที

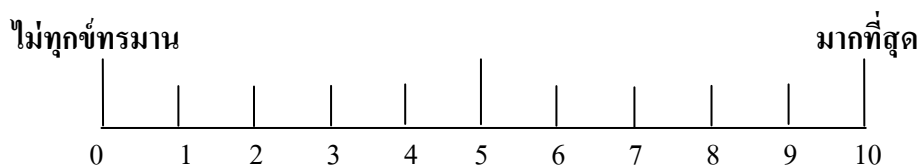
3.4 วิธีการที่ญาติใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอด

- ให้กำลังใจ ลูบท้อง การจัดทำ
- ใช้เทคนิคการหายใจ ให้การสัมผัส ความสุขสบาย
- ยอมรับความเจ็บปวด ดูแลการขับถ่าย การนวด
- เล่าประสบการณ์การคลอด
- อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดความทุกข์ทรมานในระยะเจ็บครรภ์คลอดของท่าน โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนน โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่มีตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งถูก หรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์คลอด ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับใด



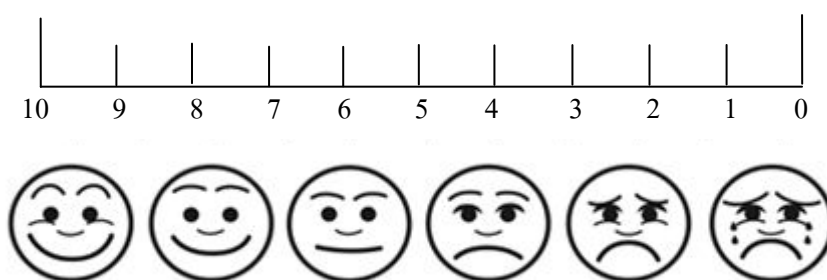
ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของท่าน โดยมีช่วงคะแนน ความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนน โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่มีตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์คลอด ท่านรู้สึกว่าการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ในระดับใด

ได้ดี

ไม่ได้เลย



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีทั้งหมด 21 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อ และใส่เครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบหมายเลขที่ท่านเห็นว่าตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยมากที่สุด

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยมาก

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจ

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมาก

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มากที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง (8 ข้อ)					
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์ ของตนเองในช่วงเวลาที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์	1	2	3	4	5
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นขณะเจ็บ ครรภ์	1	2	3	4	5
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการควบคุมอารมณ์ของ ตนเองขณะเจ็บครรภ์	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถของตนเอง ในการให้นมบุตรในช่วงเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังคลอด	1	2	3	4	5
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับ บุตรได้ ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด เช่น พุดคุยกับ ลูก อุ้มกอดลูก	1	2	3	4	5
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนในระยะ เจ็บครรภ์คลอด (10 ข้อ)					
9.	1	2	3	4	5

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มากที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด
10.	1	2	3	4	5
11. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการให้ความช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบายขณะเจ็บครรภ์ เช่น ช่วยเช็ด ใบหน้า เช็ดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการให้ความช่วยเหลือ ดูแลการใช้เทคนิคบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การหายใจเพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ การลูบหน้า ท้อง การนวด	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การเปิดขยายของปากมดลูกของตนเองขณะที่เจ็บ ครรภ์คลอด	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่มีผู้ให้การช่วยเหลือ เป็นตัวแทนในการติดต่อ ประสานงานกับ บุคลากรทางการแพทย์ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มากที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อทารก (1 ข้อ)					
19. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสุขภาพของทารก เมื่อแรกเกิด เช่น ลูกร้องทันทีที่คลอด ลูกได้รับนม แม่ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	1	2	3	4	5
ด้านความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด โดยรวม (2 ข้อ)					
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ชุดกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

เครื่องมือที่ใช้สำหรับชุดกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ประกอบด้วย

1. วิดีโอ เรื่อง ประสบการณ์การคลอดด้วยตนเองและการมีญาติอยู่เป็นเพื่อน ในขณะเจ็บครรภ์คลอด มีความยาวประมาณ 7 นาที

1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีของญาติผู้หญิงต่อการคลอดด้วยตนเอง

1.1.2 เพื่อให้ญาติผู้หญิงตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของการช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง

1.2. ขอบเขตเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้สึกที่มีต่อการคลอด ความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บครรภ์ การเผชิญการเจ็บครรภ์ และความต้องการการดูแล สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ซึ่งเนื้อหาของวิดีโอเป็นการสัมภาษณ์ผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก และมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดทางช่องคลอด โดยมีตัวอย่างคำถาม ดังนี้

1.2.1 ประสบการณ์การคลอดบุตรครั้งแรกเป็นอย่างไร?

1.2.2 เตรียมตัวรับมือกับการเจ็บครรภ์อย่างไร?

1.2.3 ขณะเจ็บครรภ์ ทำอย่างไร?

1.2.4 รู้สึกอย่างไรกับการเจ็บครรภ์?

1.2.5 ถ้ามีญาติอยู่ด้วย รู้สึกอย่างไร?

1.2.6 ถ้าตั้งครรรภ์ครั้งต่อไป จะเลือกคลอดแบบไหน?

หมายเหตุ วิดีโอเป็นส่วนหนึ่งของสื่อที่ใช้ในแผนการสอนเรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง (วิดีโอบันทึกในแผ่นซีดีรอม (CD - ROM) ที่แนบมาด้วย)

2. แผนการสอน เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

2.1 วัตถุประสงค์

2.1.1 เพื่อให้ญาติผู้หญิงมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเอง และตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของการช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง

2.1.2 ญาติผู้หญิงมีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด

2.1.3 ญาติผู้หญิงมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรสนับสนุนในระยะคลอด

2.1.4 ญาติผู้หญิงปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดได้

2.2 ขอบเขตเนื้อหา ประกอบด้วย ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด 10 นาที
การสนับสนุนในระยะคลอด 10 นาที และเทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด 10 นาที

3. คู่มือ เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

3.1 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาตินำไปใช้ทบทวนความรู้และทักษะการสนับสนุน
ในระยะคลอด ขณะที่อยู่ดูแลผู้คลอด

3.2 ขอบเขตเนื้อหา มีเนื้อหาเดียวกันกับแผนการสอน

แผนการสอน

เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

ผู้สอน ผู้วิจัย

ผู้เรียน ญาติผู้หญิงที่เข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
อให้ญาติผู้หญิงเกิด ความไว้วางใจ และคุ้นเคยกับผู้วิจัย	ผู้วิจัยแนะนำตนเองด้วยท่าทางที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส และเป็นกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอน และ กล่าวถึงรายละเอียดของเนื้อหาการสอน ประกอบด้วย ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคการลดปวด โดยไม่ใช้ยา และบทบาท และความสำคัญ ของการสนับสนุนในระยะคลอดด้วยตนเอง	บรรยาย			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
2. เพื่อให้ญาติผู้หึงมีทัศนคติทางบวกต่อการคลอดด้วยตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของญาติในการสนับสนุนผู้คลอด	การสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองจัดเตรียมต้นแบบผู้หึงที่เคยผ่านการคลอดด้วยตนเองกล่าวถึงประสบการณ์การคลอดบุตรครั้งแรก การเตรียมตัวรับมือการเจ็บครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ ความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บครรภ์ และแสดงความรู้สึกต่อการมีญาติมาอยู่ด้วยขณะเจ็บครรภ์	1. ให้อญาติผู้หึงดูวิดีโอเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดด้วยตนเองและการมีญาติอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่เจ็บครรภ์ 2. ให้อญาติผู้หึงสะท้อนคิดเกี่ยวกับเรื่องราวในวิดีโอในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การคลอดด้วยตนเองและการมีญาติอยู่	วิดีโอ เรื่อง ประสบการณ์การคลอดด้วยตนเอง และการมีญาติอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่เจ็บครรภ์	10 นาที	จากการสะท้อนคิดของญาติผู้หึงที่มีต่อเรื่องราวในวิดีโอ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		<p>เป็นเพื่อนในขณะที่ เจ็บครรภ์คลอด</p> <p>3. ผู้วิจัยเน้นทัศนคติ ของญาติผู้หญิงต่อ การคลอดด้วยตนเอง และการมีญาติอยู่ เป็นเพื่อนในขณะที่ เจ็บครรภ์คลอด และให้ข้อมูล เพิ่มเติมในกรณี ที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ ถูกต้อง หรือ ไม่เหมาะสม</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
3. เพื่อให้ญาติผู้หึง มีความรู้ความเข้าใจ ในธรรมชาติของ การเจ็บครรภ์คลอดได้	<p>ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด</p> <p>การเจ็บครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากการที่มดลูกหดตัว เพื่อขับทารกออกจากช่องคลอดมารดา จึงไม่ใช่พยาธิสภาพที่เกิดจากโรคหรือทำให้เกิดภาวะอันตรายต่อชีวิต แต่เป็นความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งทำให้เกิดการ ดึงรั้งตรงเส้นเอ็นต่าง ๆ ของมดลูก และส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาท ไปยังไขสันหลัง และเข้าสู่สมองแปลความ เป็นความรู้สึกเจ็บปวด ผู้คลอดจึงรู้สึกเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดตัว</p> <p>การหดตัวของมดลูกนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมนในร่างกายผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด คือ ฮอร์โมนออกซิโทซิน หากขาดฮอร์โมนนี้ มดลูกก็จะไม่หดตัว</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บรรยายประกอบ สไลด์ 2. การสะท้อนคิด ของญาติผู้หึง 3. การอภิปราย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สไลด์ สื่อการสอน ด้วย คอมพิวเตอร์ (Power point) 2. คู่มือ เรื่อง การ สนับสนุนใน ระยะคลอด 	10 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - จากการ สะท้อนคิดของ ญาติผู้หึง - จากผล การอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>และผู้คลอดจะไม่สามารถคลอดบุตรได้ทางช่องคลอด ดังนั้นฮอร์โมนนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการคลอดได้ อย่างไรก็ตามเมื่อมดลูกหดตัวถี่ขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกยิ่งเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ความเจ็บปวดจากการคลอดจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่จะเจ็บมาก เจ็บน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญ การเจ็บครรภ์ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้การที่มดลูกหดตัวถี่ สม่ำเสมอ มีข้อดี คือ ทำให้เกิดการหลังของสารสุข ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย และการคลอดจะดำเนินไปได้ดี หรือเวลาในการคลอดจะสั้นลง</p> <p>ปัจจัยที่จะทำให้ร่างกายหลังสารสุขได้ดี คือ การที่ผู้คลอดไม่รู้สึกรัดกั้ววล สามารถผ่อนคลาย และไม่รู้สึกกลัว</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
4. เพื่อให้ญาติผู้หญิง บอกผลของความวิตก กังวล ความกลัว และความเครียดของ ผู้คลอดที่มีต่อการเจ็บ ครรภ์ได้	<p>ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ของผู้คลอด</p> <p>การที่ผู้คลอดจะเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ในระยะคลอด ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ การขาด ความรู้ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ผู้คลอดไม่เคย ได้รับการเตรียมคลอด มีการตีความว่า การเจ็บครรภ์ ที่เกิดขึ้นจะทำอันตรายต่อตัวเองและบุตรในครรภ์ ไม่มั่นใจในตนเองที่จะเผชิญการคลอด ไม่มั่นใจ ในความปลอดภัยของการคลอด และเกิดความเครียด เมื่อต้องมาอยู่ในสถานที่ใหม่ ไม่คุ้นเคย ไม่มีญาติหรือ คนรู้จัก เป็นต้น ทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียด ซึ่งจะ ทำให้เกิดการหลั่งสารแห่งความเครียด ทำให้ไปยับยั้ง การหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยให้มดลูกหดตัว และสารสุข ที่ช่วยให้ผู้คลอดอดทนต่อความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>5. เพื่อให้ญาติผู้หญิงทราบถึงผลของการหดตัวของมดลูกที่จะทำให้ผู้คลอดคลอดบุตรได้</p> <p>6. เพื่อให้ญาติผู้หญิงทราบถึงผลของการหดตัวของมดลูกกับระยะการเปิด</p>	<p>รูปแบบการหดตัวของมดลูกไม่ดี การคลออดยาวนานมากขึ้น และยังทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดทรมานมากขึ้น</p> <p>ผลของการหดตัวของมดลูกต่อการคลอด</p> <p>การหดตัวของมดลูกจะทำให้ปากมดลูกเริ่มเปิดจาก 1 เซนติเมตร จนกระทั่งเปิดหมด 10 เซนติเมตร ทารกจึงสามารถคลอดผ่านออกมาได้ และรูปแบบการหดตัวของมดลูกจะเปลี่ยนแปลงตามระยะการเปิดขยายของปากมดลูก</p> <p>ผลของการหดตัวของมดลูกกับระยะการเปิดขยายของปากมดลูก</p> <p>ระยะการเปิดขยายของปากมดลูกแบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะนั้น การหดตัวของมดลูกจะแตกต่างกันได้แก่</p> <p>1. ระยะปากมดลูกเปิดขยายน้อย ในระยะนี้</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
ขยายของปากมดลูกทั้ง 3 ระยะ	<p>ปากมดลูกจะเปิดขยายประมาณ 1-3 เซนติเมตร มดลูกหดตัวห่าง ๆ ประมาณ 5-10 นาที หดตัวนาน 20-30 วินาที และอาจไม่รุนแรงมากนัก ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์ไม่มาก ทุก 5-10 นาที อาจรู้สึกปวดเอวปวดหลังร่วมด้วย</p> <p>2. ระยะปากมดลูกเปิดมากและเปิดเร็ว ในระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดขยายประมาณ 4-7 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอทุก 3-5 นาที และหดตัวนานประมาณ 45-60 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับปานกลาง ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์มากขึ้น ทุก 3-5 นาที และอาจรู้สึกปวดบริเวณท้องหลัง ปวดก้นกบ หรือปวดร้าวมาที่หน้าขาได้</p> <p>3. ระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด ในระยะนี้ปากมดลูกเปิดขยายประมาณ 8-9 เซนติเมตร มดลูก หดตัว</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
7. เพื่อให้ญาติผู้หญิง ทราบถึงการแสดงออก ด้านร่างกาย และ อารมณ์ของผู้คลอด ในแต่ละระยะการเปิด ขยายของปากมดลูก	<p>ทุก 2-3 นาที และหดตัวนานประมาณ 60-90 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับรุนแรง ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์ถี่มากทุก 2-3 นาที และอาจมี ลมเบ่ง อยากถ่ายอุจจาระ</p> <p>การแสดงออกด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้คลอด ในแต่ละระยะการเปิดขยายของปากมดลูก</p> <p>1. ระยะปากมดลูกเปิดขยายน้อย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ● พุดคุยได้ตามปกติ สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ● ช่วยเหลือตนเองได้ดี ● เดินปกติ เปลี่ยนท่าทางได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย ● ควบคุมตนเองได้ มีท่าทางตื่นเต้นเล็กน้อย ● สามารถหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจ ออกทางปากยาว ๆ ตามคำแนะนำได้ 				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>2. ระยะปากมดลูกเปิดมากและเปิดเร็ว</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้คลอดมักจะหลับตา ทำหน้านิ่งตัวขมวดเกร็งเครียด ● พุดคุ้ยน้อยลง ไม่ค่อยพูดเวลามีท้องแข็งตึง ● ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อาจต้องการความช่วยเหลือเวลาเคลื่อนไหว เดินได้ช้า ● ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่อยากให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน ● ควบคุมการหายใจของตนเองได้บ้าง ● อาจกำมือแน่น จับข้างเตียงแน่น หรือเอามือบีบหมอนแน่น เกร็งแขนขา จิกปลายเท้า และผู้คลอดอาจมีท่าทางกระสับกระส่ายเวลามดลูกหดตัว <p>3. ระยะปากมดลูกเปิดหมด</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้คลอจะต้องการให้มีคนอยู่ด้วยอย่างมาก ● ต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเวลาเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าทาง ● ผู้คลอจะพูดน้อยลง พูดสั้น ๆ อาจกระซิบหรือตะโกน ● ร้องโวยวาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ● ควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ กระสับกระส่าย ● มีสีหน้าเหยเก หน้าตาบิดเบี้ยว กัดฟัน ● มีเหงื่อออกมาก หายใจเร็วขึ้น แขนขาอเกร็ง ท่าทางเคร่งเครียดหรือมีท่าทางเหนื่อย อ่อนเพลีย และรู้สึกอยากเบ่งเวลามีท้องแข็ง <p>บทบาทของญาติผู้หญิงในการช่วยเหลือผู้คลอ เมื่อผู้คลอเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อปากมดลูกเปิดมากเพิ่มขึ้น มดลูกหดตัวนาน</p>				<p>-จากการสะท้อน คิดของญาติ ผู้หญิง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
8. เพื่อให้ญาติ ตระหนักถึงบทบาท ในการช่วยเหลือ ผู้คลอดด้วยการ สนับสนุนในระยะ คลอดโดยญาติผู้หญิง	<p>และดีขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดจะเจ็บครรภ์เพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมแสดงออกที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ญาติถือว่าเป็นผู้มีความสำคัญในการช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนในระยะคลอด การมีผู้สนับสนุนจะทำให้มีการหลังสารแห่งสุข ยับยั้งการหลังสารแห่งความเครียด จึงช่วยให้ธรรมชาติของการคลอดดำเนินไปได้อย่างราบรื่น โดยไม่ต้องพึ่งยาแก้ปวด</p> <p>ความหมายและความสำคัญของการสนับสนุนในระยะคลอด</p> <p>ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด</p> <p>การสนับสนุนในระยะคลอด คือ การช่วยเหลือ ดูแล เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ความไม่สบาย ความอ่อนเพลียและความรู้สึกโดดเดี่ยวที่เกิดขึ้นขณะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บรรยายประกอบ สไลด์ 2. การสะท้อนคิด ของญาติผู้หญิง 3. อภิปราย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สไลด์ สื่อการสอน ด้วย คอมพิวเตอร์ (Power point) 2. คู่มือ เรื่อง การ 	10 นาที	- จากการ อภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
9. เพื่อให้ญาติผู้หญิง ทราบถึงความหมาย และความสำคัญของ การสนับสนุนในระยะ คลอด	<p>เจ็บครรภ์คลอดผลดีของการสนับสนุนในระยะคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยประคับประคองอารมณ์ของผู้คลอดทำให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด รู้สึกผ่อนคลาย ทนต่อความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ 2. สร้างความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความรู้สึกมั่นใจในการคลอด รู้สึกปลอดภัยในการคลอดบุตรทางช่องคลอด มีผลทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ 3. ทำให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด เกิดความสุขสบายทางกายและทางจิตใจขณะเจ็บครรภ์คลอดจึงส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด 		สนับสนุนในระยะคลอด		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
10. เพื่อให้ญาติผู้หึงบอกถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนใน	<p>องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด</p> <p>การสนับสนุนในระยะคลอด มี 4 ด้าน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านอารมณ์ 2. ด้านร่างกาย 3. ด้านข้อมูลและคำแนะนำ 4. ด้านพิทักษ์สิทธิ <p>การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หึงในแต่ละด้านมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและคำแนะนำ <p>เป็นการดูแล คอยให้คำแนะนำถึงวิธีการที่จะทำให้ผู้คลอดทนอยู่กับการเจ็บครรภ์ได้ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดเพื่อลดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลจากความไม่รู้หรือเข้าใจผิด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด โดยควรทำ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บรรยายประกอบสไลด์ 2. การสะท้อนคิดของญาติผู้หึง 			<ul style="list-style-type: none"> - จากการสะท้อนคิดของญาติผู้หึง - จากการอภิปราย - ติดตามการปฏิบัติการสนับสนุนด้านข้อมูล

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>ระยะคลอด</p> <p>11. เพื่อให้ญาติผู้หญิง บอกรับทราบของญาติ ผู้หญิงในการ สนับสนุนในระยะ คลอดด้านข้อมูลและ คำแนะนำ</p>	<p>ขณะที่มดลูกคลายตัว ยกเว้นการกระตุ้นเตือนให้ผู้คลอด ใช้เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์ที่อาจจะต้องทำ ในขณะที่มดลูกกำลังหดตัว และข้อมูลที่ให้ ควรจะกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ</p> <p>ญาติควรให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>1) วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เช่น การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ และหายใจออกยาว ๆ ขณะที่มดลูกหดตัวหรือมีท้องแข็ง วิธีการลูบหน้าท้อง หรือเพ่งจุดสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งร่วมด้วยเพื่อเบี่ยงเบน ความสนใจไปจากการหดตัวของมดลูก วิธีการนวด หลัง นวดก้นกบ และการผ่อนคลายบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ผู้คลอดรู้สึกเกร็งอยู่ เช่น หากทำหน้าว่านิ้วหัว ขมวดอยู่ให้เปลี่ยนเป็นสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ และผ่อนคลาย ลมหายใจออกช้า ๆ หากกำมือแน่นอยู่ ให้ผู้คลอดกำมือ-</p>	<p>3. อภิปราย</p>	<p>1. สไลด์ สื่อการสอน ด้วย คอมพิวเตอร์ (Power point) 2. วิดีโอ สาธิตเทคนิค บรรเทาการ เจ็บครรภ์ โดยไม่ใช้ยา 3. คู่มือ เรื่อง การ สนับสนุนใน</p>		<p>และคำแนะนำ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านพิทักษ์ สิทธิเมื่อผู้คลอด เข้าสู่ระยะ Active phase (4-5 cm.) ระยะ Phase of maximum slope (5-8 cm.) และ ระยะ Transition phase (8-9 cm.)</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>แบบมือเป็นระยะ ๆ หรือถ้าจิกปลายเท้า ให้ผู้คลอดกระดก ปลายเท้าขึ้นลงแทน</p> <p>2) ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์ คลอด และผลดีของการหดตัวของมดลูก</p> <p>2. การสนับสนุนด้านอารมณ์</p> <p>เป็นการดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้คลอด ที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น กลัว กังวล เครียด ปวด เป็นต้น ซึ่งญาติควรให้การดูแลดังนี้</p> <p>1) อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา จนกระทั่ง คลอดบุตรแล้ว โดยไม่แสดงท่าทาง เบื่อหน่าย</p> <p>2) สัมผัสสีหน้า ท่าทางของผู้คลอด และเปิด โอกาสให้ผู้คลอดพูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเวลามดลูก หดตัวหรือมีท้องแข็งตึง</p> <p>3) ชวนคุยถึงประสบการณ์การคลอดด้านดีของ</p>		ระยะคลอด		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
12. เพื่อให้ญาติผู้หญิง บอกบทบาทของญาติ ผู้หญิงในการ สนับสนุนในระยะ คลอดค้ำอารมณ์	<p>ญาติเองหรือที่ญาติเคยได้ยินได้ฟังมา</p> <p>4) พุดให้กำลังใจ ลดความกลัว ความเครียด เช่น “คลอดเองได้แน่ ไม่ต้องกลัว เราจะอยู่เป็นเพื่อนตรงนี้” “จะรู้สึกเจ็บครรภ์แบบนี้แหละ ไม่ต้องกลัว อีกไม่นาน ก็คลอด แล้วก็จะได้เห็นหน้าลูก”</p> <p>5) พุดชมเชยเมื่อผู้คลอดทำตามคำแนะนำได้</p> <p>6) ใช้คำพุดที่มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน</p> <p>7) ให้การสัมผัสอย่างเบามือ เช่น ตะหลังมือ บีบมือเบา ๆ</p> <p>8) เบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหด รัดตัวของมดลูก ด้วยการคอยบอกให้ผู้คลอดมองตรงไป จุดใดจุดหนึ่ง หรือหลับตาลงพร้อมนึกถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น เรื่องดี ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต หรือแนะนำผู้คลอด ให้สวดมนต์ ภาวนา ทำสมาธิ</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>3. การสนับสนุนด้านร่างกาย</p> <p>เป็นการดูแลด้านร่างกายและความสุขสบายของผู้คลอดที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น ปวดหน้าท้องน้อย ปวดเอว ปวดหลัง มีเหงื่อออกมาก ร้อน/หนาว รู้สึกเหนียวตัว ปากแห้ง หรืออึดอัด รู้สึกไม่สุขสบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรให้การดูแล ดังนี้</p> <p>1) ช่วยจัดท่านอนตะแคง ท่านั่ง ทำยืน หรือพาเดินตามความต้องการของผู้คลอดเพื่อลดอาการปวดเอว ปวดหลัง หรือ ท่านอนตะแคง ท่านอนศีรษะสูง ท่านั่ง ฟุบหมอน หรือทำคุกเข่า โกง โกง เพื่อลดความรู้สึกอยากเบ่งในระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด</p> <p>2) ช่วยเหลือในการเปลี่ยนเสื้อผ้าเปียก และผ้าอนามัยที่เต็มไปด้วยน้ำเดิน หรือมูกเลือดที่ออก</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
13. เพื่อให้ญาติผู้หญิง บอกบทบาทของญาติ ผู้หญิงในการ สนับสนุนในระยะ คลอดด้านร่างกาย	<p>ทางช่องคลอด</p> <p>3) ช่วยเช็ดแห้งตามใบหน้า ลำตัว แขนและขา เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่น ไม่เหนียวเหนอะหนะ</p> <p>4) อาจให้ผู้คลอดบ้วนปาก หรืออมก้อนน้ำแข็ง เพื่อให้รู้สึกสดชื่น ในช่องปาก ปากไม่แห้ง</p> <p>5) ดูแลหรือคอยบอกให้ผู้คลอดปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง หากผู้คลอดลุกเข้าห้องน้ำไม่ไหว ญาติช่วยเหลือ โดยให้ผู้คลอดปัสสาวะที่เตียงโดยใช้ กระโถนรอง และนำไปล้างทำความสะอาดในห้องน้ำ เพื่อเตรียมไว้ใช้ครั้งต่อไป แต่หากปัสสาวะไม่ออก ให้แจ้งพยาบาลทราบ</p> <p>6) จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย เช่น เปิดไฟสลัวๆ หรือไม่แยงตา เปิดพัดลมหรือเปิดแอร์ จัดหาผ้าห่มให้ผู้คลอดห่ม</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>7) คอยดูแล ช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวด ในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในเรื่อง ของเทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด</p> <p>4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ</p> <p>เป็นการช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้รับการดูแลตรงกับ ความต้องการ หรือการเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้มี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลการคลอด</p> <p>1) ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้คลอด ถ้าไม่จำเป็น</p> <p>2) ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้คลอด หากผู้คลอดต้องการ</p> <p>3) เป็นตัวแทนของผู้คลอดในการติดต่อ สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของห้องคลอด</p> <p>เทคนิคการบรรเทาความเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
14. เพื่อให้ญาติผู้หญิง บอกบทบาทของญาติ ผู้หญิงในการ สนับสนุนในระยะ	<p>เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา มีหลายวิธี แต่ละวิธีสามารถช่วยลดปวดในระยะคลอด ได้แตกต่างกัน วิธีที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดทำผู้คลอด 2. การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และออกทางปาก ช้า ๆ ในขณะที่มดลูกหดตัว 3. การลูบหน้าท้อง 4. การนวด 5. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ <p>เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์แต่ละวิธี สามารถ เลือกใช้ได้ตามความต้องการของผู้คลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดทำผู้คลอด เป็นวิธีการลดปวด ที่ช่วยส่งเสริมการหดตัว 				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>คลอดด้านพิทักษ์สิทธิ</p> <p>15. เพื่อให้ญาติผู้หญิง ปฏิบัติการบรรเทา การเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ ยาได้</p>	<p>ของมดลูก ทำให้อ่อนนุ่มเคลื่อนต่ำลงได้ดี ได้แก่ การยืน การเดินไปมา การนอนตะแคงหรือนอนคว่ำ ให้ เข้าซีกอก การนอนท่าศีรษะสูง การนอนกึ่งคว่ำกึ่งตะแคง เป็นต้น</p> <p>การจัดทำผู้คลอดต้องนึกถึงความสุขสบาย และความปลอดภัยของผู้คลอดด้วย</p> <p>2. การหายใจอย่างมีแบบแผน วิธีนี้ช่วยลดความเจ็บปวด และทำให้ผู้คลอดเกิด การผ่อนคลาย โดยผู้คลอดอยู่ในท่าที่สบายที่สุด ลืมตา มองไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เมื่อเริ่มมีท้องแข็ง ผู้คลอดหายใจ เข้าและออกยาว ๆ 1 ครั้ง เพื่อล้างปอดก่อน จากนั้นเมื่อ ท้องแข็งตึงเต็มที่ ให้ผู้คลอดหายใจเข้า ทางจมูกช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>1. บรรยายประกอบ สไลด์</p> <p>2. การสะท้อนคิด ของญาติผู้หญิง</p> <p>3. อภิปราย</p>			<p>- จากการ สะท้อนคิด ของญาติผู้หญิง</p> <p>- จากการ อภิปราย</p> <p>- ติดตาม การปฏิบัติ การสนับสนุน ทุก 1-2 ชั่วโมง</p>

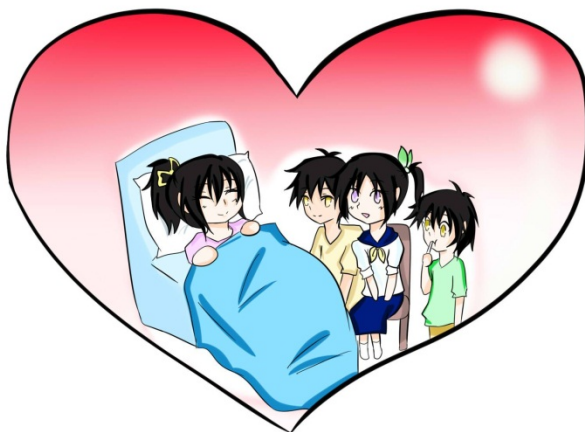
วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>จนกระทั่งท้องนิ่มหรือมดลูกคลายตัว ให้ผู้คลอดหายใจเข้าและออกยาว ๆ อีก 1 ครั้ง</p> <p>หากผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด และมีความรู้สึกรอยากเบ่ง ญาติควรแนะนำให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูก และเป่าออกยาว ๆ</p> <p>3. การดูหน้าท้อง</p> <p>วิธีนี้ช่วยลดความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดเกิดการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากการหดตัวของมดลูก</p> <p>ขณะมดลูกหดตัว ให้ผู้คลอดวางปลายนิ้วมือทั้งสองชนกันกึ่งกลางเหนือกระดูกหัวหน้าหรือตรงบริเวณท้องน้อย จากนั้นค่อย ๆ ลากมือลูบมือผ่านขาหนีบ และผ่านขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้อง มายังบริเวณใต้ราวนมหรือทางด้านบนของท้อง โดยมีจะชน</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>กั้นที่ระดับขอมคดลูก</p> <p>เมื่อผู้คลอดลูบมือขึ้น ให้หายใจเข้าและลูบมือลงไปตรงๆ ตามแนวกึ่งกลางหน้าท้องไปยังตำแหน่งเดิมพร้อมกับหายใจออก</p> <p>การลูบหน้าท้อง ต้องลูบเป็นจังหวะ สม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลาที่มีท้องแข็งตึง โดยไม่ใช้แรงกด และสัมพันธ์กับการหายใจ โดยผู้คลอดลูบหน้าท้อง ประมาณ 10 ครั้งต่อเมื่อหน้าท้องแข็งตึงขึ้นมา 1 ครั้ง</p> <p>ญาติอาจช่วยลูบหน้าท้องขณะที่ผู้คลอดกำลังใช้เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์ด้วยการกำหนดลมหายใจ โดยขณะผู้คลอดหายใจเข้า ญาติช่วยลูบหน้าท้องผ่านขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้อง มายังด้านบนของท้อง และลูบวนไปอีกด้านหนึ่งของท้อง ลงมาถึงบริเวณท้องน้อยของผู้คลอด ขณะผู้คลอดหายใจออก</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>4. การนวด</p> <p>วิธีนี้จะช่วยให้ผู้คลอคลายจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมดลูกหดตัวหรือขณะที่หน้าท้องแข็งตึง โดยจัดทำให้ผู้คลออยู่ในท่านอนตะแคง ผู้คลอหรือญาติทำการนวดบริเวณก้นกบ โดยกำมือและคว่ำมือพร้อมกดและนวดลงน้ำหนักด้วยแรงระดับปานกลาง วนเป็นเลขแปด (8)</p> <p>ผู้คลออาจเลือกใช้วิธีการนวดเป็นวงกลมตรงก้นกบ ขณะมดลูกหดตัว และน้ำหนักมือที่ใช้ นวดควรมีน้ำหนักคงที่ สม่ำเสมอ ตามระดับความต้องการของผู้คลอ</p> <p>5. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> <p>วิธีนี้ใช้เมื่อผู้คลอมีอาการเกร็งบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยควรแนะนำให้ผู้คลอผ่อนคลาย</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม/ วัตถุประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>กล้ามเนื้อบริเวณนั้น ได้แก่ กำมือ-คลายมือ, งอแขน-ยืดแขน, กระจกปลายเท้าขึ้น-ลง</p> <p>หากพบว่าผู้คลอดกำลังเกร็งตรงส่วนอื่นของร่างกาย ควรแนะนำให้ผู้คลอดผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุก ๆ ส่วนของร่างกายในขณะที่เจ็บครรภ์จะช่วยให้มีความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดมีความทน ต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น</p>				

คู่มือการสนับสนุนในระยะคลอด



ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด

การเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้อย่างไร?

➤ การเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลให้เกิดการดึงรั้งตรงเส้นเอ็นต่างๆของมดลูก ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง และเข้าสู่สมอง ผู้คลอดจึงรู้สึกเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดตัว

➤ การหดตัวของมดลูกเกิดจากการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ถ้าไม่มีการหลั่งฮอร์โมนนี้ออกมา มดลูกก็จะไม่หดตัว และผู้คลอดจะไม่สามารถคลอดบุตรได้เองทางช่องคลอด ดังนั้น ฮอร์โมนนี้จึงสำคัญที่จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์และคลอดบุตรได้เอง

➤ การเจ็บครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ตามระยะของการคลอด ไม่ใช่เป็นโรคที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น ถูกของมีคมบาด กระจกหักจากอุบัติเหตุ



อารมณ์ และความรู้สึกของผู้คลอดมีผลต่อการเจ็บครรภ์อย่างไร?

⊕ ถ้าผู้คลอดรู้สึกกลัว เครียด หรือวิตกกังวลจะรู้สึกปวดมากขึ้น เพราะมีการหลั่งสารแห่งความเครียด โคลามีน ทำให้ไปยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนแห่งความสุข และฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้การคลอดยาวนานมากขึ้น ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดทรมานมากขึ้น

ผู้คลอดจะคลอดได้เมื่อใด?

การหดตัวของมดลูกจะทำให้ปากมดลูกเปิดเริ่มจาก 1 เซนติเมตร จนกระทั่งเปิดหมด 10 เซนติเมตร ทารกจึงสามารถคลอดผ่านออกมาได้ และรูปแบบการหดตัวของมดลูกจะเปลี่ยนแปลงตามระยะการเปิดขยายของปากมดลูก

ระยะการเปิดขยายของปากมดลูกกับการหดตัวของมดลูก แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะปากมดลูกเปิดขยายน้อย ในระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดขยายประมาณ 1-3 เซนติเมตร

- ⊕ ผู้คลอดจะรู้สึกว่าหน้าท้องแข็งตึงไม่มาก อาจแข็งตึงประมาณ 20-30 วินาที
- ⊕ รู้สึกเจ็บครรภ์ไม่มาก ทุก 5-10 นาที
- ⊕ อาจรู้สึกปวดเอว ปวดหลังได้



2. ระยะปากมดลูกเปิดมากและเปิดเร็ว ในระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดขยายประมาณ 4-7

เซนติเมตร

- ⊕ ผู้คลอดจะรู้สึกหน้าท้องแข็งตึงมากขึ้น และแข็งนานประมาณ 45-60 วินาที



- ⊕ รู้สึกเจ็บครรภ์มากขึ้น ทุก 3-5 นาที

- ⊕ อาจรู้สึกปวดบริเวณท้อง หลัง ปวดก้นกบ หรือปวดร้าวมาที่หน้าขาได้

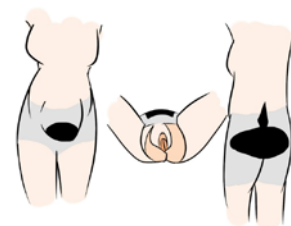
3. ระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด ในระยะนี้ปากมดลูกเปิดขยายประมาณ 8-9 เซนติเมตร

- ⊕ ผู้คลอดจะรู้สึกท้องแข็งตึงขึ้น นานประมาณ 60 ถึง 90 วินาที

- ⊕ รู้สึกเจ็บครรภ์ถี่มาก ทุก 2-3 นาที

- ⊕ รู้สึกปวดมากบริเวณส่วนหน้าท้อง ก้นกบ และ

ปวดร้าวลงมาที่หน้าขาได้ และมีลมเบ่ง อยากรถ่ายอุจจาระ



ผู้คลอดมีการแสดงออกด้านร่างกาย และอารมณ์อย่างไรในแต่ละระยะการเปิดขยายของ

ปากมดลูก?

1. ระยะปากมดลูกเปิดขยายน้อย

- ⊕ ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม
- ⊕ พุดคุยได้ตามปกติ สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว
- ⊕ ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- ⊕ เดินปกติ เปลี่ยนท่าทางได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย
- ⊕ ควบคุมตนเองได้ มีท่าทางตื่นเดินเล็กน้อย
- ⊕ สามารถหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางปากยาวๆ ได้ ตามคำแนะนำ

2. ระยะปากมดลูกเปิดมากและเปิดเร็ว

- ⊕ ผู้คลอดมักจะหลับตา ทำหน้านิ่งควมวด เกร็งเครียด
- ⊕ พุดคุยน้อยลง ไม่ค่อยพูดเวลามีท้องแข็งตึง
- ⊕ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อาจต้องการความช่วยเหลือเวลาเคลื่อนไหว เดินได้ช้า
- ⊕ ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่อยากให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน
- ⊕ ควบคุมการหายใจของตนเองได้บ้าง
- ⊕ อาจกำมือแน่น จับข้างเตียงแน่น หรือเอามือบีบหมอนแน่น เกร็งแขนขา จิกปลายเท้า และอาจมีท่าทางกระสับกระส่าย เวลามดลูกหดตัว

3. ระยะปากมดลูกเปิดหมด

- ✦ ผู้คลอดจะต้องการให้มีคนอยู่ด้วยอย่างมาก
- ✦ ต้องการความช่วยเหลือโดยเฉพาะเวลาเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าทาง
- ✦ ผู้คลอดจะปวดน้อยลง พุดสั้นๆ อาจกระซิบหรือตะโกน
- ✦ ร้องโวยวาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
- ✦ ควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ กระสับกระส่าย
- ✦ มีสีหน้าเหวอ หน้าตาบิดเบี้ยว กัดฟัน
- ✦ มีเหงื่อออกมาก หายใจเร็วขึ้น แขนขาเกร็ง
- ✦ ท่าทางเคร่งเครียดหรือมีท่าทางเหนื่อย อ่อนเพลีย และรู้สึกอยากเบ่งเวลามีท้องแข็ง

ญาติผู้หึงมีบทบาทสำคัญอย่างไร ต่อการช่วยเหลือผู้คลอด?

เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อปากมดลูกเปิดมากเพิ่มขึ้น มดลูกหดรัดตัวนานและถี่ขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บครรภ์ได้มากขึ้น และมีการแสดงออกทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของการคลอด

ญาติเป็นผู้มีความสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอดบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ไม่ทุกข์ทรมาน และสามารถทนอยู่กับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ โดยให้การสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอดคืออะไร และมีความสำคัญอย่างไร?

การสนับสนุนในระยะคลอด คือ การช่วยเหลือ ดูแล เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ความไม่สบาย ความอ่อนเพลียและความรู้สึกโดดเดี่ยวที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ มีความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์ และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี



การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หึง แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์
2. ด้านร่างกาย
3. ด้านข้อมูลและคำแนะนำ
4. ด้านพิทักษ์สิทธิ

การสนับสนุนโดยญาติ ทำได้อย่างไรบ้าง?

➤ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

เป็นการดูแล คอยให้คำแนะนำถึงวิธีการที่จะทำให้ผู้คลอดทนอยู่กับการเจ็บครรภ์ได้ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดเพื่อลดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลจากความไม่รู้หรือเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด โดยควรทำขณะที่มดลูกคลายตัว ยกเว้นการกระตุ้นเตือนให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์ ที่อาจจะต้องทำในขณะที่มดลูกกำลังหดตัว และข้อมูลที่ให้ควรจะกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ ญาติควรให้คำแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

1) วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เช่น การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ และหายใจออกยาว ๆ ขณะที่มดลูกหดตัวหรือมีท้องแข็ง วิธีการลูบหน้าท้องหรือเพ่งจุดสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งร่วมด้วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากการหดตัวของมดลูก วิธีการนวดหลัง นวดก้นกบ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ผู้คลอดรู้สึกเกร็งอยู่ เช่น หากทำหน้านิ้วคิ้วขมวดอยู่ให้เปลี่ยนเป็นสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ และผ่อนคลายลมหายใจออกช้า ๆ หากกำมือแน่นอยู่ ให้ผู้คลอดกำมือแบบมือเป็นระยะ ๆ หรือถ้าจิกปลายเท้า ให้ผู้คลอดกระดกปลายเท้าขึ้นลงแทน



2) ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด และผลดีของการหดตัวของมดลูก

➤ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้คลอดที่

เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น กลัว กังวล เครียด ปวด เป็นต้น ซึ่งญาติควรให้การดูแลดังนี้

- 1) อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา จนกระทั่งคลอดบุตรแล้ว โดยไม่แสดงท่าทางเบื่อหน่าย
- 2) สังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้คลอด และเปิด โอกาสให้ผู้คลอดพูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมดลูกหดตัวหรือมีท้องแข็งตึง
- 3) ชวนคุยถึงประสบการณ์การคลอดด้านดีของญาติเองหรือที่ญาติเคยได้ยิน ได้ฟังมา
- 4) พุดให้กำลังใจ เช่น “คลอดเองได้แน่ ไม่ต้องกลัว เราจะอยู่เป็นเพื่อนตรงนี้” “จะรู้สึกเจ็บครรภ์แบบนี้แหละ ไม่ต้องกลัว อีกไม่นานก็คลอดแล้วก็จะได้เห็นหน้าลูก”
- 5) พุดชมเชยเมื่อผู้คลอดทำตามคำแนะนำได้
- 6) ใช้คำพุดที่มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน
- 7) ให้การสัมผัสอย่างเบามือ เช่น แตะหลังมือ บีบมือเบาๆ

8) เบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดตัวของมดลูก ด้วยการคอยบอกให้ผู้คลอดมองตรงไปจุดใดจุดหนึ่ง หรือหลับตาลงพร้อมนึกถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น เรื่องดี ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต หรือแนะนำผู้คลอดให้สวมมนต์ ภาวนา ทำสมาธิ

➤ **การสนับสนุนด้านร่างกาย** เป็นการดูแลด้านร่างกายและความสุขสบายของผู้คลอดที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น ปวดหน่วงท้องน้อย ปวดเอว ปวดหลัง มีเหงื่อออกมาก ร้อน/หนาว รู้สึกเหนียวตัว ปากแห้ง หรืออึดอัด รู้สึกไม่สุขสบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรให้การดูแล ดังนี้

1) ช่วยจัดท่านอนตะแคง ท่านั่ง ทำขึ้น หรือพาเดินตามความต้องการของผู้คลอด เพื่อลดอาการปวดเอว ปวดหลัง หรือ ท่านอนตะแคง ท่านอนศีรษะสูง ท่านั่งพับหมอน หรือทำคุกเข่า โกงี้ โกงี้เพื่อลดความรู้สึกอยากเบ่งในระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด

2) ช่วยเหลือในการเปลี่ยนเสื้อผ้าเปื้อน และผ้าอนามัยที่เต็มไปด้วยน้ำเดิน หรือมูกเลือดที่ออกทางช่องคลอด

3) ช่วยเช็ดเหงื่อตามใบหน้า ลำตัว แขนและขา เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่น ไม่เหนียวเหนอะหนะ

4) ให้ผู้คลอดบ้วนปาก หรืออมก้อนน้ำแข็งเพื่อให้รู้สึกสดชื่นในช่องปาก ปากไม่แห้ง

5) กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง หากผู้คลอดลุกเข้าห้องน้ำไม่ไหว ช่วยเหลือดูแลให้ถ่ายปัสสาวะที่เตียง โดยใช้กระโถนรอง แต่หากปัสสาวะไม่ออกให้แจ้งพยาบาลทราบ

6) จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย เช่น เปิดไฟสลัว ๆ หรือไม่แยงตา เปิดพัดลมหรือเปิดแอร์ จัดหาผ้าห่มให้ผู้คลอดห่ม

7) คอยดูแล ช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เช่น บอกหรือกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอเมื่อเวลามดลูกหดตัวหรือมีท้องแข็งตึง ซึ่งวิธีนี้ใช้ได้ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดนอนรอคลอด และอาจให้ผู้คลอดใช้วิธีการลูบหน้าท้องที่ถูกต้อง และการนวดหลังหรือก้นกบมาช่วยบรรเทาการเจ็บครรภ์ ร่วมด้วย ตามความต้องการของผู้คลอด

ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด ญาติควรแนะนำให้ผู้คลอดนวด บีบกดบริเวณหน้าท้องส่วนหลังเหนือกระดูกหัวเหน่า และบริเวณสะโพกเหนือข้อต่อกระดูกโคนขา ซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้คลอดจะปวดมาก



➤ การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

เป็นการช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้รับการดูแลตรงกับความต้องการ หรือการเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลการคลอด

- 1) ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้คลอดถ้าไม่จำเป็น
- 2) ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้คลอด หากผู้คลอดต้องการ
- 3) เป็นตัวแทนของผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของห้องคลอด

เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา

เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยามีอะไรบ้าง?

เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี วิธีที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่

1. การจัดทำผู้คลอด
2. การหายใจเข้าทางจมูก ช้า ๆ และออกทางปากช้า ๆ ในขณะที่มดลูกหดตัว
3. การลูบหน้าท้อง
4. การนวด
5. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เทคนิคบรรเทาการเจ็บครรภ์แต่ละวิธี สามารถเลือกใช้ได้

ตามความต้องการของผู้คลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดทำผู้คลอด

การจัดทำเป็นวิธีการช่วยลดปวดที่ช่วยส่งเสริมการหดตัวของมดลูก ทำให้ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงได้ดี ได้แก่ การยืน การเดินไปมา การนอนตะแคงหรือนอนคว่ำให้เข้าชิดอก การนอนท่าศีรษะสูง การนอนกึ่งคว่ำกึ่งตะแคง เป็นต้น

2. การหายใจอย่างมีแบบแผน

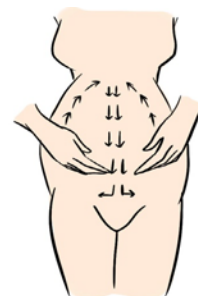
การหายใจอย่างมีแบบแผน เป็นวิธีการช่วยให้ผู้คลอดเกิดการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากการหดตัวของมดลูกหรือความเจ็บปวด โดยจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าที่สบายที่สุด ลืมตามองไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เมื่อเริ่มมีท้องแข็ง ให้ผู้คลอดหายใจเข้าและออกยาว ๆ 1 ครั้ง เพื่อล้างปอดก่อน จากนั้นเมื่อท้องแข็งตึงเต็มที่ ให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งท้องนิ่มหรือมดลูกคลายตัว ให้ผู้คลอดหายใจเข้าและออกยาว ๆ อีก 1 ครั้ง

หากผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดใกล้หมด และมีความรู้สึกอยากเบ่ง ญาติควรแนะนำให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูก และเป่าออกยาว ๆ



3. การลูบหน้าท้อง

การลูบหน้าท้องเป็นวิธีการช่วยให้ผู้คลอดเกิดการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจ ออกจากการหดตัวของมดลูกหรือความเจ็บปวด โดยเมื่อน้ำท้องแข็ง ดึงให้ผู้คลอดหายใจเข้าพร้อมกับเอามือลูบด้านข้างของหน้าท้องขึ้นมา และลูบมือลงไปตรง ๆ ตามแนวกึ่งกลางหน้าท้องพร้อมกับหายใจออกเป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยลูบหน้าท้องประมาณ 10 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง



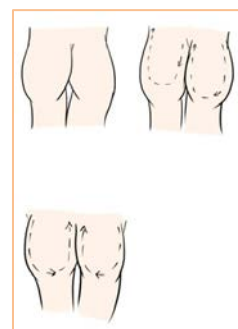
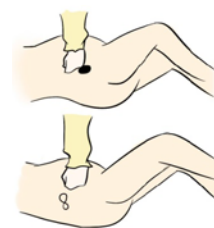
4. การนวด

การนวดเป็นวิธีการช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมดลูกหดตัวหรือขณะที่หน้าท้องแข็งตึง โดย

- จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคง
- ทำการนวดบริเวณก้นกบ โดยกำมือและคว่ำมือ

พร้อมกดและนวดลงน้ำหนักด้วยแรงระดับปานกลาง วนเป็นเลขแปด (8)

- อาจแนะนำให้ผู้คลอดใช้วิธีการนวดเป็นวงกลมตรงก้นกบ ขณะหน้าท้องแข็งตึง
- น้ำหนักมือที่ใช้ขนาด ควรมีน้ำหนักกึ่งที่ สม่ำเสมอ ตามระดับความต้องการของผู้คลอด



5. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีนี้ใช้เมื่อผู้คลอดมีอาการเกร็งบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยควรแนะนำให้ผู้คลอดผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ได้แก่

- การกำ-แบมือ การอ-ยืดแขน
- กระจกปลายเท้าขึ้น-ลง
- หากพบว่าผู้คลอดกำลังเกร็งตรงส่วนอื่นของร่างกาย ควรแนะนำให้ผู้คลอดผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น



การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกๆ ส่วนของร่างกายในขณะที่เจ็บครรภ์จะช่วยให้มีความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น