

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด  
ความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด  
ของมารดาครรภ์แรก\*

The Effects of Labor Support by Close Relative on Pain, Anxiety,  
and Satisfaction with Childbirth Experience among  
Primiparous Mothers

ศิริวรรณ ยืนยง\*\* Ph.D

นันท์นภัส รักไทย\*\*\* ป.พ.ส.

Siriwan Yuenyong, Ph.D

Nanapat Rukthai, Dip in Nursing Science

บทคัดย่อ

การคลอดในโรงพยาบาลอาจทำให้มารดา  
รู้สึกโดดเดี่ยว ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความ  
วิตกกังวล และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยตาม  
ลำพัง ดังนั้นคุณภาพการดูแลช่วยเหลือที่มารดา  
ได้รับในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดจึงเป็น  
สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ การวิจัยนี้  
มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการ  
สนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความ  
เจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อ  
ประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา  
ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัด  
ชลบุรี จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและ  
กลุ่มควบคุมอย่างละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับ  
การสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดตามที่  
มารดาเลือกเองตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ถึงจนถึง 1-2  
ชั่วโมงแรกหลังคลอดร่วมกับได้รับการพยาบาลตาม  
ปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ  
อย่างเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก  
ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ มาตราวัด

ความเจ็บปวดชนิดตัวเลข แบบสังเกตพฤติกรรม  
การเผชิญความเจ็บปวด แบบวัดความวิตกกังวล  
แฝงและขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้สึกลึกต่อ  
ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ  
เชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัด  
ซ้ำ และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตก  
กังวลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์  
การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p < .05$  และ  $p = .001$  ตามลำดับ) ส่วน  
ความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน การ  
ศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนในระยะ  
คลอดจากญาติใกล้ชิดส่งผลให้มารดามีความวิตก  
กังวลน้อยลงและพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด  
มากขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จึงควรอนุญาตให้  
ญาติใกล้ชิดเข้ามามีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนมารดา  
ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด

คำสำคัญ : การสนับสนุนในระยะคลอด ความเจ็บปวด  
ความวิตกกังวล ความพึงพอใจต่อประสบการณ์  
การคลอด มารดาครรภ์แรก

\* งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\* หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี

## Abstract

When women give births in hospital, they may experience emotional loneliness and deal with pain, anxiety, and unfamiliar environment. Thus, the quality of support that women receive during labor and delivery is important and nurses need to be concerned. The purpose of this study was to compare the effect of an intervention of labor support by close relative on pain, anxiety, and satisfaction with the childbirth experience. Subjects were 60 primiparous mothers admitted to labor unit, Ao Udom Hospital, Chonburi Province. They were randomly assigned to either an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The experimental group received support by a close relative of her choice from active labor until 1-2 hours after birth as well as a routine care, while the control group received a routine care only. Data were collected by using demographic and obstetric data collection tool, numeric pain scale, pain coping behavior observation form, State-Trait Anxiety Inventory, and Labour Agency Scale. Descriptive statistics, repeated measure ANOVA, and independent t-test were performed for data analysis.

The findings found that the experimental group had significantly lower anxiety and was more satisfied with their childbirth experience than the control group ( $p < .05$  and  $p = .001$ , respectively). There was no different between groups in the pain. This study confirmed the effectiveness of labour support by close relative had less anxiety and more satisfaction with the childbirth experience. Therefore, hospital should allow a close relative to provide support

for women during labor and delivery.

**Key words:** Labor support, pain, anxiety, satisfaction with the childbirth experience, primiparous mothers

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของครอบครัว และเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการพัฒนาจากผู้หญิงสู่การเป็นมารดา (Bergum, 1989) มารดาจะจดจำประสบการณ์การคลอดของตนเองไปตลอดชีวิต (Hodnett, 1996) คุณภาพของการดูแลสนับสนุนที่มารดาได้รับในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ความสนใจ ในอดีตการคลอดเกิดขึ้นที่บ้านมีญาติให้การดูแลสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันการคลอดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพราะมารดาเชื่อว่าจะทำให้ปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ (Chunuan, Kala & Kochapakdee, 2004) การดูแลสนับสนุนที่ได้รับจึงมีพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ทำหน้าที่แทน ถึงแม้ว่าพยาบาลผดุงครรภ์จะให้การดูแลสนับสนุนที่ดี แต่ก็มีหน้าที่หลายอย่างที่ต้องทำทั้งงานด้านคลินิกและเอกสารต่างๆ (Simkin & Frederick, 2000) พยาบาลผดุงครรภ์จึงอาจให้ความสำคัญในการดูแลสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจแก่มารดาเป็นรายบุคคลน้อยลง ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Chunuan et al., 2004; Scott, Berkowitz & Klaus, 1999) ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการคลอด สภาพแวดล้อมของห้องคลอดที่ไม่เคยชิน และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ไม่รู้จักคุ้นเคยตามลำพัง ซึ่งอาจทำให้มารดาได้รับประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ถ้ามารดาต้องเผชิญกับการคลอดด้วยความกลัวและความวิตกกังวลจะทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและทำให้เกิดความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้นตามวงจรของ Fear-Tension-Pain (Dick-Read, 2005) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ Catecholamine หลั่งออกมา ซึ่งจะ

ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเกิดการคลอดยาวนาน และทารกอาจมีภาวะเครียด (fetal distress) ตามมา

มีการศึกษาพบว่า ถ้ามารดาได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีขึ้น เช่น ความเจ็บปวดลดลง (ชญาสินี บุญพรมย์ณี โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์, 2548; Scott et al., 1999; Zhang et al., 1996) ความวิตกกังวลลดลง (อาชิตยา เพิ่มสุข, 2550; Scott, Klaus & Klaus, 1999; Zhang et al., 1996) มีโอกาสคลอดปกติโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอดสูงขึ้น (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2009; Madi et al., 1999; Zhang et al., 1996) และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น (Hodnett et al., 2009; Yuenyong, 2007)

เป้าหมายของการผดุงครรภ์คือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา การให้ญาติเข้าไปสนับสนุนมารดาในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ทำกันอย่างแพร่หลาย ญาติ เช่นสามี แม่ หรือเพื่อนสนิท สามารถเข้ามาดูแลสนับสนุนมารดาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ นอกจากนี้การให้ญาติเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดยังใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะคลอดยากของประเทศแคนาดาอีกด้วย (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004) สำหรับประเทศไทยโรงพยาบาลรัฐบาลส่วนใหญ่ยังไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปดูแลสนับสนุนมารดาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดจากการศึกษาโดยการทำกลุ่ม (focus group) ของมารดาไทยหลังคลอด (n = 8) มารดาบางคนบอกว่าอยากให้มีญาติเข้ามาอยู่ด้วยระหว่างการคลอด เพราะรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลไม่เพียงพอจากพยาบาล นอกจากนี้มารดาหลายคนยังกล่าวว่า เธอจะมีประสบการณ์การคลอดที่ดีมากขึ้น ถ้ามีใครสักคนมาอยู่ด้วยระหว่างการคลอด (Chunuan et al., 2004)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยพบว่า ยังมีการศึกษาน้อย

มากเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดตามที่มารดาเลือกเอง โดยเฉพาะการให้ญาติใกล้ชิดเข้าไปดูแลสนับสนุนมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ถึงจนกระทั่ง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลมารดาในระยะคลอดให้มีภาวะสุขภาพกายสุขภาพใจที่ดี และเกิดความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังคาดว่าจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายของโรงพยาบาลรัฐบาลในการอนุญาตให้ญาติใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสนับสนุนมารดาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดอีกด้วย

#### กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

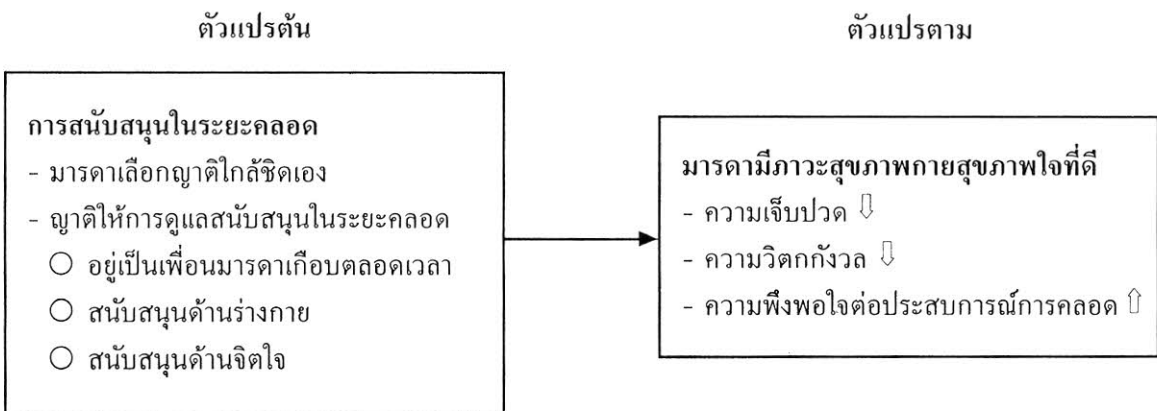
การศึกษานี้ใช้ Convoy Model of Social Support (Kahn & Antonucci, 1980) และการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คำว่า convoy หมายถึง เป็นเพื่อนหรือตั้งใจปกป้อง (accompany or attempt for protection) ตามมุมมองของผู้วิจัยการสนับสนุน (support) มีลักษณะคล้ายกับคำว่า convoy ใน Convoy Model of Social Support กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพกายสุขภาพใจที่ดี (well-being) โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยทำให้ความเครียดลดลง การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากสมาชิกครอบครัว เพื่อน และคนอื่นๆ ในสังคม และให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal transaction) ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนอย่างน้อย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (affect) เช่น การแสดงการยอมรับ การให้ความรัก (2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (affirmation) เช่น การแสดงการเห็นด้วย (3) การช่วยเหลือ (aid or assistance) เช่น การให้

สิ่งของ เงิน ข้อมูล เวลา นอกจากนี้ใน Model นี้ยังอธิบายอีกว่า รูปแบบและปริมาณของการให้การสนับสนุนทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงได้และขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระบบสังคม (social system) และโมเดลนี้ สามารถใช้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลได้ทุกช่วงชีวิต (lifespan) รวมทั้งมีผู้เคยนำโมเดลนี้ไปใช้ในสตรีกะหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดด้วย (Takka & Paunonen, 1996) แต่เนื่องจากโมเดลนี้ไม่ได้อธิบายการสนับสนุนในระยะคลอดโดยตรง ผู้วิจัยจึงใช้โมเดลนี้ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การดูแลสนับสนุน (supportive care) ที่มุ่งเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ความไม่สบาย ความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือความเหนื่อยล้าของผู้คลอด ช่วยให้ผู้คลอดเกิดความเข้มแข็งในตนเอง และมั่นใจว่าความต้องการและความปรารถนาของตนเองเป็นที่รับรู้และได้รับการยอมรับ (Simkin, 2002) ฮีทเน็ต (Hodnett, 1996) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดที่มีประโยชน์ต่อมารดาได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การอยู่ด้วยตลอดเวลา การชมเชย (2) การสนับสนุนด้านร่างกาย (physical support) เช่น การดูแลให้

เกิดความสบายทางร่างกาย ลดความหิว กระจายหรือลดความเจ็บปวด (3) การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและการเผชิญกับสิ่งเหล่านั้น (information and advice) และ (4) การพิทักษ์สิทธิ์ (advocacy) ในสิ่งที่มารดาเลือก นอกจากนี้ เอนกินและคณะ (Enkin et al., 2000) ยังกล่าวว่า การมีผู้สนับสนุน (support provider) อยู่ด้วยเป็นสิ่งที่ไม่เพียงพอ ผู้สนับสนุนต้องทำกิจกรรมการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองสิ่งที่มารดาต้องการด้วย กิจกรรมการสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ พาเดิน นวดหลัง ให้อาหารและน้ำ จัดทำให้สุขสบาย ดูแลความสะอาดร่างกาย ช่วยให้ใช้เทคนิคการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย สำหรับกิจกรรมการสนับสนุนด้านจิตใจ ได้แก่ การสบตา การให้ข้อมูล การชมเชย นอกจากนี้เอนกินยังกล่าวอีกว่า การสนับสนุนจะมีความหมายมากขึ้น ถ้ามารดาสามารถเลือกผู้สนับสนุนในระยะคลอดได้ด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะเป็น สามี แม่ พี่น้อง หรือเพื่อนสนิท และพยาบาลต้องยอมรับตามที่มารดาเลือก

จาก Convoy Model of Social Support และการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอด สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ในมารดาครรภ์แรก

## สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร

2. มารดาที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. มารดาที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดมีระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (comparative experimental design) (รัตนศิริ ทาโด, 2552, หน้า 111-112; Burns & Grove, 2001, p. 259) ซึ่งมีแบบแผนการวิจัยเหมือนการวิจัยแบบทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design) เพียงแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากประชากร (Random selection) แต่เป็นการเลือกตามความสะดวก

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกันยายน 2553 โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) เป็นหญิงไทย (2) อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ (3) ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ (4) ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ และ (5) ปากมดลูก

เปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร เกณฑ์การคัดออกมีดังนี้ (1) ฝากครรภ์พิเศษ และ (2) วางแผนที่จะคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ power analysis กำหนดค่า large effect size (ES = .70) values of power .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แล้วนำไปเปิดตาราง t-test แบบ one-tailed ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (Munro, 2001, p. 128) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 การศึกษาจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของยีนยง (Yuenyong, 2007) และการศึกษาของยีนยง จีรแพทย์ และโอไบรแอน (Yuenyong, Jirapaet & O'Brien, 2008) ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการผู้วิจัยแนะนำให้มารดาเลือกญาติใกล้ชิดและสอนมารดาและญาติเรื่อง “บทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือมารดาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด” และขั้นดำเนินการ ญาติดูแลสนับสนุนมารดาในระยะคลอดโดยอยู่เป็นเพื่อนเกือบตลอดเวลาและให้การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาแก้ปวด การได้รับยาเร่งคลอด วิธีการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของญาติ

ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้คลอด อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การคลอด และระยะเวลาการใช้ชีวิตคู่รวมในกรณีที่เป็นสามี

2.3 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale) มาตรวัดนี้นำมาใช้วัดความเจ็บปวดอย่างแพร่หลาย (Krebs, Carey & Weinberger, 2007) มีลักษณะเป็นเส้นตรงกำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันจากเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่ปวดเลย เลข 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย เลข 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง เลข 7-9 หมายถึง ปวดมาก เลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ให้คะแนนตามตัวเลขที่ผู้ตอบประเมินความเจ็บปวด คือ 0-10 คะแนน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .74

2.4 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เป็นแบบสอบถามที่ นวิ เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี (2537) ดัดแปลงและเรียบเรียงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสเตอร์ร็อค (Sturrock labour coping scale, 1972) ประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า และด้านการพูด แบบสังเกตนี้เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับให้คะแนน 0, 1, 2 ตามพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละด้าน มีคะแนนรวม 0-10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดี คะแนนต่ำ หมายถึง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดไม่ดี แบบสังเกตนี้มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ได้ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .90 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80

2.5 แบบสอบถามความวิตกกังวล (State-trait Anxiety Inventory: STAI) เป็นแบบสอบถามที่สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) สร้างขึ้น มี 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรภิกโกคาทร และมาลี นิสัยสุข (2526) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.5.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ด้านบวก 7 ข้อ ด้านลบ 13 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจากแทบไม่มีเลย มีบ้างบางครั้ง มีบ่อย มีเกือบประจำ ข้อบวกให้คะแนนจาก 1 ถึง 4 ข้อลบให้คะแนนจาก 4 ถึง 1 มีคะแนนรวม 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลแฝงมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลแฝงน้อย แบบสอบถามนี้มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .77-.82 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85

2.5.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ด้านบวก 10 ข้อ ด้านลบ 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจากแทบไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย มีปานกลาง มีมาก ข้อบวกให้คะแนนจาก 1 ถึง 4 ข้อลบให้คะแนนจาก 4 ถึง 1 มีคะแนนรวม 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อย แบบสอบถามนี้มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .85-.93 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85

2.6 แบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด (Labour Agency Scale) เป็นแบบสอบถามที่ฮอดเน็ต (Hodnett, 1983) สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ประสบการณ์การควบคุมตนเองระหว่างการคลอด (control experience during childbirth) มีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (personal control) เป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจและพบว่า การควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดมีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายความพึงพอใจต่อการคลอด (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004) ดังนั้นการศึกษากครั้งนี้จึงนำแบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด (Labour Agency Scale) มาใช้ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามนี้ ยีนยง (Yuenyong, 2007) ได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation technique) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ด้านบวก 6 ข้อ และด้านลบ 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 7 ระดับ จาก 1 เกือบตลอดเวลา ถึง 7 แทบจะไม่เคย ข้อบวกให้คะแนนจาก 7 ถึง 1 ข้อลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 มีคะแนนรวมระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 การศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอ่าวอุดม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการ

วิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลแผนกห้องคลอด เพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งรายละเอียดต่างๆ ของการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ในช่วงเช้าของแต่ละวัน พยาบาลสอบถามความสนใจของมารดาที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมการวิจัย ถ้ามารดาสนใจ พยาบาลจะส่งมาพูดคุยกับผู้วิจัย (convenience sampling) และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ
2. สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (simple computerized randomization) ซึ่งผู้วิจัยทำไว้ล่วงหน้า และให้ผู้อื่นช่วยนำผลการสุ่มใส่ซองปิดผนึกโดยที่ผู้วิจัยไม่ทราบผลในแต่ละของผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเปิดซองปิดผนึกตามลำดับที่ของการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อจะได้ทราบว่าจะอยู่กลุ่มใด หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินระดับความเจ็บปวดและสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลแฝง (pre-test)

3. การให้สิ่งทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิด และได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

3.1 โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิด มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาเลือกญาติที่จะเข้ามาดูแลสนับสนุนมารดาในระยะ

คลอด โดยมีลักษณะดังนี้ (1) เป็นญาติใกล้ชิด ซึ่งได้แก่สามี แม่ พี่สาว น้องสาว หรือเพื่อนสนิท (2) เป็นผู้ที่มารดาารู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ใกล้ (3) สามารถอยู่ กับมารดาได้ตลอดระยะเวลาการคลอด (4) เต็มใจที่จะมาดูแลช่วยเหลือมารดา (5) สามารถดูแลช่วยเหลือมารดาได้ (6) เป็นผู้ที่สงบ ไม่ตกใจ หรือตื่นเต้นง่าย และ/หรือ (7) ถ้าเคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรมาแล้ว จะยิ่งดี (Yuenyong, Jirapaet & O'Brien, 2008) หลังจากนั้นผู้วิจัยสอนมารดาและญาติเรื่อง “บทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือมารดา ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด” เนื้อหาภายในแผนการสอนประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นของการเจ็บครรภ์และการคลอด การพยาบาลที่มารดาจะได้รับขณะมาคลอด บทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือมารดา ในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด และสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติในขณะที่อยู่ในห้องคลอด รวมทั้งพามารดาและญาติไปดูสิ่งแวดล้อมภายในห้องคลอด และแนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ในเวรนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลช่วยเหลือมารดา ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด และให้ญาติฝึกปฏิบัติจริงกับมารดา โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที แล้วมอบคู่มือเรื่อง “บทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือมารดา ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด” ซึ่งมีเนื้อหาเช่นเดียวกับแผนการสอน เพื่อให้ญาติได้อ่านทบทวนตามที่ต้องการ

3.1.2 ขั้นตอนดำเนินการ ขณะที่มารดาอยู่ในห้องคลอด ญาติให้การดูแลสนับสนุนมารดา ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ที่ (active phase) จนถึง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลาการเจ็บครรภ์และการคลอด (ยกเว้นช่วงเวลานั้นๆ ไม่เกิน 30 นาที ที่ไปรับประทานอาหาร หรือเข้าห้องน้ำ) และคอยให้การสนับสนุนด้านร่างกาย และจิตใจ การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ จัดทำให้

สุขสบาย ประคองเวลาเคลื่อนไหว ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า-เช็ดตัว นวดหลัง ถูหน้าท้อง ช่วยเบ่งคลอด และหลังจากที่ทารกคลอด ญาติช่วยกระตุ้นมารดาให้นมทารก และคอยดูแลมารดาและทารกในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สำหรับการสนับสนุนด้านจิตใจ ได้แก่ พุดคุย จับมือ สัมผัสร่างกายหรือโอบกอด พุดให้กำลังใจและกล่าวชม เป็นระยะๆ ในระหว่างที่ญาติให้การสนับสนุนมารดา ผู้วิจัยจะคอยกำกับดูแล และสนับสนุนให้กำลังใจญาติ ในการปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้มารดาได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดเพียงพอกับความต้องการ

3.2 การพยาบาลตามปกติของห้องคลอด  
โรงพยาบาลอ่าวอุดม มีดังนี้ เมื่อมารดาเจ็บครรภ์และมาที่ห้องคลอด พยาบาลจะพามารดาไปที่ห้องรับใหม่ เพื่อซักประวัติและตรวจภายใน ถ้าพบว่าปากมดลูกเริ่มเปิด พยาบาลจะรับมารดาไว้ในห้องคลอด ระหว่างที่อยู่ในห้องคลอด ถ้ามารดาเจ็บครรภ์ไม่มาก พยาบาลจะอนุญาตให้รับประทานน้ำและอาหารอ่อนๆ และให้ญาติเข้าเยี่ยมได้เป็นระยะๆ ประมาณ 10-20 นาที พยาบาลจะประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง มารดาที่มีแนวโน้มความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า พยาบาลจะรายงานแพทย์ เพื่อเร่งคลอด โดยเจาะถุงน้ำและให้ยา Oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เวรเช้าจะมีพยาบาล 2-3 คน ดูแลผู้คลอดประมาณ 1-3 คน เมื่อปากมดลูกใกล้เปิดหมด พยาบาลจะย้ายมารดาเข้าไปเชียร์เบ่งและทำคลอดในห้องคลอด เมื่อคลอดเสร็จจะย้ายมารดามานอนที่ห้องคลอด และคอยประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะๆ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดจะย้ายมารดาและทารกไปที่แผนกหลังคลอด ในกรณีที่มารดามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด



เกินขอบเขตความสามารถการดูแลรักษาของทางโรงพยาบาล แพทย์จะส่งมารดาไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี

4. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ดังนี้

4.1 ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินระดับความเจ็บปวด และสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร

4.2 หลังคลอดเสร็จ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และบันทึกข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่เป็นกลุ่มทดลองจะบันทึกข้อมูลส่วนตัวของญาติด้วย

4.3 ประมาณ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

5. ขอบคณกลุ่มตัวอย่างและญาติ พร้อมทั้งมอบของขวัญเด็กก่อนให้ทารก

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนตัวของญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติไควสแควร์ (chi-square) และการทดสอบค่าที (independent t-test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ค่าที

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ค่าที

#### ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เริ่มต้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย หลังจากสิ้นสุดการทดลองมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (missing data) 4 ราย เนื่องจากคลอดผิดปกติและไม่ได้เก็บข้อมูล 2 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 1 ราย และกลุ่มควบคุม 1 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี 2 ราย เป็นกลุ่มควบคุมทั้งสองราย ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินข้อมูลทางสถิติศาสตร์และตัวแปรตามจำนวน 56 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

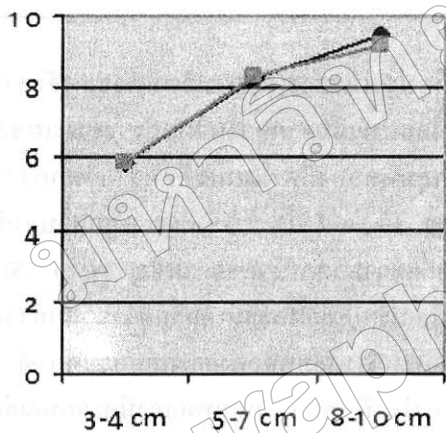
1. ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาแก้ปวด การได้รับยาเร่งคลอด วิธีการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิดคล้ายคลึงกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติไควสแควร์ และการทดสอบค่าที พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

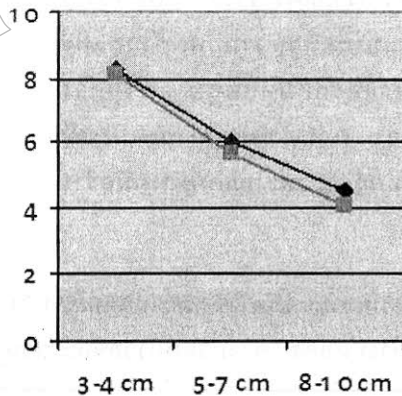
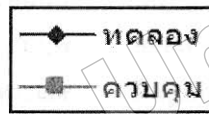
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวมทั้งหมด		$\chi^2$	t	p 2-tailed)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ								-5.4	.58
15-19 ปี	18	60.0	16	53.3	34	56.7			
20-25 ปี	9	30.0	13	43.3	22	36.7			
26-31 ปี	3	10.0	1	3.3	4	6.7			
ค่าเฉลี่ยอายุ	19.63 (SD 4.46)		20.20 (SD 3.51)		19.92 (SD 3.99)				
ระดับการศึกษา							2.7		.43
ประถมศึกษา	6	20.0	5	16.7	11	18.3			
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	50.0	13	43.3	28	46.7			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	20.0	11	36.7	17	28.3			
อนุปริญญาขึ้นไป	3	10.0	1	3.3	4	6.7			
สถานภาพสมรส							.00		1.00
อยู่ด้วยกัน	25	83.3	25	83.3	50	83.3			
แยกกันอยู่	5	16.7	5	16.7	10	16.7			
รายได้							.33		.84
น้อยกว่า 5,000 บาท	5	16.7	5	16.7	10	16.7			
5,000-10,000 บาท	16	53.3	14	46.7	30	50.0			
มากกว่า 10,000 บาท	9	30.0	11	36.7	20	33.3			
อายุครรภ์								2.26	.32
37-38 สัปดาห์	10	34.5	13	48.1	23	41.1			
39-40 สัปดาห์	15	51.7	13	48.1	28	50.0			
41 สัปดาห์	4	13.8	1	3.7	5	8.9			
ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์	39.13 (SD 1.35)		38.80 (SD 1.09)		38.97 (SD 1.23)				
ปากมดลูกเมื่อแรกจับ								1.38	.17
1-2 เซนติเมตร	15	51.7	21	77.8	36	64.3			
3-4 เซนติเมตร	14	48.3	6	22.2	20	35.7			
ค่าเฉลี่ยปากมดลูก	2.45 (SD .95)		2.16 (SD .67)		2.30 (SD .83)				
การแตกของถุงน้ำคร่ำ							.13		.78
แตกเอง	11	37.9	9	33.3	20	35.7			
เจาะถุงน้ำ	18	62.1	18	66.7	36	64.3			
การได้รับยาแก้ปวด							1.05		.49
ได้รับ	0	0.0	1	3.7	1	1.8			
ไม่ได้รับ	29	100.0	26	96.2	55	98.2			
การได้รับยาเร่งคลอด							.06		.54
ได้รับ	24	82.8	23	85.2	47	83.9			
ไม่ได้รับ	5	17.2	4	14.8	9	16.1			
วิธีการคลอด							.94		.51
คลอดปกติ	28	96.6	27	100.0	55	98.2			
คลอดผิดปกติ	1	3.4	0	0	1	1.8			
น้ำหนักทารกแรกเกิด							.36		.71
น้อยกว่า 2,500 กรัม	3	10.3	1	3.7	4	7.1			
2,500-3,000 กรัม	11	37.9	12	40.4	23	41.1			
มากกว่า 3,000 กรัม	15	51.8	14	51.9	29	51.8			
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารก	3,051.72 (SD 375.79)		3,016.67 (SD 336.38)		3,034.8 (SD 35.54)				

2. ข้อมูลส่วนตัวของญาติใกล้ชิด ญาติใกล้ชิดที่มารดาเลือกมาดูแลสนับสนุนในระยะคลอดมากเป็นอันดับแรก คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ สามี คิดเป็นร้อยละ 43.3 และอันดับสุดท้ายคือ ญาติผู้หึงคนอื่น ๆ เช่น นางสาว พี่สาว เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 6.7 มีอายุระหว่าง 18-67 ปี อายุเฉลี่ย 36.20 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.3 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) มีอาชีพทำงานบริษัท และญาติที่เป็นผู้หึงทุกคนเคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว ส่วนญาติที่เป็นสามีใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมานาน 1-5 ปี เฉลี่ย 1 ปี

### 3. ความเจ็บปวด ประเมินจากระดับความ



แผนภาพที่ 2 ระดับความเจ็บปวด



แผนภาพที่ 3 พฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความ

เจ็บปวดและพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 5.90 (SD 2.38) เป็น 8.21 (SD 1.54) และ 9.48 (SD 1.59) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 5.89 (SD 2.26) เป็น 8.29 (SD 2.01) และ 9.21 (SD 1.75) ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดน้อยลง โดยกลุ่มทดลองน้อยลงจาก 8.28 (SD 2.06) เป็น 6.00 (SD 1.60) และ 4.52 (SD 1.37) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมน้อยลงจาก 8.14 (SD 2.05) เป็น 5.64 (SD 2.18) และ 4.07 (SD 1.96) ตามลำดับ (แผนภาพ 2 และ 3)

เจ็บปวดเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 แต่เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดแต่ละระยะของการเปิดของปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p (1 tailed)	
ระดับความเจ็บปวด	ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
	กลุ่ม	.178	1	.178	.024	.439
	ความคลาดเคลื่อน	415.238	55	7.550		
	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
	การเปิดของปากมดลูก	354.692	1.374	258.093	91.777	.000**
	กลุ่ม*การเปิดของปากมดลูก	.938	1.374	.683	.243	.350
	ความคลาดเคลื่อน	212.559	75.585	2.812		
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม					
	กลุ่ม	4.160	1	4.160	.547	.231
	ความคลาดเคลื่อน	418.062	5	7.601		
	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม					
	การเปิดของปากมดลูก	443.735	1.524	291.125	141.328	.000**
	กลุ่ม*การเปิดของปากมดลูก	.741	1.524	.486	.236	.364
	ความคลาดเคลื่อน	172.686	83.831	2.060		

4. ความวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลอง โดยประเมินจากความวิตกกังวลแฝง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝง 43.20 (SD 9.03) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝง 41.77 (SD 6.01) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ค่าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง โดยประเมินจากความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 49.59 (SD 7.93) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 54.19 (SD 8.05) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ค่าที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระยะก่อนการทดลอง (ความวิตกกังวลแฝง) และหลังการทดลอง (ความวิตกกังวลขณะเผชิญ) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			d	t	df	p (1-tailed)	ก่อนการทดลอง			d	t	df	p (1-tailed)
	n	mean	SD					n	mean	SD				
ทดลอง	30	43.20	9.03	1.43	.72	58	.23	29	49.59	7.93	-4.60	-2.15	54	.018*
ควบคุม	30	41.77	6.01					27	54.19	8.05				

5. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ผลการประเมิน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด 48.93

(SD 10.85) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด 40.22 (SD 9.26) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ

ต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ค่าที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์

การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	mean	SD	d	t	df	p (1-tailed)
ทดลอง	29	48.93	10.85	8.71	3.22	54	.001**
ควบคุม	27	40.22	9.26				

### การอภิปรายผล

1. ความเจ็บปวด ผลการวิจัยพบว่า มารดาทั้งสองกลุ่มมีระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุนวาล และคณะ (Chunuan et al., 2009) ที่พบว่า การมีญาติเฝ้าคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่ช่วยให้การเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง แต่ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ ชญานิน นุญพงษ์มณีและคณะ (2548) ที่พบว่า แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการวิจัยครั้งนี้มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับยาเร่งคลอด (กลุ่มทดลองร้อยละ 82.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 85.2) การได้รับยาเร่งคลอดทำให้ระดับของยา Oxytocin อยู่ในกระแสเลือดของมารดาเพิ่มมากขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวรุนแรง ส่งผลให้มารดาปวดมาก (ศศิธร พุมดวง, 2548) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากญาติใกล้ชิดจึงไม่ทำให้ความเจ็บปวดของมารดาลดลง

นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ระดับความเจ็บปวดของมารดากลุ่มทดลองขณะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย

(กลุ่มทดลอง 9.48 กลุ่มควบคุม 9.21) อาจเป็นไปได้ว่า มารดากลุ่มทดลองมีญาติใกล้ชิดอยู่ด้วย ทำให้รู้สึกว่ามิใช่คอยปกป้องดูแล จึงกล้าที่จะบอกความรู้สึกเจ็บปวดออกมา เพื่อให้ญาติใกล้ชิดได้รับรู้และให้การดูแลช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไอพี (Ip, 2000) พบว่าการที่สามีอยู่ด้วยระหว่างการเจ็บครรภ์ทำให้ผู้คลอดใช้ยาบรรเทาปวดสูงขึ้น เนื่องจากสามีช่วยพิทักษ์สิทธิ์โดยขอพยาบาลให้บรรเทาปวดให้ภรรยา

2. ความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากในระยะคลอดมารดาจะมีความกลัว ความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องทำให้มารดารู้สึกมีพลังอำนาจและควบคุมตนเองได้ ดังนั้นมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Rosen, 2004) นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้มารดามีญาติใกล้ชิดอยู่เป็นเพื่อนเกือบตลอดเวลา คอยให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านร่างกายช่วยให้มารดาเกิดความสบาย ส่วนการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยให้มารดาสบายใจ รู้สึกว่ามีญาติใกล้ชิดคอยให้การปกป้องดูแล ดังนั้นมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติใกล้ชิด จึงมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องต่างๆ (อาชิตยา เพิ่มสุข, 2550; Scott et al., 1999; Zhang et al., 1996)

3. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ามารดากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการมีบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาอยู่ด้วย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ในทางตรงกันข้าม มารดาจะไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ถ้าไม่มีญาติอยู่ด้วย หรือมีญาติอยู่ด้วยแต่ญาติไม่ให้การสนับสนุนใดๆ (Bramadat & Driedger, 1993) การศึกษาครั้งนี้มารดามีญาติใกล้ชิดติดตามที่มารดาเลือกเองอยู่ด้วยเกือบตลอดเวลา และคอยให้การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ มารดาจึงมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น (Hodnett et al., 2009; Yuenyong, 2007)

#### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ญาติใกล้ชิดติดตามที่มารดาเลือกเองเข้าไปให้การสนับสนุนมารดาในระยะคลอด โดยอยู่เป็นเพื่อนและคอยให้การดูแลสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ถึงจนถึง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีประโยชน์ต่อมารดา โดยส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวลน้อยลง และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลต่างๆ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ลากรทางสุขภาพนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปใช้ในการดูแลมารดาในระยะคลอด รวมทั้งจัดหาห้องพักให้ญาติเพื่อใช้พักผ่อนในขณะที่มา

ให้การสนับสนุนมารดา นอกจากนี้บุคคล ลากรทางสุขภาพควรให้การยอมรับและดูแลช่วยเหลือญาติให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนช่วยในการดูแลช่วยเหลือมารดาในระยะคลอดให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะไม่ส่งผลต่อความเจ็บปวดของมารดา แต่ทำให้มารดามีความวิตกกังวลน้อยลงและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น ทั้งความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นผลลัพธ์การคลอดที่สำคัญ ดังนั้นองค์การวิชาชีพควรนำรูปแบบการพยาบาลที่ให้ญาติเข้าไปดูแลสนับสนุนมารดาในระยะคลอดเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพด้านการบริการทางสูติกรรมของโรงพยาบาลต่างๆ

3. การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในมารดากลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติทุกคนที่เต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี. (2537). *ผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด*. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชญาณีน บุญพงษ์มณี โสเพ็ญ ชูนวน และเขาวเรศ สมทรัพย์. (2548). *ผลของการเสริมสร้าง*

พลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และผลลัพธ์การคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 37-47.

นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกภาทร และมานี นิตย์สุข. (2526). *แบบประเมินความวิตกกังวล (อัตถำเนา)*.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิธร พุ่มดวง. (2548). อุปสรรคและปัญหาการคลอดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 53-59.

อาชิตยา เพิ่มสุข. (2550). *ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.

Bergum, V. (1989). *Woman to mother: A transformation*. Massachusetts: Greenwood Publisher Group.

Bramadat, I.J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth* 20, 22-29.

Burns, N., & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, utilization* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders company.

Chunuan, S., Kala, S., & Kochapakdee, W. (2004). Childbirth policy in Thailand: Is it a time to change?. *Songkla Medical Journal*, 22(4), 263-272.

Chunuan, S., et al. (2009). Effect of the family members during the first stage of labor on childbirth outcomes in a provincial hospital

in Songkhla Province, Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(1), 16-27.

Dick-Read G. (2005). *Childbirth without fear: The principle and practice of natural childbirth* (4th ed.). London: Pinter & Martin.

Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J. et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3<sup>rd</sup> ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Goodman, P., Mackey, M.C., & Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.

Hodnett, E.D. (1996). Nursing support of the labouring woman. *Journal of Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing*, 25, 257-264.

Hodnett I., Gates S L., Hofmeyr G., & Sakala C. (2009). *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane Pregnancy & Childbirth Group, Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009. Retrieved at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636733>

Ip, W.Y. (2000). Chinese husbands' presence during labour: A preliminary study in Hong Kong. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 89-96.

Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social Support. In B.B. Paul, & G.B. Orville (eds.), *Life-span development and behaviour*. (Vol. 3). pp. 253-286. New York: Academic Press.

Krebs, E.E., Carey, T.S., & Weinberger, M. (2007). Accuracy of the Pain Numeric Rating Scale as a screening test in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10),

1453-1458.

Madi, B.C., Sandall, J, Bennett, B.A., et al. (1999). Effects of female relative support in labour: A randomized controlled trial. *Birth*, 26(1), 4-8.

Munro, B.H. (2001). *Statistical methods for health care research* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : Lippincott.

Pasçali-Bonaro, D., & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 19-29.

Rosen, P. (2004). Supporting women in labour: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 24-31.

Scott, K.D., Berkowitz, G., & Klaus, M., (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labour: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics Gynecology* 180, 1054-1059.

Scott, K.D., Klaus, P.H., & Klaus, M.H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(10), 1257-1264.

Simkin, P. (2002). Support care during labour: A guide for busy nurses. *Journal of Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732

Simkin, P., & Frederick, E. (2000). Labour support. In H.N. Francine, & S.H. Sharron (Eds.). *Childbirth education: Practice, research, and theory* (pp. 307-341). Philadelphia: W.B. Saunders.

Tarkka, M., & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 70-75.

Yuenyong, S., (2007). *Effect of a close female relative support during labour and delivery on duration of active labour, incidence of spontaneous delivery, and satisfaction with childbirth experience*. Doctoral dissertation, Graduate school, Chulalongkorn University.

Yuenyong, S., Jirapaet, V., & O'Brien, B.A., (2008). Support from a close female relative in labour: The ideal maternity nursing intervention in Thailand. *Journal Medical Association Thailand*, 91, 253-60.

Zhang, J., Bernasko, J.W., Leybovich, E., et al. (1996). Continuous labour support from attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 88(4), 739-744.