

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอดต่อความเครียด
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

บทที่ สันทรลัมศิริ

นางสาวบุญทิว สันทรลัมศิริ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมนสกุล

D.N.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

M.Ed.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด

และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2551

บุญทวี สุนทรลัมศิริ

นางสาวบุญทวี สุนทรลัมศิริ

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รองศาสตราจารย์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ สุภาณี เสนาคิสัย

รองศาสตราจารย์ สุภาณี เสนาคิสัย

M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

M.Ed.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมนสกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมนสกุล

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ฤาชา กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ถึงแก่กรรมแล้ว ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และปัญหาต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรองศาสตราจารย์ สุภาณี เสนาดีสัย ที่ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขและปรับปรุงเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ตลอดจนบุคลากรแผนกห้องคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือทุกขั้นตอนของงานวิจัย และขอขอบคุณมารดาวิชัยรุ่นแรก และผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หญิงกิริติ์นุช เรียวโชติสกุล สูติ-นรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลพระรามเก้า ที่กรุณาถ่ายทำ คัดต่อ และจัดทำ CD ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ คุณชลรักรักษ์ คำภา และคุณจินดา โยغبัว ผู้แสดงแบบ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสูตินรีเวช และแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลพระรามเก้าทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการถ่ายทำ CD

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณ คุณพ่อเว้ง-คุณแม่สุขเกียง สุนทรลิมศิริ ที่ให้กำลังใจสนับสนุนในการศึกษาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยห้องคลอดทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้โดยตลอด และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยจากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

บุญทวี สุนทรลิมศิริ

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

(THE EFFECT OF NURSING SUPPORT DURING LABOR ON LABORING STRESS AND PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE OF FIRST-TIME TEENAGE MOTHER)

บุญทวี สุนทรลิมศิริ 4936993 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S., อรพินธ์ เจริญผล, M.Ed.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงจากผู้วิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนสิงหาคม 2551 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ใช้การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเครียดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่าคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อช่วยในการลดความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ / ความเครียดในระยะคลอด / การรับรู้ประสบการณ์การคลอด / มารดาวัยรุ่น

THE EFFECT OF NURSING SUPPORT DURING LABOR ON LABORING STRESS AND PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE OF FIRST-TIME TEENAGE MOTHER

BOONTAWEE SOONTORNLIMSILI 4936993 RAMN/M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORS: SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed.

ABSTRACT

The present study represented quasi-experimental research. It aimed to investigate the effects of nursing support during labor on teenage mothers giving birth for the first time. The mothers stress level and her perception of childbirth experience were the focal points of the investigation. The sample consisted of 70 teenage mothers who were purposively select from the labor and delivery unit at Kasemrad Prachachuen Hospital, and were equally divided into control and experimental groups 35 in each group. The control group received the usual care from the nursing staff, while the experimental group received nursing support during labor from the researcher. This study was carried out between June and August, 2008. Data were collected by using the laboring stress questionnaires and the perception of childbirth experience questionnaires. Data were analyzed by means of independent t-test.

The results of this study showed that teenage mothers in the experimental group who were giving birth for the first time had a statistically significantly lower mean score regarding labor stress than that of teenage mothers in the control group who were giving birth for the first time ($p < .01$). As for the childbirth experience, the experimental group had a statistically significantly higher mean score than of the control group ($p < .01$).

The findings of this study have led to the conclusion that nursing support during labor can reduce the stress of teenage mothers in labor and so that they have a good childbirth experience.

KEY WORDS: NURSING SUPPORT / LABORING STRESS / PERCEPTION OF
CHILDBIRTH EXPERIENCE / TEENAGE MOTHER

157 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
คำถามการวิจัย	10
สมมติฐานของการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลกระทบ	13
มารดาวัยรุ่นในระยะคลอด	18
การลดความเจ็บปวดในระยะคลอด	20
ความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด	24
การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด	34
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น	37
การสนับสนุนทางสังคม	40
การสนับสนุนจากพยาบาล	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม (ต่อ)	
การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด	45
ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด	51
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	54
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	55
สถานที่ศึกษา	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัย	71
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	76
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	82
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	88
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	105
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	134
ประวัติผู้วิจัย	157

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล การเร่งคลอด และยาแก้ปวดที่ได้รับ เปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแคว (χ^2)	72
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา และ รายได้ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T-test	73
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียด และคะแนน การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ด้วยสถิติ T-test	75

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
2 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า	57
3 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	58
4 วิธีการหายใจในระยะเบ่งคลอด	58
5 วิธีการดูหน้าท้อง	59
6 การนวดลึกๆเป็นวงกลม	60
7 การนวดเป็นรูปเลข 8	60
8 แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ (Tournaire, 2007) แต่การตั้งครรภ์และการคลอดถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ และตามสถานการณ์ (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543) เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในมารดา โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความเครียดและความวิตกกังวลต่าง ๆ จะถูกสะสมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (ฉวี เบาทรวง, 2526) ทั้งนี้เพราะผู้คลอดมีความกลัวความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย กลัวเจ็บปวดทรมานจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะพิการหรือเป็นอันตราย กลัวสภาวะสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ (Montgomery, 2003) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดน้อยลง การรับรู้เหตุการณ์แคบลง มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง มารดาจะรับรู้ประสบการณ์ในการคลอดในทางลบ (Cheung, & Chan, 2007)

การคลอดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Tournaire, 2007) สตรีร้อยละ 97 กล่าวว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reed & Martin, 1987) ซึ่ง ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear – Tension – Pain – cycle) (Dick-Read, 1984) ความกลัวเป็นผลจากความไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และความเข้าใจผิด ๆ ที่ถ่ายทอดกันมา ผลที่เกิดขึ้นคือ ทำให้มีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ รวมถึงมดลูกส่วนล่าง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้เป็นผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดความเจ็บปวดและการคลอดล่าช้า เกิดเป็นวงจรความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดต่อเนื่องเรื่อยไป ในระยะคลอดความวิตกกังวลจะสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) อะดรีนาลิน (adrenalin) และแคทีโคลามีน (catecholamine) ในพลาสมา

เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เกิดการคลอคลายตัว นอกจากนั้นยังทำให้การไหลเวียนของเลือดจากมารดาไปสู่ทารกลดลง เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Holmes & Magiera, 1987) โดยเฉพาะในรายที่มีระยะเวลาคลอดยาวนาน มารดาจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Fawcett, Pollio, & Tully, 1992) มารดาที่มีความเครียดสูงในระยะคลอดจะมีผลทำให้เกิดการคลอดยาก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Costa, Dritsa, Larouch, & Brender, 2000) และยังมีผลทำให้เกิดการหลั่งน้ำนมช้าลงในระยะหลังคลอด (Grajeda & Perez-Escamilla, 2002)

การประเมินว่าเหตุการณ์ใดเป็นความเครียด ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านบุคคล (A-trait) และเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น จะส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้น และจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกนั้น ความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การวัดความเครียดในรูปแบบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ จึงเป็นการวัดความรู้สึกที่ไม่เจาะจงกับสถานการณ์ เป็นเพียงการวัดระดับความรู้สึกในแง่มุมต่างๆ (Endler & Edwards, 1982) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระทบต่อผู้คลอด ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้และความคิดสร้างสรรค์ ความวิตกกังวลในระดับต่ำหรือปานกลาง จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้คลอดมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991) เพื่อให้สามารถเผชิญการคลอดได้อย่างปลอดภัย แต่ความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระดับสูง จะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Waldenstrom, 1999; Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, & Edman, 2007) และมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในมารดาครรภ์แรก การปรับบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด (Mercer, 1985; Simkin, 1992) มารดาแต่ละคนจะแปลความหมายของประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อของมารดา การสนับสนุนที่ได้รับขณะคลอด

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด นอกจากจะสามารถทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบแล้ว ยังสามารถทำนายความพึงพอใจต่อการคลอดและเกิดปัญหาทางภาวะอารมณ์ภายหลังคลอดได้ (Green, 1993) มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกจะรู้สึกรว่าการคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตน มีการรับรู้ต่อสถานการณ์ในขณะคลอดตามความจริง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ในขณะคลอดได้ และมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอด (Cheung, 2002) จากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) พบว่ามารดาครรภ์แรกที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางบวก จะลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

และมีพฤติกรรมความเป็นมารดาที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ จะมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นเรื่องที่เจ็บปวดทรมาน เป็นสิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพของตน มารดาจะมีความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกสูญเสีย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่พึงพอใจในการคลอด ดังนั้นการลดความวิตกกังวลในขณะคลอดและการสร้างประสบการณ์ทางบวก จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมในการดูแลมารดาขณะคลอด โดยเฉพาะในมารดากลุ่มเสี่ยง ที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนเช่นในมารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดายังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Eure, Lindsay, Graves, 2002) และมีภาวะโลหิตจาง (Suebno Karn & Phupong, 2005) มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ จากการมีอุปนิสัยในการบริโภคอาหารไม่ดีในมารดาวัยรุ่น ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จึงให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) (Reichman & Pagnini, 1997) และมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มมารดาวัยผู้ใหญ่ (Smith, 2001) ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งในบทบาทซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด (Sandler & Catrone, 1983) โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้และวุฒิภาวะ จะมีความเครียดมาก เนื่องจากรดาวัยรุ่นต้องปรับบทบาทการเป็นมารดาและปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน คนในครอบครัว มีความรับผิดชอบมากขึ้น มีหน้าที่ในการดูแลและเลี้ยงดูบุตร และยังต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ จึงเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Cowan & Hetherington, 1991)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มารดาวัยรุ่นจะเกิดความกลัวและความเครียดสูง ดังนั้นในระยะเจ็บครรภ์คลอด มารดาวัยรุ่นจึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนประคับประคองจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์มาก และมีการปรับบทบาทของมารดาภายหลังคลอดได้ดี (ศิริวรรณ มั่นสุข, 2539) แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้ญาติเข้าเยี่ยม หรือดูแลในห้องคลอดได้ ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอดเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการคลอด ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการ

คลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Waldenstrom, 1999) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเจ็บปวดขณะรอคลอดมากจนไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดล่าช้า และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Dick-read, 1984; Waldenstr et al., 2004)

ในระยะเจ็บครรภ์คลอดมารดาวัยรุ่น จึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนประคับประคองจากพยาบาลในห้องคลอดอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยให้การคลอดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและปลอดภัย จากหลายงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มารดาตั้งครรภ์ต้องการมากที่สุดในระยะรอคลอดคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย (บังอร ศิริบุรณะภานนท์, 2540; Bowers, 2002) ความต้องการการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มารดาตั้งครรภ์ต้องการทั้งในด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ต้องการให้พยาบาลนั่งอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา รับฟังอย่างตั้งใจ ปลอดภัยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยการสัมผัสโดยการจับมือ เพราะการสัมผัสจะช่วยให้มารดาตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในขณะรอคลอดได้ดีขึ้น(ฉวี เบาทรวง, 2526; สุพิศ รุ่งเรืองศรี, 2537)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดา และทารก รวมทั้งเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่หลายประเทศให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันนี้การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยทุก ๆ ปีจะมีการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมากกว่า 1 ล้านคน (Montgomery, 2003) ในปี 2003 สหรัฐอเมริกามีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถึง 41.7 ต่อ 1000 คน (Hamilton, Martin, & Sutton, 2004) สำหรับประเทศไทยรายงานสถานการณ์ของมารดาและทารกปริกำเนิดของกรมอนามัยพบว่าในปี 2547-2549 พบว่าการมีบุตรของมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.7, 11.4 และร้อยละ 13.43 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2550) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่กำหนดเป้าหมายการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี โดยการลดความเครียดในระยะคลอด เพื่อให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดีแนวทางหนึ่งคือการเตรียมตัวก่อนคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ

มารดาวัยรุ่นครั้งแรก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อที่จะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด และช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) โดยปฏิบัติการสนับสนุนทางการพยาบาล ใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายปลอดภัย มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นครั้งแรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

ทฤษฎีความเครียด ของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล กระบวนการต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลความหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ของบุคคล ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปรากฏการณ์หนึ่งของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ สะสมมากขึ้นเรื่อยๆ (Lazarus & Folkman, 1984) กระบวนการนี้ประกอบด้วย การประเมิน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิด ที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดในสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอะไร และตัดสินว่าสิ่งนั้นมีอิทธิพลหรือมีความสำคัญต่อชีวิตและร่างกายของบุคคล แนวการตัดสินมี 3 ลักษณะ คือ 1) การตัดสินว่าสิ่งกระตุ้นความเครียดนั้นไม่มีความสำคัญหรือไม่ทำอันตรายต่อตนเอง (Irrelevant appraisal) 2) ตัดสินว่าสิ่งนั้นเป็นประโยชน์หรือจะก่อประโยชน์แก่ตนในอนาคต (Benign-positive appraisal) ซึ่งถ้ามีการตัดสินเช่นนี้ บุคคลจะเกิดการผ่อนคลายและสามารถหันเหความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการหรือปรับตัวกับเหตุการณ์นั้น และ 3) เป็นการตัดสินใจว่าเป็น

ความเครียด (Stress appraisal) บุคคลจะประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดที่ประสบอยู่ในลักษณะของอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) สิ่งคุกคาม (Threat) หรือสิ่งท้าทาย (Challenge) การตัดสินใจในลักษณะว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียนั้น บุคคลจะประเมินว่ามีอันตรายบางอย่างได้เกิดขึ้นกับตนแล้ว เนื่องจากสิ่งกระตุ้นความเครียดนั้น

ในระยะคลอด มารดาวัยรุ่นที่รับรู้และแปลความหมายว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) จึงตัดสินใจว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) มารดาวัยรุ่นจะประเมินว่าตนเองได้ถูกคุกคามจากอันตราย ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ หรือวิตกกังวล เป็นต้น ถ้าหากมารดาวัยรุ่นเผชิญกับสิ่งกระตุ้นความเครียด แล้วทำให้เกิดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ อาจเกิดความซึมเศร้า และภาวะขาดการช่วยเหลือ (helplessness) ได้ภายหลังคลอด

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินศักยภาพของตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และมีทางเลือกอะไรบ้างในสถานการณ์ดังกล่าวที่บุคคลจะเลือกใช้ เช่น การเข้ามีส่วนร่วม การถอยหนี หรือแสวงหาวิธีลดความรู้สึกรุนแรงลง โดยใช้กลวิธีทางจิต (defense mechanism) ซึ่งเรียกการประเมินนี้ว่า เป็นวิธีการเผชิญความเครียด (coping option)

ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดมารดาวัยรุ่น จะประเมินความสามารถในการควบคุมตนเองขณะเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ถ้ามารดาวัยรุ่นไม่สามารถควบคุมและเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ ก็จะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้นวดเข้าเฝือก หรือดูแลในห้องคลอดได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการคลอด มารดาวัยรุ่นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ จะทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และควบคุมสถานการณ์ ทำให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี (Hodnett & Osborn, 1989)

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้น เพื่อเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Primary appraisal) หรือเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดที่กระทำไปแล้ว เนื่องจากบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ ๆ ความคิดนี้เกิดขึ้นได้หลายๆ ครั้ง ช่วยให้ผู้คลอดตัดสินใจได้ดีขึ้น การประเมินซ้ำอาจเป็นแบบปกป้องตนเอง (defensive reappraisal) ซึ่งเป็นการประเมินผลซ้ำโดยที่บุคคลทบทวนและแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่มีความรุนแรงน้อยลง

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factor)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factor) จะเห็นว่า อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของมารดาในเรื่องความเชื่อ ความรู้สึนึกคิด และสติปัญญา เนื่องจากอายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์การเรียนรู้ และความมั่นคงในชีวิต ผู้คลอดที่มีวัยเหมาะสม อาจช่วยให้สามารถกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น และปฏิบัติตามข้อตกลงที่ให้ไว้กับตนเองได้ หรือเกิดค่านิยมที่ดีต่อการมีบุตร มีความเชื่อว่าตนสามารถเผชิญการคลอดได้ ส่วนมารดาวัยรุ่นตอนต้นจะมีความสามารถในการพิจารณาถึงผลที่เกิดจากการกระทำของตนน้อยกว่า ในขณะที่มารดาวัยรุ่นที่มีวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถเรียนรู้หรือแก้ปัญหา ตัดสินใจและควบคุมตนเอง พิจารณาถึงผลของการกระทำของตน รวมทั้งมีทักษะในการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับการแสดงบทบาท และการดำรงชีวิตของผู้ใหญ่ได้ดีกว่า (Schuster & Ashburn, 1992 ; Ladewig et. al., 1994)

ส่วนระยะเวลาคลอดเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ความเครียดของมารดาในระยะคลอดจะสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งในผู้คลอดที่มีระยะเวลาคลอดยาวนาน จะมีผลต่อความทนทานต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ทำให้ความอดกลั้นต่อความเจ็บปวด (threshold) ลดลง (Gorrie et al., 1994) โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก จะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบ หรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต มารดาวัยรุ่นอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม เป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองและบุตรในครรภ์ ทำให้เกิดเป็นภาวะเครียด (Stressful) ถ้ามารดาวัยรุ่นมีความเครียดสูงจะทำให้ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์แคบลง มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง เกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถเผชิญความเครียดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ระยะเวลาการคลอดยาวนานขึ้น มารดาวัยรุ่นจึงเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย

เมื่อมารดาวัยรุ่นประเมินว่าการคลอดเป็นภาวะเครียด จะต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดจัดการกับความเครียด ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์หรือทางเลือก ที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ มุ่งที่

จะปรับอารมณ์(emotional focus) และมุ่งแก้ปัญหา(problem focus) มารดาวัยรุ่นที่มีความเชื่อมั่น รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล แสวงหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้ ส่วนมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ไม่สามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม และการที่มารดาวัยรุ่นมีการประเมินซ้ำ(reappraisal) โดยการทบทวนและแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่ จากสิ่งเร้าต่างๆ โดยการใช้ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อถือของมารดาวัยรุ่น ก่อให้เกิดข้อมูลป้อนกลับ 2 รูปแบบ คือได้ข้อมูลใหม่ เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และมีการประเมินใหม่ ซึ่งมีผลทำให้ความเครียดลดลงได้

ในสถานการณ์การคลอดบุคลากรทางการแพทย์เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายและปลอดภัย มารดาวัยรุ่นจะมีการประเมินใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความเครียดที่เกิดขึ้นขณะคลอด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) พัฒนาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองโดยปฏิบัติการสนับสนุนทางการพยาบาล ใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายปลอดภัย กล่าวคือ

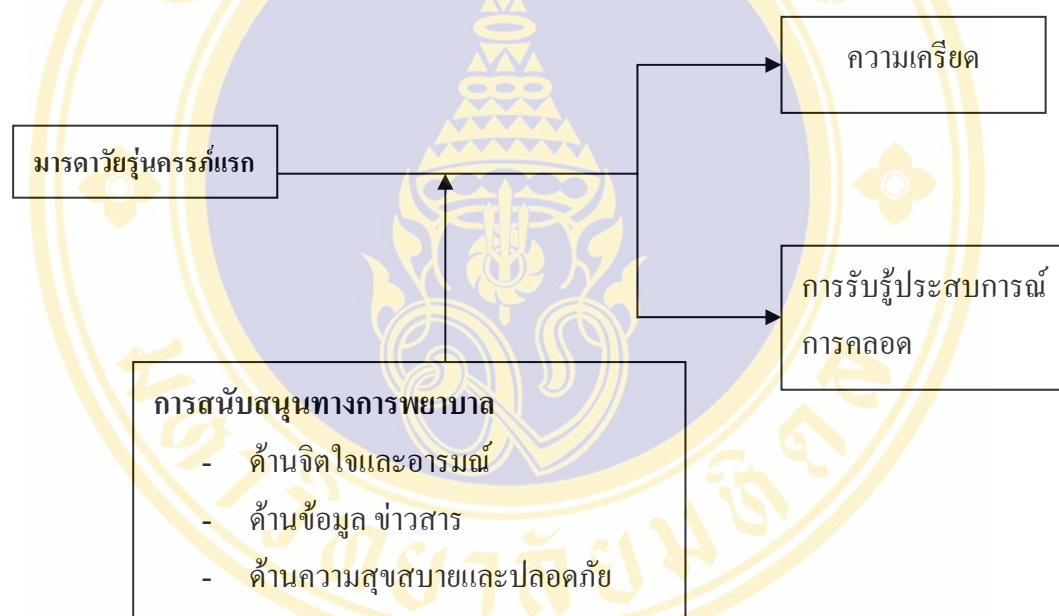
ในด้านจิตใจอารมณ์ มารดาจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร การทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมมั่น และไว้วางใจ โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้อภัย รับฟัง อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา มีกิริยาท่าทางกระตือรือร้นในการให้การช่วยเหลือ มีพฤติกรรมที่พูดที่เหมาะสม น้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ สัมผัสโดยการจับมือผู้คลอดเมื่อเจ็บครรภ์

ในด้านข้อมูลข่าวสาร มารดาตั้งครรถ์ต้องการทราบความก้าวหน้าของการคลอด ต้องการได้รับการสอนเบี่ยงอย่างถูกวิธี ต้องการทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ของทารก ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งสำคัญมากในระยะรอคลอด ทำให้เกิดผลดีทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มารดาตั้งครรถ์เกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จที่สามารถผ่านพ้นการคลอดไปได้ และเกิดความพึงพอใจในการคลอด (Green et al., 1990)

ในด้านความสุขสบายและปลอดภัย มารดาตั้งครรถ์ต้องการลดความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ เช่น ได้รับการนวดหลัง ได้รับการจัดท่านั่งท่านอนที่เหมาะสม ซึ่งการจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงในระยะคลอดจะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะรอคลอดได้ (ภณิดา กำแหง, 2547) นอกจากนี้มารดาตั้งครรถ์ยังต้องการได้รับการดูแลความสะอาดของร่างกาย เช่น เช็ดตัว เช็ดหน้า

บ้วนปาก ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่าย ปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระ หรือเมื่อมีมูกเลือด น้ำเดินเป็นอนมาก

ดังนั้นในขณะเจ็บครรภ์ และในขณะคลอด เหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆ ที่มารดาได้รับจะเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่อระบบการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ของมารดาวัยรุ่น และการที่มารดาวัยรุ่นแปลความหมายจากสิ่งเร้าต่าง ๆ นั้นได้ โดยใช้ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อถือของมารดาวัยรุ่นออกมาเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นไป 2 ทาง คือการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ จึงมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

คำถามวิจัย

1. การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด มีผลต่อความเครียดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหรือไม่ อย่างไร
2. การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด มีความเครียดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
2. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยเก็บข้อมูลในมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด โดยให้การดูแล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการประคับประคองจิตใจ การดูแลอย่างใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือ ดูแลความสบาย ให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยในการลดความเครียดมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางที่จะพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้ตระหนักถึงการประสานงาน และ การให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด รวมทั้ง

หน่วยส่งเสริมสุขภาพ ในการจัดบริการการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเครียดได้ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นแนวทางแก่นักวิชาการทางการพยาบาลในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น

นิยามตัวแปร

การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด หมายถึง การสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอดของวิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดใน 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ การให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด การกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการการหายทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ กระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับสถานที่และบุคลากร การให้ข้อมูลโดยการสอนสาธิต ประกอบการดู CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด

3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัย ประกอบไปด้วย กระตุ้นให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่าที่สุขสบายตามความเหมาะสม ช่วยลดอาการปวดหลัง โดยการนวด ดูแลความสุขสบายทั่วไป ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและสภาพของทารกในครรภ์ การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและดื่มน้ำ ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบไม่มีเสียงรบกวน

ความเครียดในระยะคลอด หมายถึงสภาวะที่มารดาวัยรุ่นมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และหวั่นวิตก ขณะรอคลอดในห้องคลอด เนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ประเมินได้โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ จีวี เบาทรวง (2526) ที่ดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบวัดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger and others, 1977) มาใช้ในการวัดความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด มีจำนวน 22 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราลิกิต (Likert scale)

4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย จนถึง 4 คือ ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด มีคะแนนรวมเท่ากับ 22-88 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดมีความเครียดสูง

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมาย เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดต่อการคลอด ในเรื่องความสามารถในการควบคุมตนเอง ทักษะที่ใช้เพื่อลดความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัวระหว่างการคลอด และสภาพของทารก ความพึงพอใจต่อการคลอด ตลอดจนการระลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะคลอด การได้พูดคุยถึงเหตุการณ์นั้นๆ กับผู้อื่น ซึ่งประเมินได้โดยแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ซึ่งอาศัยแนวคิดของ มาร์ุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) จำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอดใน 3 ระยะ คือในขณะที่เจ็บครรภ์มดลูกมีการหดรัดตัว ในขณะคลอด และภายหลังคลอด เป็นคำถามทางบวก 16 ข้อ และคำถามทางลบ 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราลิเกิต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย จนถึง 5 เป็นความจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมเท่ากับ 26-130 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ใน
ระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ผู้วิจัยได้
นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- การตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลกระทบ
- มารดาวัยรุ่นในระยะคลอด (ระยะของการคลอด การลดความเจ็บปวดในระยะคลอด
ความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด)
- การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น
- การสนับสนุนทางสังคม
- การพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด
- ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด ต่อความเครียดและ
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลกระทบ

การตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือ **Teenage pregnancy** หมายถึง การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุ
19 ปี หรือน้อยกว่า บางครั้งอาจใช้คำว่า **Adolescent pregnancy** (พิริยา ศุภศรี และคณะ, 2549)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่น
ว่า วัยรุ่นเป็นผู้ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางร่างกายตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของ
อวัยวะเพศไปจนกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีการพัฒนาทางจิตใจจากเด็กไปสู่ความ
เป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบ
และพึ่งพาตนเอง (Fathalla, Rosenfield, Idriso, Sen, & Ratnam, 1990: 101) จึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่นเป็น
วัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว จากวัย
เด็กสู่วัยผู้ใหญ่ โดยถือเอาเกณฑ์ความพร้อมทางวุฒิภาวะทางเพศเป็นจุดเริ่มต้น และความพร้อม
ทางด้านสังคมเป็นจุดสิ้นสุด ถึงแม้ในวัยรุ่นจะมีความพร้อมทางวุฒิภาวะทางเพศ แต่ถือว่ายังไม่
พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2004: 5) ได้ให้ความหมายของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (adolescent pregnancy) ว่าเป็นการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี และจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ การตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-14 ปี และการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามาก่อน (Murray & McKinney, 2006) ซึ่งเกิดจากหลายๆ ปัจจัยอันได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านสังคมประชากร ความยากจนและความด้อยโอกาสของประชากรบางกลุ่มทำให้อัตราการตั้งครรภ์และอัตราการเกิดในกลุ่มวัยรุ่นมีมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า วัยรุ่นกลุ่มอาฟริกัน-อเมริกัน มีอัตราการตั้งครรภ์สูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มยุโรป-อเมริกัน (Hall, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร บุญยะธาน (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 56.2 และส่วนใหญ่มีรายได้ 5,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.3 และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือเรียนระดับประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ 9.43 เท่า (95% CI= 2.853-31.166) ส่วนสตรีวัยรุ่นที่เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการครรภ์ 3.07 เท่า (95% CI= 1.044-9.030) และในสตรีวัยรุ่นที่เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มีโอกาสเสี่ยงต่อการครรภ์เพียง 0.79 เท่า ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักจะมีผลต่อเนื่องถึงการศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากสังคมไทยไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในขณะที่เรียนหนังสือจึงทำให้ต้องออกจากโรงเรียน และส่วนใหญ่จะไม่มีโอกาสกลับไปศึกษาเล่าเรียนต่อ (พิริยา สุภศรี และคณะ, 2549) แต่มีสตรีวัยรุ่นบางกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์และมีบุตร ขณะอายุต่ำกว่า 18 ปี และอยู่ในสถาบันครอบครัว ไม่ใช่ท้องนอกสมรส มีการฝากครรภ์ดูแลครรภ์และคลอดอย่างปลอดภัย ซึ่งการเป็นแม่อายุน้อยๆ ไม่ได้เกิดขึ้นในภาคเกษตร แต่เกิดขึ้นในเมืองและเมืองใหญ่ (สุกัญญา หาญตระกูล, 2550)

2. การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด วัยรุ่นทั้งหญิงและชาย เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 42 เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแล้ว ในขณะที่วัยรุ่นชายกลุ่มอายุเดียวกัน ร้อยละ 60 เริ่มมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีการคุมกำเนิดล่าช้า เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด (Hall, 1994) ในประเทศไทย พบว่าอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นเฉลี่ย 15 ปี ซึ่งก่อนหน้านี้อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เฉลี่ย 18 ปี โดยเยาวชนชายร้อยละ 36 และเยาวชนหญิงร้อยละ 28 ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว และผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในปี 2549 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราวในกลุ่มเยาวชน มีน้อยกว่าร้อยละ 50 (สมชัย ภิญ โญพราณิษฐ์, 2549)

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และ บุตรสาวไม่ดี จะมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Hall, 1994) หรือ อาจจะใช้การตั้งครรภ์เป็นหนทางในการหลีกเลี่ยงจากครอบครัวเดิม (Holt & Johnson, 1991)

4. การมีเพศสัมพันธ์ในสายเลือด (Incestuous relationship) จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Ladewig et al., 1994)

5. การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ อาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดย มีการใช้การมีเพศสัมพันธ์แลกเปลี่ยนกับยาหรือสารเสพติด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ (Hall, 1994)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นนั้น มีผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ นอกจากนี้แล้วยังมีผลกระทบต่อบุตร ครอบครัว และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่น

1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เนื่องจากการตั้งครรภ์ใน ขณะที่ยังมีร่างกายไม่เจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ยากจน ไม่ได้ไปฝากครรภ์ (Novak & Broom, 1995) เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Eure, Lindsay, Graves, 2002) และมีภาวะโลหิตจาง (Suebnoarn & Phupong, 2005) มากกว่ามารดาอายุผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ อรัญญา พวงผกา (2540: 115) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหญิง ตั้งครรภ์อายุผู้ใหญ่ถึง 3.15 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพร อัมเจริญ (2548: 304) ที่ศึกษาใน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกอายุ 13-19 ปี จำนวน 757 ราย พบว่า อัตราการคลอดทารกก่อน กำหนดมีร้อยละ 14.4 ซึ่งมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุผู้ใหญ่ที่พบเพียงร้อยละ 10.9

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ได้แก่ การที่ศีรษะของทารกไม่ได้ สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา (Cephalopelvic disproportion) เนื่องจากการเจริญเติบโตของ กระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ (Eden, 2006) และภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดได้แก่ การตก เลือดหลังคลอด และมีการศึกษาของหนทางคลอดมาก (Pillitteri, 1995) ซึ่งการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น คือการฝากครรภ์ตั้งแต่ในระยะ ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง แต่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะมาฝาก ครรภ์ล่าช้า เนื่องจากไม่ยอมรับการตั้งครรภ์และมีฐานะยากจน (Novak & Broom, 1995)

จะเห็นได้ว่า มารดาวัยรุ่นจะมีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรถ์ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่ามารดาในกลุ่มอายุ 20 – 30 ปี ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งในมารดาและทารก

1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ มีความขัดแย้งในบทบาทซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด (Sandler & Catrone, 1983) มารดาที่ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้และวุฒิภาวะ จะมีความเครียดมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด คือ ความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ ที่สะสมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย กลัวเจ็บปวด ทรมานจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะพิการหรือเป็นอันตราย กลัวสภาวะสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว (Jensen et al, 1981) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาวัยรุ่นที่ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และขาดความพร้อมด้านวุฒิภาวะดังกล่าว จะเกิดความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ความกลัว จะกระตุ้นร่างกายให้เกิดความตึงเครียด และความตึงเครียดจะรบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ทำให้มดลูกเปิดช้า จึงเกิดความเจ็บปวดมากขึ้นและยาวนานขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้นก็จะเกิดความกลัวและความตึงเครียดมากขึ้น เกิดเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear – Tension – Pain Syndrome) ทำให้มารดาวัยรุ่นในระยะคลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการคลอด้ล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ในทางลบ (Dick-read, 1984) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการแปลความหมายของเหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ และขณะคลอดซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในมารดาครรภ์แรก และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด (Mercer, 1985)

1.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรถ์มักจะมีผลต่อเนื่องถึงการศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากสังคมไทยไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรถ์ในขณะเรียนหนังสือ จึงทำให้ต้องออกจากโรงเรียน แต่ถ้าต้องการที่จะกลับเข้าไปศึกษาต่อก็ต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรถ์ รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขให้แก่หญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นปีละมากๆ ในการยุติการตั้งครรถ์หรือการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง นอกจากนี้หญิงตั้งครรถ์ส่วนใหญ่จะไม่มีโอกาสกลับไปศึกษาเล่าเรียนต่อ ต้องออกจากโรงเรียน ทำให้เสียโอกาสในการเลือกหางานทำ จึงเป็นอุปสรรคต่อการหาเลี้ยงชีพของหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่น และส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ (พิริยาสุภศรี และคณะ, 2549) การที่หญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นและครอบครัวมีรายได้น้อย ทำให้ต้องอาศัยอยู่กับ

บิดามารดา หรือขอความช่วยเหลือด้านการเงินจากบิดามารดา หรือหน่วยงานทางสังคมสงเคราะห์ ต่างๆ (Hall, 1994)

1.4 ผลกระทบด้านสังคม หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ก่อนสมรส หรือการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและต้องออกจากโรงเรียน อาจจะถูกตำหนิและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ถูกทอดทิ้งจากสังคม และกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรือถูกปฏิเสธจากบิดาของทารกในครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอับอาย ว้าเหว่ โดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง และขาดการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม บางรายอาจอยู่ในฐานะที่เป็นมารดาตามลำพัง (Single parent) ถ้ามีการสมรสเกิดขึ้นมักพบว่าอัตราการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มครอบครัววัยรุ่น (Ladewig et al., 1994)

2. ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อบุตร

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีผลต่อบุตรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในทุกพัฒนาการของบุตร ดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การไปฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ไปฝากครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ จะทำให้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเพียงพอในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการเจ็บป่วยและตายคลอดสูงกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Vernon & Andelrek, 1990) อัตราตายของทารกปริกำเนิดในมารดาวัยรุ่น สูงเป็น 1.9 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีสาเหตุการตายเบื้องต้น คือ การคลอดก่อนกำหนด (Porozhanova และคณะ, 1995) มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี เสี่ยงต่อการตายของทารกปริกำเนิด เป็น 0.79 เท่า (95% CI = 0.52-1.20) ของมารดาอายุ 20-30 ปี (ทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2537) มีการศึกษาย้อนหลัง เปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี จำนวน 656 ราย เปรียบเทียบกับมารดาอายุ 20-30 ปี จำนวน 1,344 ราย ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พ.ศ. 2537-2539 พบว่า กลุ่มมารดาวัยรุ่นมีคะแนนสภาพทารกแรกเกิดที่ 1 นาທີต่ำ สูงกว่า 4.11 เท่า (95% CI = 2.57-6.58) ของกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สูงกว่า 3.47 เท่า (95% CI = 2.37-5.08) ของกลุ่มเปรียบเทียบ (อรัญญา พวงผกา, 2540) สำหรับมารดาที่ใช้ยาเสพติดในระยะตั้งครรภ์ อาจทำให้ทารกมีอาการเจริญเติบโตช้า ปัญญาอ่อน มีความพิการแต่กำเนิด มีโรคติดเชื้อ และมีปัญหาด้านพฤติกรรม (Perters & Theorell, 1991) มารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรไม่ดี และมีทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรแบบใช้การลงโทษ (Hall, 1994) ซึ่งทำให้นุตรของมารดาวัยรุ่นดังกล่าวมีพัฒนาการช้าทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญา นอกจากนั้น ทารกที่เกิด

จากมารดาวัยรุ่นยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและถูกทอดทิ้งไว้ตามโรงพยาบาล สถาน
สาธารณะ และสถานรับเลี้ยงเด็กต่างๆ

2.2 ผลกระทบต่อบุตรในระยะก่อนวัยเรียนและวัยเรียน จากการศึกษาของ สไตเออร์
และคณะ (Stier, Leventhal, Berg, Johnson, & Merger, 1993) พบว่าบุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะ
ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ถูกทอดทิ้ง และถูกทารุณกรรมสูงถึงร้อยละ 12.8 และมีการเจริญเติบโต
ทางด้านร่างกาย และทางด้านสติปัญญาช้ากว่าบุตรที่เกิดจากมารดาผู้ใหญ่ถึง 1.67 เท่า ซึ่งจะ
ส่งผลให้บุตรของมารดาวัยรุ่นที่อยู่ในวัยก่อนเรียนและวัยเรียนมีคะแนนพัฒนาการ และคะแนนของ
ความพร้อมทางการ ศึกษาอยู่ในระดับต่ำ มีความไว้วางใจในผู้อื่นน้อย และความรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Hall, 1994)

2.3 ผลกระทบต่อบุตรในระยะวัยรุ่น ความไม่พร้อมทางการศึกษา การมีปัญหาด้าน
พฤติกรรมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ที่พบในวัยก่อนเรียนและวัยเรียนนั้น
อาจจะมีผลต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่น จากการศึกษาของ เฟอริสแตนเบอร์กและคณะ (Furstenberg et
al., 1987 cited by Hall, 1994) ซึ่งศึกษาติดตามบุตรของมารดาวัยรุ่นที่มีรายได้ต่ำในช่วง 17 ปีต่อมา
พบว่าส่วนใหญ่มีความล้มเหลวทางการเรียน โดยร้อยละ 61 มีผลการเรียนอยู่ในระดับ ซี (C)
หรือ ดี (D) นอกจากนั้นร้อยละ 40 มีปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวินัย ขาดเรียน มีพฤติกรรมรุนแรง
(School violence) และถูกพักการเรียน ซึ่งความล้มเหลวทางการเรียนของเด็กกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่ง
เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์เร็ว ซึ่งนำมาสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้
ส่วนหนึ่งหนีออกจากบ้าน หรือมีปัญหาทางด้านกฎหมาย ร้อยละ 60 พบว่า มีการใช้แอลกอฮอล์
และร้อยละ 46 มีการสูบบุหรี่ จากการศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อ
ต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของบุตรหลานในรุ่นต่อไปด้วย

มารดาวัยรุ่นในระยะคลอด

ระยะของการคลอด

กระบวนการคลอด เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ในการผลักดันให้ทารก รกและเยื่อ
หุ้มทารก ออกจากมดลูกผ่านทางช่องคลอด (Littleton & Engbretson, 2002) ซึ่งการคลอดเป็น
ช่วงเวลาที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเจ็บปวดมาก และทำให้สามีและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์
มีความตื่นเต้น และวิตกกังวล (Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999) กระบวนการคลอดแบ่งได้เป็น
4 ระยะดังนี้ (Murrey, McKinney & Gorrie, 2002) คือ

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด (The first stage of labor) เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปาก
มดลูก เริ่มเมื่อมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ จนถึงปากมดลูกเปิดหมด ประมาณ 10

เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 % ซึ่งใช้เวลายาวนานมากทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ในมารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 8 – 10 ชั่วโมง มารดาครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 6-7 ชั่วโมง เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะเร่งมารดาครรภ์แรกมีการเปิดขยายของปากมดลูก 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และครรภ์หลังปากมดลูกเปิดขยาย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ในระยะนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1.1 ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ (Latent phase) เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ในช่วงระยะนี้ใช้เวลาค่อนข้างนาน มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 8.6 ชั่วโมง มารดาครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 5.3 ชั่วโมง ความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระดับอ่อน ระยะเวลากการหดรัดตัว นาน 15-30 วินาที ห่างกัน 10-20 นาที ระยะนี้จะมีอาการเจ็บปวด (pain) เกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการหดรัดตัวของมดลูก และอาการเจ็บปวดจะหายไป เมื่อมดลูกคลายตัว หรือไม่มีการหดรัดตัว

1.2 ระยะเร่ง (Active phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร มีความบางของปากมดลูกเป็น 100 % มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 4.6 ชั่วโมง มารดาครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 2.4 ชั่วโมง ความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ระยะเวลากการหดรัดตัว นาน 40-60 วินาที ห่างกัน 2-5 นาที ระยะนี้อาการเจ็บปวดจะมากกว่าระยะเริ่มเจ็บครรภ์ จากการที่มดลูกมีการหดรัดตัวนานขึ้นและแรงขึ้น

1.3 ระยะเร่งตอนปลาย (Transition phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกเป็น 100 % มีการเคลื่อนต่ำของทารกเข้าสู่ช่องเชิงกราน มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 3.6 ชั่วโมง มารดาครรภ์หลังใช้เวลา 1 ชั่วโมง การหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระดับแรงมาก ระยะเวลากการหดรัดตัว นาน 60-90 วินาที ห่างกัน 1.5-2 นาที

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด (The second stage of labor) เป็นระยะเบ่ง เริ่มจากการที่ปากมดลูกเปิดหมด ประมาณ 10 เซนติเมตร จนถึงทารกคลอดครบทั้งตัว มารดาครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง มารดาครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 5-30 นาที ความแรงการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระดับแข็งแรงมาก ระยะเวลากการหดรัดตัว นาน 40-60 วินาที ห่างกันทุก 2-3 นาที

3. ระยะที่ 3 ของการคลอด (The third stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มจากหลังทารกคลอดจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ

4. ระยะที่ 4 ของการคลอด (The fourth stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มจากหลังรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ จนถึง 2 ชั่วโมง เป็นช่วงที่ร่างกายฟื้นคืนสภาพปรับสู่ภาวะปกติ

การลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา วิธีการใช้นั้นเป็นบทบาทโดยตรงของสูติแพทย์ และมีข้อจำกัดคือไม่สามารถให้ยาได้ตลอดเวลาตามที่มารดาต้องการ เพราะหากให้ในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมจะเกิดผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก เช่น มดลูกหดตัวน้อยลง เกิดการคลอดยาวนาน และตกเลือดหลังคลอด (Nichol & Humenick, 1988; Newton et al., 1995) การใช้ยาลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจะช่วยให้สตรีมีครรภ์ได้ผ่อนคลายในช่วงที่มดลูกไม่มีการหดตัว แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อทั้งมารดาและทารก อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับมารดา ได้แก่ อาการระคายเคือง ง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ จนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การตอบสนองต่างๆ ลดลง ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการคลอดได้ ส่วนอาการข้างเคียงที่มีผลต่อทารกนั้นมีทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบโดยตรงเกิดเนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปกดศูนย์การหายใจ ทำให้อัตราการหายใจของทารกลดลง หรือหากไปกดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง ผลทางอ้อมเกิดขึ้นเนื่องจากยาระงับปวดจะมีผลให้ความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรกลดลง ทารกจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด การที่มารดามีอาการระคายเคือง ง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ จนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การตอบสนองต่างๆ ลดลง ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการคลอดได้ ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด จะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด (Murray, McKinney, & Gorrie, 2002) อาจทำให้สตรีมีครรภ์แปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางลบ การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางลบ ร้อยละ 6 จะกลัวการคลอดและต้องการคลอดโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง (Sjogren, 2000) นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสการคลอดโดยใช้เครื่องมือและการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Lieberman et al., 1996) ส่วนวิธีบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระโดยตรงของพยาบาล ที่จะช่วยให้มารดาจัดการกับความเจ็บปวดในช่วงที่แพทย์ไม่สามารถให้ยากับมารดาได้ ซึ่งมีข้อดีคือ ไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ใช้ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ มีเทคนิคให้เลือกหลายอย่างแต่มีข้อจำกัดคือ มารดาต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงจะสามารถนำมาใช้ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ, 2548)

เทคนิคและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Methods of pain Relief)

1 เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique)

ปัจจุบันพบว่า การฝึกความสามารถในการลดความตึงเครียดเป็นทักษะที่สำคัญที่สุด และต้องได้รับการฝึกเมื่อเข้ารับการอบรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด พบว่าความสำเร็จของการฝึก

ทักษะการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาในการคลอด (Humenick, 1980 cited in Reeder, 1992) และพบว่า การผ่อนคลายสามารถเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดได้ สถิติร้อยละ 88 ยอมรับว่าการผ่อนคลายเป็นวิธีช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ดีมาก (Chamberlain, 1993 cited in Reeder, 1997) ความตึงเครียด ความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก หรือการเจ็บครรภ์จะมีผลไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตึงเครียด และมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) และจะไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงเครียดมากขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะมีผลในการขัดขวางต่อการป้อนกลับนี้ ระดับความตึงเครียดต่างๆ ก็จะลดลง ทำให้ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นก็ลดน้อยลงด้วย เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ผู้คลอดจะรู้สึกสบายขึ้นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น การเรียนรู้การผ่อนคลายเริ่มจากการฝึกให้ร่างกายรับรู้สถานะของกล้ามเนื้อว่าตึงเครียด หรือผ่อนคลายซึ่งเป็นทักษะที่มีประโยชน์ไม่เพียงแต่กับการคลอด ยังมีประโยชน์กับการลดความเครียดในชีวิตประจำวันด้วย การฝึกผ่อนคลายมีหลายวิธี เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วตัว (Progressive Relaxation) การฝึกการผ่อนคลายควรเริ่มฝึกในสภาพสิ่งแวดล้อมที่เงียบๆ แล้วค่อยๆ ฝึกในที่ๆ มีเสียงรบกวนมากขึ้น เช่น ฝึกในห้องดูโทรทัศน์ สถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน ควรฝึกจนกระทั่ง สามารถผ่อนคลายความตึงเครียดได้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันมากๆ และควรฝึกทุกวันวันละประมาณ 20 นาที (ชิตินา จำปีรัตน์, 2546)

2. เทคนิคการหายใจ (Breathing Technique)

ในการคลอดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเรียนรู้วิธีตอบสนองอย่างถูกต้อง ต่อการหดตัวของมดลูก สถิติตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดควรได้รับการสอน และฝึกทักษะการใช้เทคนิคการหายใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด สถิติตั้งครรภ์เหล่านี้จะสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงการใช้เทคนิคการหายใจที่ทำให้การตอบสนองในระยะคลอด เกิดความสมดุลกับการหดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งการเพ่งจุดสนใจไปที่การหายใจ และการผ่อนคลาย นอกจากนั้นยังช่วยทำให้เกิดความสมดุลของจำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายอีกด้วย (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546) วิธีการหายใจแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ความเจ็บปวดยังไม่มากให้ใช้วิธีการหายใจช้าลึก (Slow-deep chest breathing) โดยหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และหายใจออกทางปาก หรือจมูกช้าๆ ในขณะที่มีการหดตัวของมดลูก (หายใจลึกลงไป)

- ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ระยะนี้ความเจ็บปวดจะมากขึ้น ผู้คลอดจะกระสับกระส่าย ปวดบริเวณหัวหน้า ให้ใช้วิธีหายใจแบบเร็วตื้นและเบา (Shallow accelerated decelerated breathing) โดยหายใจเข้าและออกผ่านทั้งทางปากและจมูกตื้นๆ เร็วๆ และเบาๆ รู้สึกว่าไม่ได้ออกแรงหายใจอยู่ที่คอ ขณะมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจแบบช้าๆ ก่อน เมื่อมดลูกมีการหดตัวเต็มที่แล้วจึงเปลี่ยนเป็นการหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกว่ามดลูกคลายตัว จึงกลับไปหายใจแบบช้าอีกครั้ง

- ระยะปากมดลูกเปิดหมด (Transition phase) ระยะนี้มดลูกหดตัวรุนแรงมาก ผู้คลอดทรมานมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจร้องไห้อาวววย ระยะนี้ใช้วิธีหายใจแบบหอบสลับเป่าปาก (Shallow breathing with forced blowing out) โดยการหายใจเข้าและออกทางปากตื้นๆ เร็วเบาๆ 4 ครั้งติดต่อกัน แล้วเป่าลมออก 1 ครั้ง

3. การนวด (Massage)

เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทบริเวณผิวหนัง และการนวดเบาๆ จะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวด ถ้าได้รับการนวดจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดจะมีผลดีต่อจิตใจด้วย การนวดพื้นฐานมีอยู่ 4 ลักษณะ คือ ใช้ฝ่ามือ นวดเบาๆ ใช้ฝ่ามือกด ใช้ปลายนิ้วหรือหัวแม่มือกด และใช้บีบกล้ามเนื้อสลับปล่อย (เจียร์นัย โพธิ์ไทรย์, 2544) บริเวณที่ควรนวดได้แก่ คอ หลัง ไหล่ แขน ขาส่วนบน น่อง และเท้า (Gentz, 2001)

4. เทคนิคการลูบหน้าท้อง (Effleurage)

เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดวิธีหนึ่ง เพราะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอด ออกจากการเจ็บครรภ์ เชื่อกันว่าความเจ็บปวดจะมีมากหากความสนใจของบุคคลนั้นจดจ่อกับบริเวณที่เจ็บปวด การเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดและลดความรุนแรงของการเจ็บปวดได้ ซึ่งในระยะคลอดจะใช้วิธีการลูบหน้าท้อง เป็นจุดเบี่ยงเบนความสนใจ ประกอบกับเทคนิคการหายใจ นอกจากนี้การลูบหรือนวดหน้าท้องเบาๆ ในขณะที่มดลูกหดตัว จะเป็นการช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ได้สัมผัสกับบุตรในครรภ์ และช่วยลดความเจ็บปวดได้อีกทางหนึ่ง วิธีทำโดยทำมือทั้งสองข้างให้มีลักษณะเป็นอุ้งมือคล้ายเวลาพนมมือ ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวหน้าขึ้นไปทางยอดมดลูก และให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้า จากยอดมดลูก ลูบมือทั้งสองผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ และให้สัมพันธ์กับการหายใจออก ฉะนั้นเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องเสร็จ 1 ครั้งไปพร้อมๆ กัน (วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์ และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546)

5. การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy)

ดนตรีช่วยในการผ่อนคลายในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ดนตรีที่มีจังหวะเรียบ ไม่รุนแรง สงบ ทำนองช้าและเบาๆเป็นดนตรีที่เหมาะสมกับการฟังเพื่อการผ่อนคลาย ทำให้เกิดบรรยากาศของการผ่อนคลาย โดยเลือกและนำดนตรีที่ชอบมาฟังในระยะคลอดเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย ในระยะแรกของการคลอดอาจเริ่มด้วยดนตรีที่มีจังหวะช้าและใช้ดนตรีที่มีจังหวะหนักขึ้นในระยะเบ่ง (Gentz, 2001)

6. การใช้กลิ่นบำบัด หรือเสาวคนธบำบัด (Aroma therapy)

ชาวตะวันตกนิยมใช้กลิ่นหอมของลาเวนเดอร์ (Lavender) เพื่อคลายเครียดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย บางกลิ่นทำให้ผู้สูดดมรู้สึกผ่อนคลาย แต่บางกลิ่นดมแล้วรู้สึกไม่สบาย กลิ่นจึงเป็นความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล อาจใช้น้ำมันหอมกลิ่นต่างๆ ร่วมกับการนวดซึ่งจะดูซึมได้ดีกว่า เพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ช่วยลดความตึงเครียดและความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Gentz, 2001)

7. การสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic touch)

มีพื้นฐานมาจากการรักษาแบบโบราณ โดยการสัมผัสด้วยการวางมือของผู้ให้การสัมผัสเหนือผู้รับการสัมผัสในบริเวณที่มีการเจ็บปวด ผู้ให้การสัมผัสจะควบคุมตนเองอยู่ในสมาธิและส่งผ่านพลังไปยังผู้รับการสัมผัสเพื่อลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546)

8. การใช้ความร้อนและความเย็น (Heat and cold)

ความร้อนและความเย็นถูกนำมาใช้เพื่อลดความเจ็บปวดมานานนับศตวรรษ แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดได้ ซึ่งยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ความร้อนมีประสิทธิภาพดีในการลดความตึงเครียดและส่งเสริมภาวะผ่อนคลาย ความร้อนทำให้เส้นเลือดขยายตัว และเหมาะกับการลดความเจ็บปวดที่ไม่รุนแรง หลายๆ โรงพยาบาลนำความร้อนมาใช้โดยปล่อยน้ำอุ่นจากฝักบัว หรืออ่างน้ำวนด้วยน้ำอุ่นในบริเวณห้องคลอด เพื่อให้ผู้คลอดใช้แช่น้ำอุ่นเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด ยังไม่มีการศึกษาผลการใช้น้ำอุ่นลดความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างจริงจัง แต่มีรายงานว่าได้ผลดี ในสถานที่ที่ไม่มีอ่างน้ำหรือห้องน้ำที่มีน้ำอุ่น อาจใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบหรือใช้กระเป๋าน้ำร้อนห่อด้วยผ้าวางบนบริเวณหน้าท้อง ก้น หลัง หน้าขา และบริเวณฝีเย็บแทนได้

ความเย็นจะช่วยชะลอการส่งผ่านพลังประสาทของความเจ็บปวดไปสู่สมอง ส่วนใหญ่จะใช้ความเย็นกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ในรายที่มีอาการปวดหลังอย่างรุนแรง พยาบาลอาจวางด้วยกระเป๋าน้ำแข็งประมาณ 20-30 นาที จะช่วยลดอาการเจ็บปวดได้และลดได้ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าและมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าการใช้ความร้อน การใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้า

ยังให้ความรู้สึกที่สดชื่น ในระยะคลอดอาจใช้ความร้อนสลับกับความเย็นเพื่อลดความเจ็บปวดได้ (ชิตินา จำปรัตน์, 2546)

9. ชาราน้ำบำบัดหรือการใช้น้ำบำบัด (Hydrotherapy)

โดยการให้ผู้คลอดแช่ลงในอ่างน้ำอุ่นจะทำให้เส้นเลือดขยายตัว กล้ามเนื้อผ่อนคลายทำให้ผู้คลอดอารมณ์ดีขึ้นแม้ว่าอาจจะทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่สามารถลดอาการเจ็บป่วย และการรักษาอื่นๆ ได้ จากการศึกษาวิจัยยังพบว่า การแช่ในอ่างน้ำอุ่นที่มีน้ำพุ่งออกมา จะกระตุ้นให้ปากมดลูกเปิดขยายได้เร็วขึ้น (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999) การแช่น้ำยังช่วยพุงน้ำหนักและลดแรงกดดันบนกล้ามเนื้อมดลูกด้วย ผู้คลอดส่วนใหญ่จึงรู้สึกพึงพอใจกับวิธีการนี้

10. การฝังเข็ม (Acupuncture) การฝังเข็มทำให้เกิดการหลั่งสารชนิดหนึ่ง เรียกว่า เอนเคอร์ฟิน [Endorphin] ซึ่งจะช่วยระงับปวด (Eappen & Robbins, 2002)

ความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด

เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในมารดา โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่มีความรู้ประสบการณ์การคลอดมาก่อน ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ จะถูกสะสมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (ฉวี เบาทรวง, 2537) ทั้งนี้เพราะผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย กลัวเจ็บปวดทรมานจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะพิการหรือเป็นอันตราย กลัวสภาวะสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ (Montgomery, 2003) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดน้อยลง การรับรู้เหตุการณ์แคบลง มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง (Cheung, & Chan, 2007) ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของผู้คลอดให้การยอมรับ และให้กำลังใจ

มโนคติความเครียด

ลาซารัสและโฟล์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษ หรือเป็นผลต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยสติปัญญา ความเครียดเป็นภาวะที่มีความกดดันต่อร่างกายและจิตใจ สิ่งกดดันอาจเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลหรือเป็นเพียงแต่สิ่งคุกคามทางด้านจิตใจ (Fisnbein, 1975 อ้างใน พรศิริ ใจสม, 2536) ความเครียดเป็นความกดดันที่ทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจ

วุ่นวายใจ และทำให้เสียสมดุลของตนเอง อันเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มีความรู้สึกเครียดน้อยลง (จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย, 2533)

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ และความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล กระบวนการต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลความหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ของบุคคล ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปรากฏการณ์หนึ่งของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ สะสมมากขึ้นเรื่อยๆ (Lazarus & Folkman, 1984 : 52-53) กระบวนการนี้ประกอบด้วย การประเมิน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิด ที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดในสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอะไร และตัดสินว่าสิ่งนั้นมีอิทธิพลหรือมีความสำคัญต่อชีวิตและร่างกายของบุคคล แนวการตัดสินมี 3 ลักษณะ คือ การตัดสินว่าสิ่งกระตุ้นความเครียดนั้นไม่มีความสำคัญหรือไม่ทำอันตรายต่อตนเอง (Irrelevant appraisal) ลักษณะที่ 2 ตัดสินว่าสิ่งนั้นเป็นประโยชน์หรือจะก่อประโยชน์แก่ตนในอนาคต (Benign- positive appraisal) ซึ่งถ้ามีการตัดสินเช่นนี้ บุคคลจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหันเหความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการ หรือปรับตัวกับเหตุการณ์นั้น รูปแบบการตัดสินใจลักษณะที่ 3 เป็นการตัดสินใจว่าเป็นความเครียด (Stress appraisal) บุคคลจะประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดที่ประสบอยู่ในลักษณะของอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) สิ่งคุกคาม (Threat) หรือสิ่งท้าทาย (Challenge) การตัดสินในลักษณะว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียนั้น บุคคลจะประเมินว่ามีอันตรายบางอย่างได้เกิดขึ้นกับตนแล้ว เนื่องจากสิ่งกระตุ้นความเครียดนั้น เช่น ในระยะคลอด มารดาวัยรุ่นจะรับรู้และแปลความหมายว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) จึงตัดสินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) มารดาวัยรุ่นจะประเมินว่าตนเองได้ถูกคุกคามจากอันตราย ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ หรือวิตกกังวล เป็นต้น ถ้าหากมารดาวัยรุ่นเผชิญกับสิ่งกระตุ้นความเครียด แล้วทำให้เกิดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ ย่อมทำให้เกิดความซึมเศร้า และภาวะขาดการช่วยเหลือ (helplessness)

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินศักยภาพของตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และมีทางเลือกอะไรบ้างในสถานการณ์ดังกล่าวที่บุคคลจะเลือกใช้ เช่น การเข้ามีส่วนร่วม การถอยหนี หรือแสวงหาวิธีลดความรู้สึกรุนแรงลง โดยใช้กลวิธีทางจิต (defense mechanism) ซึ่งเรียกการประเมินนี้ว่า เป็นวิธีการเผชิญความเครียด (coping option)

ในระยะคลอคมารดาวัชรุ่นจะขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้ญาติเข้าเยี่ยม หรือดูแลในห้องคลอดได้ ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด จากการศึกษาของ Hodnett & Osborn (1989) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Primary appraisal) หรือเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดที่กระทำไปแล้ว เนื่องจากบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ๆ ความคิดนี้เกิดขึ้นได้หลายๆครั้ง ช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ดีขึ้น การประเมินซ้ำอาจเป็นแบบปกป้องตนเอง (defensive reappraisal) ซึ่งเป็นการประเมินผลซ้ำโดยที่บุคคลทบทวนและแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่มีความรุนแรงน้อยลง

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ลักษณะ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factor) บุคคลที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ คือ ข้อผูกพัน (commitment) และความเชื่อ (belief) ข้อผูกพัน หมายถึง สิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญกับการพิจารณา ตัดสินความเกี่ยวข้องของสถานการณ์ต่อสวัสดิภาพของบุคคล ส่งผลให้บุคคลกล้าเผชิญ หรือถอยหนีจากสถานการณ์ที่ตนเองประเมิน ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงในการเกิดความเครียด คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆไปให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการได้ (general belief about control) ซึ่งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ 2) การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (situational control appraisal) เกิดจากการที่บุคคลประเมินความต้องการของสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับความเครียดแล้ว มีความมั่นใจว่าสามารถจัดการได้ 3) การมีความเชื่อในสิ่งที่เป็นอยู่ (existential belief) ได้แก่ ความเชื่อในหลักการของศาสนา โชคชะตาหรืออื่นๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลสร้างความหมายให้กับชีวิตและดำรงไว้ซึ่งการมีความหวังในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสภาพการณ์ ได้แก่

2.1 การเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็น ได้ยิน หรือสถานการณ์ใหม่ (novelty) กับประสบการณ์เดิม เช่น การประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม เนื่องมาจากการเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในอดีตที่เคยประเมินว่าอันตรายมาก่อน

2.2 ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ (event uncertainty) เป็นภาวะที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้แน่ชัดว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ภาวะเช่นนี้จะสร้างความรู้สึกคุกคามได้มาก

2.3 ปัจจัยด้านเวลา โดยทั่วไปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (Imminence) มีผลต่อความเร่งรีบในการประเมินตัดสินใจ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่สื่อเค้าว่าจะเป็นอันตราย หรือมีโอกาสที่จะควบคุมไม่ได้

สาเหตุของความเครียด

การที่บุคคลมีความเครียดนั้นเกิดขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งหมายถึงสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวบุคคล ซึ่งสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นๆ (Friedman & Dimatteo, 1989) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นข้อเรียกร้อง (Demand) จากทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งด้านสรีระ จิต สังคม ประเพณี วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลให้บุคคลต้องมีการตอบสนองหรือต้องปรับตัวต่อข้อเรียกร้องนั้นๆ (Bergess, 1990)

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีมากมาย ในการดำเนินชีวิตของบุคคลจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าตลอดเวลา ซึ่งมูลเหตุอย่างเดียวกัน หรือมีความรุนแรงเท่ากันทั้งทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม จะก่อให้เกิดความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน (นงคราญ ผาสุก, 2535) มีผู้ที่กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ต่างๆ ดังนี้

ปาริชาติ จันทรสุทธราพร และภัทราพรธณ มุสิก (2542) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียด ออกเป็น 2 สาเหตุ คือ สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ สิ่งแวดล้อม ทางด้านสังคม และมนุษยสัมพันธ์ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต และสาเหตุจากภายในตัวบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ คือ โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา หมายถึง ความแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาพ หรือความสามารถของบุคคล ระดับพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ที่ถือว่าเป็นความเครียด ได้แก่ กลัว โกรธ เกลียด วิตกกังวล นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ของบุคคล ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สูญเสีย หรือมีการเปลี่ยนแปลง

จำลอง ดิษขณิข และพริ้มเพรา ดิษขณิข(2545) อธิบายว่าสาเหตุของความเครียด รวมทั้งความวิตกกังวล โดยใช้ตัวแบบทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) จะมีปัจจัยที่สำคัญสามอย่างได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมากการกระตุ้นระบบประสาทอิสระ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic

ทำให้เกิดอาการ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว แขนงหน้าอก ปวดศีรษะ ท้องเดิน เมื่อมีความวิตกกังวลจะมี การหลั่ง Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา คนที่มีความวิตกกังวลง่ายพบว่าระบบประสาท อีสุระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรมและบุคลิกภาพซึ่ง เกี่ยวข้องกับความเครียดเช่นเดียวกัน เป็นต้นว่าคนที่มีความผิดปกติแบบ เอ (Type A behavior) จะชอบ แข่งขันอย่างจริงจัง และพยายามผลักดันตัวเองให้ไปสู่เป้าหมาย มีความทะเยอทะยานสูง มีความรู้สึกรีบเร่ง และชอบทำงานแข่งกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายได้ยาก ขาดความอดทน และ ชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

2. ปัจจัยทางจิตใจ ทั้งความกดดันทั้งจากภายนอกและภายใน มีส่วนทำให้เกิด ความเครียดได้-บ่อย ความคับข้องใจซึ่งเป็นสถานะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใดๆ ก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุเป้าหมายประสงค์ตามที่ต้องการ ก็จะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ ความขัดแย้ง ของแรงจูงใจจะนำไปสู่ความเครียดได้เช่นสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าหมายประสงค์ที่น่าพึงพอใจสอง อย่างในเวลาเดียวกันหรือ ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าหมายประสงค์ที่ไม่พึงพอใจสองอย่าง

3. ปัจจัยทางสังคม เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคม ซึ่งตามปกติ มักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของเรา ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากขึ้นเท่านั้น

ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล แม้จะเป็นสิ่งที่คลุมเครือ หรือมีสาเหตุเดียวกัน แต่ ความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบยอมรับและความสามารถในการ ปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพื้นฐานทางจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ เกี่ยวข้องในขณะนั้น และความเข้มของสิ่งที่มากระตุ้น (ชงชัย ทวีชาติ และคณะ, 2541)

เฟรนและเวลิก้า (Fraun & Valiga, 1981: 61-68) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (day to day stress) เป็นความเครียดที่ไม่ กระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้ด้วยความเคยชิน เช่นรถติด การได้รับบริการไม่ ดีในร้านอาหาร

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่พบ ได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว และมีปฏิกิริยาต่อต้าน แต่เป็นช่วงเวลาไม่นาน เช่นการ สัมภาษณ์เกี่ยวกับหน้าที่การงาน การผัดนัด

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับ เป็นเวลานานและคงที่ ซึ่งอาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็ว เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออก

ของความเครียดทั้งทางปฏิกิริยาและคำพูด เนื่องจากไม่อาจควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต เช่นการเจ็บป่วยที่มีผลคุกคามต่อชีวิตของบุคคล

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์ นั่นคือบุคคลอาจเข้าสู่ระยะหมดกำลัง หรือมีความเหนื่อยหน่ายที่สุดในที่สุด

ผลการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด

การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดนั้น Murray and Zentner (1985) กล่าวถึงผลของความเครียดที่ร่างกายสามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดไว้ 2 ประเภท คือ ปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกาย และปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกาย ที่มีต่อความเครียด ทำให้เกิด

1.1 ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการกั่งของเกล็ดเลือดและน้ำในหลอดเลือด มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น จะพบว่ามิชีพจรเต้นเร็วและแรง อาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการใจสั่นร่วมด้วย

1.2 เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นซีดและเย็น

1.3 มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ

1.4 ปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง จากการกั่งของน้ำและเกล็ดเลือดในร่างกายจากกลไกการปรับตัวของไต เพื่อรักษาระดับเลือดภายในร่างกาย (blood volume) ให้เพียงพอ

1.5 อัตราการเผาผลาญสารอาหาร (metabolism) เพิ่มขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ พบว่ามีการขาดน้ำ (mild dehydration) หากการเผาผลาญอาหารยังคงสูงอยู่นาน จะมีการนอนไม่หลับ และเมื่อขี้ได้

1.6 ระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นจากการสร้างอินซูลิน (insulin) น้อยลง มีการหลั่งกลูโคสจากโปรตีน ไชมัน และไกลโคเจนเพิ่มขึ้น จะพบกรดแลคติก (lactic acid) สูงขึ้น

1.7 การทำงานของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เพิ่มขึ้น อาจมีอาการสั่น กระตุก หรือพบว่ามีอาการเมื่อยล้าทั่วร่างกาย นอกจากนี้กล้ามเนื้อจะมีการตึงตัวได้ด้วย

1.8 ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากต่อมไทมัส (thymus gland) และเนื้อเยื่อพวกลิมฟอยด์ (lymphoid) ลีบลง เซลล์พวกลิมโฟไซท์ (lymphocytes) ถูกทำลาย ความสามารถในการยอมให้สารผ่านเข้าไปในเซลล์ (permeability) บริเวณที่เกิดการอักเสบลดลง

1.9 ระยะเวลาที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือดลดลง เนื่องจากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด และจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น

ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้ยังมีหลายๆ งานวิจัยที่ประเมินความเครียดในรูปแบบของความวิตกกังวล ซึ่งเอดเลอร์และเอดเวิร์ด (Endler & Edwards, 1982) อาศัยแนวคิดทฤษฎีความเครียด ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger, et. al., 1970) มาใช้ในการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล (อารีรัตน์ แนวชาลี, 2550) ว่า เมื่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเหตุการณ์เครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ปัจจัยด้านบุคคล (A-State) และเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น จะส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้น และจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกนั้นโดยใช้กลไกทางจิตหรือการเผชิญปัญหา ซึ่งสปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger, et. Al., 1970) อธิบายว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลมี 2 ประเภท คือความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคลที่ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง แสดงออกเมื่อบุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราว บุคคลจะรับรู้ถึงความรู้สึกตึงเครียด ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานมากขึ้น ความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการวัดความเครียดในรูปแบบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นการวัดความรู้สึกที่ไม่เจาะจงกับสถานการณ์ เป็นเพียงการวัดระดับความรู้สึกในแง่รวมต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาของ Norbeck and Anderson (1989) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และยังมีผลทำให้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

นอกจากนี้นักจิตวิทยาหลายท่านกำหนดนิยามของความเครียดเป็นนามธรรม ทำให้การวัดปริมาณความเครียดทำได้ยาก นักวิจัยหลายท่านจึงได้ใช้ความวิตกกังวลเป็นตัวบ่งบอกความเครียดของบุคคล พุ่มพวง จิรากุล (2539) ได้นำทฤษฎีความเครียดมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความวิตกกังวล และศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรตัวเหลือง โดยมีแนวคิดที่ว่าความวิตกกังวลจะลดลงจากการลดความเครียดลง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ได้แก่

1. อายุ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคล เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะสามารถใช้กลวิธี

ในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Garland & Bush, 1982) โดยเมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในภาวะเหล่านั้น จากการศึกษาของ พรศิริ ใจสม (2536) พบว่าปัจจัยด้านอายุของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของบิดามารดา อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนั้น แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้นค่าคะแนนความเครียดจะลดลง

2. ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยพัฒนาความคิด ความรู้ ความสามารถของมนุษย์ เพื่อให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ในสังคม การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (วิมลวัลย์ วโรพาร, 2535) ส่วนผู้ที่มีระดับสติปัญญาหรือระดับการศึกษาต่ำจะมีผลต่อการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองและการเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นๆ ต่างกันไป (Clark, 1987) จากการศึกษา วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญปัญหามากกว่า

3. รายได้ครอบครัว รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เพราะรายได้เป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงินในการที่จะใช้เป็นค่าใช้จ่ายรักษา-พยาบาล จากการศึกษาของ สากุล คงพันธ์ (2533) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาของครอบครัว และการมีความสามารถในการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจะจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะไม่ต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่มีความกังวล

4. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญ สมาชิกภายในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กันและร่วมมือช่วยเหลือกันอย่างใกล้ชิด ลักษณะครอบครัวเดี่ยว จะประกอบไปด้วยบิดามารดาเท่านั้น และจะเป็นผู้รับผิดชอบภาระหน้าที่ในครอบครัวทุกอย่าง ส่วนครอบครัวขยายนอกจากสมาชิกในครอบครัวจะประกอบด้วยบิดามารดาและบุตรก็จะมีญาติผู้ใหญ่ของทั้งสองฝ่าย หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่อาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย ซึ่งสามารถจะช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและการประคับประคองด้านจิตใจ ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ การให้ข้อมูลเพื่อช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ให้แก่บิดามารดา (Pender, 1987)

5. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่เคยผ่านการตั้งครรภ์หรือเคยตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้ง จะทำให้มีประสบการณ์และเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย จะทำให้เป็นผู้ที่มีความสามารถเข้าใจและแก้ปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มี

ประสบการณ์ จากการศึกษาของ พรณี รุ่นประดับ (2538) พบว่าจำนวนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

6. การวางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการบุตรทั้งฝ่ายหญิงตั้งครรภ์และฝ่ายสามี มีส่วนก่อให้เกิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ เพราะความพร้อมในการมีบุตรย่อมมีส่วนที่ทำให้เกิดความสบายใจ และมีการเตรียมตัวเตรียมใจมากกว่าผู้ที่ไม่พร้อม จากการศึกษานี้ของอัมพร โอตระกูลและคณะ (2533) พบว่าความต้องการบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด

เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์มารดาจะมีความรู้สึกสับสน ขัดแย้ง หรือไม่พอใจ และกลัวต่อการคลอด (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991) การที่มารดาต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างมากมายและรวดเร็ว ความเจ็บปวดที่รุนแรง ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้คุกคามความมั่นคงปลอดภัยของมารดาและทารก ทำให้มารดารู้สึกไม่สบายใจ กลัว ตกใจ รู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์การคลอด และแสดงออกเป็นความวิตกกังวลต่อการคลอด ซึ่งเป็นผลจากความเครียดที่พบได้ในมารดาเกือบทุกคน

ความวิตกกังวลต่อการคลอด เป็นความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในด้านต่างๆ มีสาเหตุหลายประการ (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991) เช่น สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่แปลกใหม่ ที่ประกอบด้วยเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลผู้คลอด เพื่อลดความเสี่ยงของผู้คลอดและทารก รวมทั้ง กลิ่น แสง และเสียงที่ไม่คุ้นเคย ในระยะเจ็บครรภ์ผู้คลอดต้องถูกแยกจากครอบครัว และสังคม ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น ขาดความเป็นส่วนตัว ต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรม ดื่มน้ำและอาหาร หรืออาจต้องได้รับการรักษาด้วยยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลแปลกหน้า มีการสนทนาด้วยศัพท์วิชาการที่ฟังไม่เข้าใจ ทำให้นุคลเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจ มีความกลัวอันตรายต่อตนเองและทารก กลัวได้รับบาดเจ็บ กลัวเจ็บปวด และกลัวตาย รู้สึกเป็นห่วงทารกในครรภ์ อาจได้รับความกระทบกระเทือนจากการตรวจรักษาหรือจากการคลอด กลัวว่าทารกจะไม่ปกติสมบูรณ์ หรือที่พบได้มากคือ กลัวและกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ที่ถี่และรุนแรงขึ้นขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระยะคลอด ขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด และเหตุผลของการตรวจรักษา หรือการปฏิบัติที่พยาบาลที่ได้รับหรือคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ เช่น มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด การมีถุงน้ำทวนหัวแตกเป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลของผู้คลอด

การเกิดความไม่มั่นใจต่อการเปลี่ยนบทบาทจากเป็นหญิงตั้งครรภ์ สู่บทบาทของผู้คลอด ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้บางครั้งไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมแสดงออกในขณะเจ็บครรภ์ หรือรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ขณะเบ่งคลอด และการที่ผู้คลอดไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างให้

เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคล ทำให้รู้สึกสูญเสียการมีคุณค่าแห่งตนเอง ผู้คลอดบางคนรู้สึกว่าการคลอดเป็นการถูกแยกจาก ขาดความเป็นเจ้าของเนื่องจากทารกเคยเป็นส่วนหนึ่งของตน

ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการเผชิญสถานการณ์การคลอด เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว ระดับความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระทบต่อผู้คลอด ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ และความคิดสร้างสรรค์ ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลต่ำหรือปานกลาง จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้คลอดมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991) เพื่อให้สามารถเผชิญการคลอดได้อย่างปลอดภัย ถ้าผู้คลอดมีความวิตกกังวลรุนแรงจะทำให้ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์แบบลงมองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง เกิดความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถเผชิญความเครียดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องของการศึกษาของอุษา เชื้อหอม (2534) พบว่าความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = -.332$)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

การพยาบาลเพื่อให้บุคคลได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องตอบสนองในองค์รวมของบุคคล โดยทั่วไปเมื่อบุคคลได้รับการดูแลครบทั้งกายและจิตสังคม เชื่อว่าจิตวิญญาณของบุคคลนั้นจะได้รับการตอบสนองในที่สุด รูปแบบการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การจัดการลดความปวด การดูแลด้านจิตใจ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมความปลอดภัยของทารก (ศศิธร พุ่มดวง, 2549)

1. การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยดูแลด้านความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ดูแลให้มารดาได้รับอาหารที่เพียงพอ เพื่อเพิ่มพลังงานให้กับร่างกาย และดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอจะช่วยลดการเกิดความล่าช้าของการคลอดได้ (Simkin & Ancheta, 2000) นอกจากนี้การดูแลระบบขับถ่าย การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างและการสวนอุจจาระ เป็นการส่งเสริมการหดตัวของมดลูกและลดการขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำ การดูแลความสะอาดของร่างกายช่วยให้มารดาสุขสบายร่างกายสดชื่น

2. การจัดการลดความเจ็บปวด การลดความเจ็บปวดมีความสำคัญมาก ในการประเมินความเจ็บปวดควรเน้นที่เรื่องของ subjective data เป็นหลักและซักถามถึงความต้องการในการลดความเจ็บปวด และให้ข้อมูลวิธีการลดความเจ็บปวดให้เพียงพอ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบ เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแตกของถุงน้ำคร่ำ น้ำหนักและส่วนสูงของมารดา และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น (Phumdoung & Rattanaparikonn, 2003) เพื่อประกอบการ

วิเคราะห์ในการให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมกับมารดาแต่ละราย วิธีการลดความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา สามารถแบ่งตามกลไกการลดความเจ็บปวดได้ 3 ประเภท คือ การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย และการส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลัง

- การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด สามารถจัดให้มารดาอยู่ในท่าต่างๆ เช่น ในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอด ท่าในแนวตั้ง เช่น ท่านั่ง ทำยืน ช่วยในการลดปวด (Melzack, Belanger & Lacroix, 1991) อย่างไรก็ตามเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดมากขึ้น ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 6 เซนติเมตรขึ้นไป มารดามักไม่ต้องการอยู่ในท่านั่ง ควรจัดทำเพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกดมดลูก (abdominal decompression) ซึ่งจะช่วยให้การหดตัวของมดลูกได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้แรงกดต้าน โดยใช้มือกดบริเวณหลัง (counterpressure) จะช่วยให้ด้านการติ่งของเอ็น (sacroiliac ligament) และอาจช่วยให้กระดูก sacrum และ ilium อยู่ในแนวเดียวกัน ทำให้เชิงกรานกว้างขึ้นช่วยให้เกิดการเคลื่อนตัวของส่วนนำ และทารกมีการเคลื่อนต่ำได้ดี (Simkin, 1991)

- การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย มีการใช้ความร้อนช่วยเพิ่มความทนต่อการปวดได้มากขึ้น ส่วนการใช้ความเย็นทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทช้า ทำให้อาการปวดลดลง (Phumdoung, Rattanparikonn & Maneechot, 2004) นอกจากนี้การกระตุ้นประสาทส่วนปลายเพื่อลดความเจ็บปวด ยังสามารถใช้การบำบัดโดยการใช้น้ำ การนวด การสัมผัส การกระตุ้นด้วยเครื่องไฟฟ้า และการฝังเข็ม (ศศิธร พุมดวง, 2546)

- การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง การใช้ดนตรีลดความเจ็บปวด ดนตรีที่ใช้ควรมีเสียงสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเร่งเร็ว ดนตรีเสียงนุ่ม ความเร็วของจังหวะดนตรี 60-80 ครั้ง/นาที (Phumdoung & Good, 2003) นอกจากนี้สามารถแนะนำให้มารดาฟังและเบี่ยงเบนความสนใจ และสร้างจินตนาการ จะเป็นการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง (Simkin, 1991)

3. การดูแลด้านจิตใจ การจัดการเกี่ยวกับความกลัวหรือความวิตกกังวล การดูแลจากพยาบาลเช่นการให้ข้อมูลและการตอบสนองต่อความต้องการของมารดาในระยะคลอด ทำให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์ต่อการคลอดในทางบวก (VandeVusse, 1999) ซึ่งจะช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของมารดาได้ ในบางประเทศได้ให้ผู้ช่วยเหลือเข้ามาดูแลมารดาในระยะคลอด ซึ่งเป็นบุคคลเพศหญิงซึ่งได้รับการฝึกดูแลมารดา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบางส่วนมาเป็นเพื่อนมารดาในระยะคลอดเรียกว่า doula จะช่วยด้านจิตใจของมารดา ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดของมารดาได้ doula มักจะเป็นผู้ที่ผ่านการคลอด มีความอ่อนโยน เห็นใจมารดา ทำให่มารดารู้สึกปลอดภัย (Klaus, Kennell & Klaus, 2002)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมหรือการควบคุมตนเองและสถานการณ์ จากการวิจัยพบว่า มารดาในระยะคลอดต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลที่ต่อเนื่อง (Hundley, Ryan & Graham, 2001) ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่มารดาเป็นสิ่งสำคัญ การให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ นอกจากจะช่วยเรื่องความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้แล้ว ยังจะช่วยให้มารดาารู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณของมารดา

4. การจัดการสิ่งแวดล้อม ควรจัดให้ไม่มีแสงจ้า เพื่อลดการกระตุ้นและพักได้ดี ลักษณะของห้องควรเป็นสัดส่วน เช่น ปิดม่านบางส่วนเพื่อให้มารดามีความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ควรมีการจัดห้องให้อากาศระบายได้ดี

5. การส่งเสริมความปลอดภัยของทารก การประเมินการเต้นของหัวใจทารก จากงานวิจัยพบว่ามารดาในระยะคลอด ต้องการติดตามเสียงหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด (Hundley, Ryan & Graham, 2001) จึงควรมีการติดตามการเต้นของหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ อาจใช้เครื่อง electronic fetal monitoring (EFM) โดยเฉพาะในระยะ active phase หรือมารดาได้รับยากระตุ้นการคลอด เนื่องจากมีโอกาสดเกิด fetal distress ได้ง่าย โดยทั่วไปแล้วเมื่อ intensity ของการหดตัวของมดลูก ประมาณ 40 มิลลิเมตรปรอท จะมีผลทำให้เลือดหยุดไปเลี้ยงมดลูกซึ่งเรียกว่า physiologic isolation อย่างไรก็ตามการเกิดจะสั้นจึงทำให้ทารกทนทานต่อภาวะนี้ได้ เมื่อมดลูกเริ่มคลายตัวจะมีการเปิดของเส้นเลือด จึงมีการไหลของเลือดผ่านรกมายังทารกได้ (Martin, 2002) ดังนั้นการติดตามด้วยเครื่อง EFM จึงมีความสำคัญ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกและทารกได้ดี เช่น การให้มารดานอนตะแคง และยังเป็นการป้องกันการเกิดสายสะดือข้อยึด

การพยาบาลดังกล่าวเป็นการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญต่อมารดาในระยะคลอด ด้านกาย จิต-สังคม เมื่อกาย จิตสังคมได้รับการตอบสนอง ส่วนใหญ่ความต้องการด้านจิตวิญญาณจะได้รับการตอบสนองเช่นกัน ซึ่งเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆ ที่มารดาได้รับในระยะคลอดเป็นสิ่งร้ายที่กระตุ้นต่อระบบการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ของมารดาวัยรุ่น และแปลความหมายจากสิ่งร้ายต่างๆ นั้น เป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ดังนั้นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัส มีผลต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ประสบการณ์การคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายแตกต่างกันไป สำหรับมารดาแต่ละคน ซึ่งการที่มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่แตกต่างกันนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้

1. ลักษณะของบุคคล (Clark & Affanso, 1979)

มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง เนื่องจาก สังคมมีความเห็นว่าการคลอดเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของลูกผู้หญิง มารดามีความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นสิ่งที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้จริง และจะรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในทางบวก หรือมารดาได้รับการป้อนกลับในทางที่ดีจากแพทย์และพยาบาลในขณะคลอด

สำหรับมารดาที่เห็นว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ทางลบ เนื่องมาจากมารดาหรือสังคมนั้นๆ มีความเห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัวมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรือประสบการณ์การคลอดไม่เป็นไปตามความคาดหวังของมารดา มารดาได้รับการป้อนกลับในทางลบ

2. ความคาดหวังต่อบทบาทการเป็นผู้คลอด (Clark & Affanso, 1979)

ความคาดหวังต่อบทบาทของมารดาอาจถูกกำหนดโดยสังคม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ถ้าความคาดหวังของมารดาต่อบทบาทของมารดาไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้เกิดการขัดแย้งในบทบาทได้

3. ความกลัวและความวิตกกังวล (Clark & Affanso, 1979)

ในระหว่างการรอคอยการคลอดยิ่งเวลาผ่านไป และความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มขึ้น มารดาจะยังมีความกังวลและความกลัวเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ ความกลัวและความวิตกกังวลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะจากสิ่งเร้าทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการที่ประสบการณ์การคลอดของมารดาไม่เป็นไปตามความคิดหรือจินตนาการของมารดา ซึ่งจะทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญอยู่กับสิ่งที่ลึกลับ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

4. การเปลี่ยนความรู้สึก (Clark & Affanso, 1979)

ความรู้สึกต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระหว่างการคลอดทั้งความรู้สึกที่ได้รับ การกระตุ้นมากเกินไป และความรู้สึกที่ขาดการกระตุ้น ซึ่งการกระตุ้นเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกนี้จะเกิดจากปัจจัยแตกต่างกัน กล่าวคือ ความรู้สึกที่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สภาพแวดล้อมในห้องคลอด หรือการที่มารดาไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจข่าวสารที่ใช้ทางการแพทย์ ส่วนความรู้สึกที่ขาดการกระตุ้น เกิดจากกิจกรรมที่มารดาเคยปฏิบัติถูกขัดขวาง มารดาสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง การลดสิ่งเร้าทางความรู้สึก หรือการถูกแยกจากสังคม และบุคคลสำคัญอื่นๆ ในครอบครัว

5. ความรู้สึกสูญเสีย (Clark & Affanso, 1979)

ในระหว่างการคลอดของมารดา อาจจะมีประสบการณ์การสูญเสียเกี่ยวกับความคาดหวังหรือค่านิยม การสูญเสียที่เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่การสูญเสียในภาพลักษณ์ มารดาที่มีภาวะเสี่ยงบางคนอาจสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียเกี่ยวกับบทบาท หรือหน้าที่การงาน การสูญเสียรูปแบบการสื่อสาร การสูญเสียรูปแบบในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายของตน

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะที่คลอด ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายแตกต่างกันไปสำหรับมารดาแต่ละคน บางคนอาจมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ในขณะที่บางคนมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆที่มารดาได้รับในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะที่คลอดเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่อระบบการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ของมารดาวัยรุ่นทั้งสิ้น และการที่มารดาวัยรุ่นแปลความหมายจากสิ่งเร้าต่าง ๆ นั้นได้ โดยการใช้ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อถือของมารดาวัยรุ่นออกมาเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งเป็นไป 2 ทาง คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก จะรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตน และมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ในขณะที่คลอดตามความจริง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ในขณะที่คลอดได้ และมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอด แต่มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบจะมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นเรื่องที่เจ็บปวดทรมาน เป็นสิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพของตน มารดาจะมีความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกสูญเสีย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่พึงพอใจในการคลอด

การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนั้น มาร์ต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา โดยประเมินในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. ความสำเร็จในการใช้ทักษะเพื่อลดความเจ็บปวด
2. ความเชื่อมั่นของมารดาในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะที่คลอด
3. การผ่อนคลายในระหว่างเจ็บครรภ์และระหว่างคลอด
4. ความยินดีหรือพึงพอใจระหว่างการคลอด
5. ความสามารถในการควบคุมตนเอง ระหว่างเจ็บครรภ์และระหว่างการคลอด

6. ความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับบุตร
7. การร่วมมือกับแพทย์ และพยาบาลระหว่างเจ็บครรภ์และการคลอด
8. การช่วยเหลือจากคู่สมรสในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
9. ความสามารถในการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
10. ความรู้สึกเจ็บปวดในระหว่างคลอด
11. ความรู้สึกหวาดกลัวระหว่างการคลอด
12. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของบุตร
13. ความรู้สึกของมารดาต่อการใช้เครื่องมือต่างๆในระหว่างคลอด
14. ความคิดฝันของมารดาเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด
15. โอกาสของมารดาในการเลือกเกี่ยวกับการตรวจรักษา
16. โอกาสของมารดาในการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดารวมทั้งความรู้สึกของมารดาภายหลังการพูดคุยกับผู้อื่น
17. ความพึงพอใจต่อการคลอด
18. ระยะเวลาที่มารดาได้สัมผัสจับต้องและอุ้มบุตร และความรู้สึกของมารดาภายหลังอุ้มบุตร

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Peterson & Mehl, 1978) สัมพันธภาพจะก้าวหน้าเพิ่มขึ้น เมื่อมารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก โดยที่มารดามีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และได้มีส่วนร่วมในการคลอด สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์การคลอดตามความคาดหวังและความต้องการของตนเอง มีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอดของตนเองในครั้งนี้ ในทางตรงกันข้าม ถ้ามารดาประสบความยุ่งยากในการคลอด มารดาจะหันมาสนใจในตนเองแทนการสนใจบุตร โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ มีความวิตกกังวล และมีความเครียดสูงอยู่แล้ว ในขณะที่คลอดมารดาวัยรุ่นนั้นมักจะมีความต้องการการพึ่งพาจากเจ้าหน้าที่มากกว่าปกติ และมีขีดความอดทนต่อความเจ็บปวดจำกัด มักร้องขอยาระงับปวด หรือระงับความรู้สึกขณะคลอด ทำให้มารดาขาดโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรในระยะหลังคลอดทันที เนื่องจากมีอาการง่วงซึม สิ่งเหล่านี้จะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกได้

ปัจจัยด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดีมากกว่าปัจจัยด้านการคลอด ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การได้สัมผัสบุตรโดยเร็วภายหลังคลอด การมีกลุ่มสนับสนุนที่ดี มีสามีช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ในระยะคลอด การมีประสบการณ์

ชีวิตที่ดีในปีก่อนคลอด (Mercer, Hackley & Bostrom, 1983) จากการศึกษาของสุพิศ ณ เชียงใหม่ (2533) พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.23$) สัมพันธภาพของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$) การสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .40$) และจากการศึกษาของ ศศิธร มณีแสง (2538) พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2158$)

ดังนั้นมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดจึงต้องการสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ความกลัวความวิตกกังวลลดลง ความรู้จะช่วยให้มารดาลดความกลัวความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่รู้ หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และการมีความรู้ความเข้าใจจะช่วยให้ระดับการรับรู้และขีดความอดทนสูงขึ้น (Olds et al., 1988) และทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดี (Cohen & Wills, 1985) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ยิ่งมีความเครียดมากเท่าใด การสนับสนุนจะมีประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลมากขึ้น (Wilcox, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์

จากการศึกษาชนิดและหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ที่แบ่งออกเป็น 4 ชนิดนั้น ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการ ดังนั้นจึงสามารถนำมาใช้ในการศึกษากับมารดาวัยรุ่นได้ดี เนื่องจากมารดาวัยรุ่นยังไม่พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สถิติปัญญา และสังคม ทำให้อารมณ์วัยรุ่นประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิต มารดาวัยรุ่นจึงต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ เพื่อให้มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะการตั้งครรภ์และการคลอดได้ดี ทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน

การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ประกอบไปด้วยการสนับสนุนใน 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับมารดาทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้มารดารู้สึกไม่มั่นใจ และไม่ปลอดภัยในการดำรงชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มาก รู้สึกขมขื่น โกรธ โศกเศร้าเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอกจากนี้มารดายังมีความกลัวและความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดาต้องการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวลต่างๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสและมารดาของตน ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ อารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย (Kane, 1988) นอกจากนี้การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส จะช่วยลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกมั่นคง ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ซึ่งจะช่วยให้มารดามีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (Wortman, 1984)

2. การสนับสนุนทางด้านการเงินและบริบริการ เป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น (House quoted in Cronenwett & Brickman, 1983) มารดาวัยรุ่นมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นจะมีปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ต่ำ ต้องออกจากงานเมื่อตั้งครรภ์ หรือไม่มีรายได้ เมื่อตั้งครรภ์และครรภ์มีการเจริญเติบโตขึ้น หญิงตั้งครรภ์จะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่าเสื้อผ้าที่ต้องเปลี่ยนให้เหมาะสมกับระยะของการตั้งครรภ์ และค่าอาหาร เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านรายจ่ายนี้ สามีและมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้เมื่อใกล้คลอด มารดาวัยรุ่น ต้องการพักผ่อนมากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป การทำงานบางอย่างจะต้องอาศัยผู้อื่น โดยเฉพาะงานหนักและต้องใช้กำลังมากเกินไป การสนับสนุนด้านนี้จึงเป็นการช่วยเหลือโดยตรงตามความต้องการของมารดาวัยรุ่น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เมื่อหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง อาจมีความคิดความเชื่อในเรื่องต่างๆ ฉะนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ ชี้แจง การบอกแนวทางหรือทางเลือกเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ (House quoted in Cronenwett & Brickman, 1983) ความสับสนนั้นจะเกิดขึ้นช่วงที่บุคคลอยู่ในภาวะเครียด หรือภาวะวิกฤต จึงต้องการข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดที่ประสบอยู่ ข้อมูลข่าวสารนี้ส่วนมากจะได้รับจากบุคคลที่เราารู้สึกว่าสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่ศรัทธา

(Barrera, 1982) จากการศึกษาของ กาญจน์ สีห์โสภณ และคณะ(2533) พบว่ามารดาวัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอดจากมารดาของตนมากที่สุด เพราะในระยะตั้งครรภ์มารดาวัยรุ่นจะมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านต่างๆ เนื่องจากขาดข้อมูล ข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ต้องเผชิญในขณะตั้งครรภ์ และนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย ส่วนในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นต้องการข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การให้คำแนะนำ คำอธิบายเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำให้รู้จักผู้คลอดข้างเคียง แนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในห้องคลอด ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายขณะเจ็บครรภ์ สอนแนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ และภายหลังคลอดได้รับทราบเพศทารก ความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลง ได้รับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดผลดีทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มารดาตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จที่สามารถผ่านพ้นการคลอดไปได้ และเกิดความพึงพอใจในการคลอด (Green et al., 1990)

4. การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินและเปรียบเทียบ เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลนั้นทราบว่าได้รับการเห็นพ้อง ได้รับการรับรอง ได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม (House quoted in Brown, 1986b) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นไปในแง่พฤติกรรม ความคิดหรือความรู้สึก การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ จะทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (House quoted in Cronenwett, 1983) ในมารดาวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ ความคิดและความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตน มีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป ทั้งในด้านที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เช่น พฤติกรรมของการยอมรับหรือไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ บุคคลที่อยู่ในระบบสนับสนุนทางสังคมของมารดาวัยรุ่น จะให้การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลในแง่ของพฤติกรรม ความคิด หรือความรู้สึก เพื่อช่วยให้มารดาวัยรุ่นทราบว่าได้รับการเห็นพ้องด้วย หรือรับรองในพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติ มีการประเมินพฤติกรรมหรือให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นอื่นๆ ที่อยู่ร่วมในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากมารดาวัยรุ่นยังไม่พร้อมทางวุฒิภาวะด้านสติปัญญาและสังคม การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คนมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ เพราะความเครียดในมารดาวัยรุ่นเกิดจากการขาดการยอมรับจากครอบครัว เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยที่ยังไม่พร้อม ซึ่งในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นจะขาดแรงสนับสนุนจากสามีหรือญาติ เนื่องจาก

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามีหรือญาติเข้าไปมีส่วนร่วมในห้องคลอด ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด

การสนับสนุนจากพยาบาล

ความหมาย

การสนับสนุนเป็นปฏิบัติการการพยาบาล โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และศักดิ์ศรี ซึ่งมีสิทธิในการพิจารณา กำหนด และตัดสินใจด้วยตนเอง (Hart, 1959 cited by Gardner, 1979)

การสนับสนุนเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นหรือได้มา โดยผ่านกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมและพฤติกรรมที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้มีความสุขสบายและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (Gardner, 1979)

การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคล บรรลุจุดมุ่งหมายหรือความต้องการของตนในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะมีทั้งการสนับสนุนที่มีตัวตน (Tangible support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินหรือร่างกาย และการสนับสนุนที่ไม่มีตัวตน (Intangible support) ได้แก่ การสนับสนุนโดยการให้ความอบอุ่น ความรัก กำลังใจ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Pender, 1987)

แนวคิดการสนับสนุนจากพยาบาล

การสนับสนุนจากพยาบาลได้ยึดแนวคิดทฤษฎีการดูแล และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในแง่ของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตสังคม การสนับสนุนจากพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพราะการรักษาพยาบาลเป็นบริการทางสังคม (Social service) และบุคลากรพยาบาลเป็นเสมือนแรงพลังทางสังคม (Nurses as a social force) (Labelle, 1986) พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ เป็นตัวการที่เข้มแข็ง ตลอดจนเป็นสมาชิกที่มีความสำคัญยิ่งในเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ (Malone, 1988)

วัตสัน (Watson, 1988) ผู้อำนวยการศูนย์การดูแลมนุษย์ (Center of Human caring) มหาวิทยาลัยแห่งรัฐโคโลราโดได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการดูแล การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การดูแลที่เกิดขึ้นเป็นจุดเด่นของการสนับสนุนทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟงว์รันด์ นูญญานุรักษ์ (2532) ที่ว่า ศาสตร์การดูแลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล (Science of caring : uniqueness of nursing)

profession) และในเนื้อหาของสาระของการดูแลนั้นมีพฤติกรรมที่มองเห็นได้เด่นชัด คือการสนับสนุนทางการพยาบาล

การประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล ตามแนวคิดของลาร์สัน (Larson)

ลาร์สัน (Larson, 1989) เป็นผู้ที่สร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลจากกิจกรรมพยาบาล โดยมีแนวคิดพฤติกรรมการดูแลเป็นปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ที่สอดคล้องอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลทุกๆกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการพยาบาลเพื่อการรักษาเย็บเย็บ การติดต่อสื่อสาร และผู้ป่วยสามารถรับรู้พฤติกรรมการดูแลได้จากปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล (Interaction)

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอด ของ ประพนธ์ ภูศรีทอง (2536) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของลาร์สัน (Larson, 1989) ประกอบไปด้วยพฤติกรรมการดูแล 3 ด้าน ได้แก่

1) พฤติกรรมการดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน เป็นแบบวัดพฤติกรรมการให้การดูแลในเรื่องความสุขสบาย การให้ข้อมูล การตรวจสอบและเฝ้าระวัง และการใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ คำอธิบายเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำให้รู้จักผู้คลอดข้างเคียง แนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในห้องคลอด ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายขณะเจ็บครรภ์ สอนแนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ และภายหลังคลอดได้รับทราบเพศทารก ความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก ได้สัมผัสสัมผัส กอดทารก

2) พฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น ซึ่งจัดว่าไม่ใช่พฤติกรรมการดูแล และเป็นสิ่งที่ไม่ควรที่จะปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การไม่ตระหนักถึงความต้องการของผู้คลอด ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้คลอด ไม่รับฟังความคิดเห็น หรือให้บริการที่ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคล ให้การดูแลที่ไม่สม่ำเสมอ และการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงความไม่ใส่ใจและขาดทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้การดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร การทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้ว่าได้รับความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมั่น และไว้วางใจ โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ รับฟัง อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา มีกิริยาท่าทางกระตือรือร้นในการให้การช่วยเหลือ มีพฤติกรรมการพูดที่เหมาะสม น้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ สัมผัสโดยการจับมือผู้คลอดเมื่อเจ็บครรภ์

3) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือในฐานะบุคคล เป็นการวัดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลในการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในฐานะบุคคล และการอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินและเปรียบเทียบ โดยการให้ข้อมูลในแง่ของพฤติกรรม ความคิด หรือความรู้สึก เพื่อช่วยให้มารดาเรียนรู้ทราบว่าได้รับการเห็นพ้องด้วย หรือรับรองในพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติ มีการประเมินพฤติกรรมหรือให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของมารดาเรียนรู้คนอื่นๆ ที่อยู่ร่วมในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการดาเรียนรู้ยังไม่พร้อมทางวุฒิภาวะด้านสติปัญญาและสังคม

จะเห็นได้ว่าในระยะเจ็บครรภ์คลอดมารดาเรียนรู้จึงต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนประคับประคอง จากพยาบาลในห้องคลอดอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยให้การคลอดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด และทำให้มารดาเรียนรู้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี

การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด

การสนับสนุนประคับประคองตามพจนานุกรม (Webster's New International Dictionary, 1988) ให้ความหมายว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะเครียด และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

การ์ดเนอร์ (Gardner, 1979) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมของพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย และเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

ไบรเนและซีบาสเตียน (Byrne & Sebastain, 1994) ให้ความหมายการสนับสนุนประคับประคองว่า เป็นทัศนคติ (Support as Attitude) โดยมีการรับฟัง การยอมรับ ความเข้าใจตัวผู้ป่วย เป็นการให้การพยาบาล (Support as an intervention) โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทางด้านร่างกายและสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ เป็นบทบาทของพยาบาล (Support as a Role) โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ฉะนั้นหากพยาบาลให้การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองกับผู้ป่วยแล้ว ย่อมสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง และจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากความหมายของพฤติกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ไว้ อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง ก็คือการกระทำที่พยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือบุคคลที่

อยู่ในภาวะเครียดและผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยมีการรับฟัง การเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดมารดาวัยรุ่นจะประเมินความสามารถในการควบคุมตนเองขณะเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ถ้ามารดาวัยรุ่นไม่สามารถควบคุมและเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ ก็จะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้ญาติเข้าเยี่ยม หรือดูแลในห้องคลอดได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการคลอด มารดาวัยรุ่นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ จะทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และควบคุมสถานการณ์ ทำให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี (Hodnett & Osborn, 1989)

ในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981), ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยปฏิบัติการสนับสนุนทางการแพทย์ ใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายปลอดภัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้แก่ การให้การดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร การทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมแน่น และไว้วางใจ โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ รับฟัง อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา มีกิริยาท่าทางกระตือรือร้นในการให้การช่วยเหลือ มีพฤติกรรมที่พูดที่เหมาะสม น้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ สัมผัสโดยการจับมือผู้คลอดเมื่อเจ็บครรภ์

การประคับประคองจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากในสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และคลอดนั้น ผู้คลอดไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง พยาบาลจึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนประคับประคอง จะช่วยให้ผู้คลอดในระยะคลอดมีความรู้สึกปลอดภัย

ประสบความสำเร็จ และมีทัศนคติที่เข้มแข็งขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสำคัญในการช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง (พริยา สุภศรี, 2535) ซึ่งได้แก่

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด โดยให้การต้อนรับด้วยหน้าตาที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตัว ให้ความเป็นกันเอง ชวนพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวล
2. ให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงเหตุผลและวิธีการเตรียมร่างกายเพื่อคลอด การตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาลก่อนลงมือกระทำ เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ
3. อยู่เป็นเพื่อน ผู้คลอดอย่างใกล้ชิด รับฟังการระบายความรู้สึก ประเมินความต้องการและความวิตกกังวลที่มีต่อการคลอด เข้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม จากการสังเกตพฤติกรรม ซักถามหรือจากการบอกเล่า แสดงความเข้าใจและเห็นใจด้วยการสัมผัส และยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้คลอด ไม่แสดงท่าทางหรือคำพูดที่แสดงความเบื่อหน่าย
4. ให้กำลังใจ ปลอบโยน และกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
5. ปฏิบัติต่อผู้คลอดอย่างนุ่มนวล ด้วยท่าทางมั่นใจ ให้เกียรติ และเคารพในความเป็นบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ หรือพูดคุยด้วยท่าทางเป็นความลับต่อผู้คลอด ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลได้
6. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและทารก และสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา โดยให้ผู้คลอดได้เห็นเพศบุตร และอาการทั่วไปของทารก ได้สัมผัสร่างกายและกอดทารกทันทีหลังคลอดในรายที่ทารกปกติแข็งแรง ช่วยเหลือให้ทารกดูดกระตุ้นน้ำนมมารดาภายในครึ่งชั่วโมงแรกคลอด ให้ทารกร่วมกับผู้คลอดตลอดเวลา โดยมีบุคลากรทางการพยาบาลคอยดูแลให้การช่วยเหลือ
7. เป็นตัวกลางติดต่อสื่อสารระหว่างผู้คลอดกับสามีและญาติพี่น้อง ที่รออยู่หน้าห้องคลอด แจ้งความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และบอกอาการทั่วไปของผู้คลอดและทารกเมื่อคลอด

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรม และการปฏิบัติตน ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ คำอธิบายเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำให้รู้จักผู้คลอดข้างเตียง แนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในห้องคลอด ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายขณะเจ็บครรภ์ สอนแนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะ

สุขภาพทารกในครรภ์ และภายหลังคลอดได้รับทราบเพศทารก ความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก ได้
อุ้มสัมผัส กอดทารก

ด้านข้อมูลข่าวสารนับว่ามีความสำคัญ เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคล
สามารถนำไปแก้ไขปัญหา หรือได้รับข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้พฤติกรรมและนำไปใช้
การปฏิบัติตน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ถ้าพยาบาลให้ข้อมูลซึ่งตอบสนองความต้องการ
ของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้คลอด จะทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวล
ลดลง รับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นก่อนการให้ข้อมูลจึงต้องมี
การประเมินความต้องการของผู้คลอด ข่าวสารที่ให้ควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ
คำอธิบายเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล กระบวนการคลอด การฝึกการหายใจเพื่อ
ผ่อนคลายในระยะเจ็บครรภ์ การบอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ วิธีการเบ่งคลอด
ตลอดจนการบอกถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นสื่อกลางระหว่าง
ผู้คลอดและสามี ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดอยู่ในห้องคลอด

ในระยะเจ็บครรภ์การให้ข้อมูลอาจทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลได้ การให้ข้อมูลใน
ระยะต่างๆ ของการคลอดควรปฏิบัติดังนี้ (Clark, Affonso & Harris, 1979)

- ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ (Latent phase) เป็นระยะตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดถึงปากมดลูกเปิด
ประมาณ 3 เซนติเมตร ระยะนี้ความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก ระดับ
ความวิตกกังวลต่ำ การรับรู้ การเรียนรู้ยังดีอยู่ พยาบาลควรเป็นสื่อกลางระหว่างผู้คลอดและสามี
หรือญาติ พยาบาลควรสอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และช่วยใน
การเบ่งคลอด การฝึกผ่อนคลายเพื่อช่วยลดอาการเกร็งและความเครียด

- ระยะเร่ง (Active) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร มดลูกหดตัวแรงและ
ถี่ขึ้น ความเจ็บครรภ์เพิ่มมากขึ้น ความเครียดและความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้น ระยะนี้ผู้คลอดยัง
สามารถรับรู้ข้อมูลได้ พยาบาลควรบอกความก้าวหน้าของการคลอด เวลาใกล้คลอด และสุขภาพ
ทารกในครรภ์ สอนวิธีการเบ่งที่ถูกต้องวิธี

- ระยะเร่งตอนปลาย (Transitional phase) และระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage
of labor) ระยะนี้จะมีความเจ็บปวดมากที่สุด ผู้คลอดพยายามเบ่งคลอดให้ทารกคลอด ผู้คลอดจะมี
ความทรมาน ทูร่าย เหงื่อเย็น อ่อนเพลีย การรับรู้ของผู้คลอดจะแคบลง การให้ข้อมูลจะยากขึ้น
คำแนะนำจึงควรเป็นคำง่ายๆ สั้นๆ สอนในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นเช่น การกำหนดการ
เบ่งด้วยเสียงเชียร์ หลังทารกคลอดควรได้ให้ข้อมูลความปกติของทารก เพศ น้ำหนักทารก เวลา
คลอด ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจมากเมื่อได้รับการบอกเพศทารกทันทีหลังเกิด (กาญจนา เหลือง
อุบล, 2536) ให้ผู้คลอดกอดสัมผัสทารก เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

- ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของการคลอด (Third and Fourth stage of labor) เป็นระยะที่รกคลอด จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้ความเจ็บปวดจะลดลงความรู้สึกตึงเครียดจะน้อยลงเป็นระยะผ่อนคลาย พยาบาลควรให้คำแนะนำการพักผ่อนหลังคลอด การทำความสะอาดฝีเย็บ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในห้องคลอดที่ต้องให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้คลอด ทั้งรายที่ได้รับการฝากครรภ์และไม่ได้รับการฝากครรภ์ในเรื่องต่อไปนี้

1. ประเมินเพื่อให้ผู้คลอดรับทราบถึงสถานที่ กฎระเบียบ เครื่องใช้ และบุคลากรทางการพยาบาลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ
2. อธิบายให้ทราบถึงระยะต่างๆ ของการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด และการสิ้นสุดของกระบวนการคลอด ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย
3. แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดความเจ็บปวดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การหายใจเพื่อควบคุมความเจ็บปวด การลูบหน้าท้อง การนอนพักในท่าที่เหมาะสม
4. สอนวิธีการเบ่งที่ถูกวิธี และในเวลาที่เหมาะสม คือเบ่งขณะมดลูกมีการหดตัว เมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว
5. บอกขั้นตอน วิธีการ และเหตุผลของการตรวจรักษาและปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งก่อนลงมือปฏิบัติ
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด และการดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด
7. อธิบายเหตุผลและแนะนำวิธีการให้ทารกดูดกระตุ้นน้ำนมมารดา
8. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผลฝีเย็บ การดูแลและการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3. การสนับสนุนด้านความสบายและปลอดภัย (physical comfort and safety support)

โดยการให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายทั่วไปของผู้คลอดให้ได้รับความสบาย เช่น การทำความสะอาด ปาก ฟัน ถ้าผู้คลอดสามารถลุกเดินได้ กระตุ้นให้ผู้คลอดลุกไปทำความสะอาดเอง แต่ถ้าเจ็บครรภ์มากลุกเองไม่ได้ ควรช่วยเหลือให้ผู้คลอดแปรงฟันหรือบ้วนปากบ่อยๆ ถ้าปากแห้งควรทาปากด้วยกลีเซอรีน (พิริยา สุภศรี, 2535) การดูแลความสะอาดส่วนตัว ในระยะเจ็บครรภ์มาก ผู้คลอดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือในระยะเบ่งคลอด พยาบาลควรได้ช่วยเหลือโดยการเช็ดหน้า และเช็ดตัว เพราะผู้คลอดจะมีเหงื่อออกมาก หากมีมูกเลือดหรือน้ำเดินมากควรได้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลเสื้อผ้าไม่รัดตึงเกินไป ผ้าปูที่นอนควรแห้งสะอาด

การลดความเครียดของกล้ามเนื้อเนื่องจากการกดทับ โดยการจัดท่านอนที่เหมาะสม มีการใช้หมอนรองส่วนของข้อต่อและกระดูกในบริเวณหลังและบริเวณเข่า การจัดเปลี่ยนท่าจะช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวจะช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลง (Simkin, 1995) การจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงในระยะคลอด จะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (ภณิดา กำแหง, 2547)

การควบคุมสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อผู้คลอด เช่น แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิห้อง ความสับสนวุ่นวาย ของเจ้าหน้าที่ พยาบาลควรลดสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายจากการเจ็บครรภ์ และรู้สึกผ่อนคลาย การดูแลผู้คลอดจึงต้องครอบคลุมถึงการปฏิบัติการพยาบาล ต่อไปนี้

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาของผู้คลอดตั้งแต่แรกเริ่ม เตรียมร่างกายเพื่อการคลอด
2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูก อย่างสม่ำเสมอ ตรวจภายในเป็นระยะ เพื่อประเมินความบวม และการเปิดขยายของปากมดลูก ระดับของศีรษะทารกในครรภ์ และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
3. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ทุก 15 นาทีในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และทุก 5 นาทีหรือทุกครั้งที่มาคลุกคลายตัวในระยะเบ่งคลอด ติดตามประเมินสภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Fetal Monitor เพื่อที่จะสามารถตรวจพบความผิดปกติของทารกตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม
4. วัดอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจทุก 4 ชั่วโมง และวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
5. ดูแลความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ เช็ดตัวเมื่อมีเหงื่อออก ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เมื่อมีมูกเลือดเปื้อน หรือหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ
6. การดูแลให้สารน้ำ หรือสารอาหารให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย และสอดคล้องกับแผนการรักษา
7. ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอด โดยฝึกและกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการหายใจและлубหน้าท้องเพื่อควบคุมความเจ็บปวด ช่วยนวดบริเวณกระดูกสันหลังเพื่อผ่อนคลายอาการปวดหลัง และดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาบรรเทาอาการปวด
8. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อน โดยจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม หรือนอนแห่งสะอาด จัดท่านอนให้ผ่อนคลายโดยนอนตะแคงซ้าย และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

9. ประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด ดูแลให้การช่วยเหลือตามการประเมิน ให้ทารกได้รับความปลอดภัย

10. ให้การดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ในระยะเจ็บครรภ์ มารดาวัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนระดับประคับประคอง จากพยาบาลในห้องคลอดอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยให้การคลอดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในระยะคลอดได้ (สุริรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540) จากการศึกษาของ Lubna & Eileen (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในระยะคลอดกับการสนับสนุนจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทางตะวันตกของสหรัฐอเมริกา และเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 85 ราย พบว่าความเครียดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนจากพยาบาล ($r = -.36, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลาง จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 27 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 27 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ชญานิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์ (2548) ศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอด ต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 95 ราย และสุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคมิโนเซชั่น เข้ากลุ่มทดลอง 49 ราย และกลุ่มควบคุม 46 ราย มารดาในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมพลังอำนาจตามโปรแกรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล กาย และจิตใจ ผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533) มารดาที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะสามารถดำรงบทบาทมารดาไว้ได้ดี (รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, 2544) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Hodnett & Osborn, 1989) มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) มารดาที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (อุษา เชื้อหอม, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา แหวนหล่อ (2540) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการเตรียมมารดาเพื่อการคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี และมีความเครียดต่ำ (สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี, 2542) โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับการเตรียมการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และได้รับดูแลในระยะคลอด (สุกัญญา สังขสุวรรณ, 2543 และ เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547) จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี (สุกัญญา สังขสุวรรณ, 2543) และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (สุกัญญา สังขสุวรรณ, 2543 และ เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547)

ในมารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองในระยะคลอด โดยการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย โดยการสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล พูดด้วยวาจาสุภาพ การสร้างความไว้วางใจ การให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับระยะต่างๆ ของการคลอด และกระบวนการคลอด การปฏิบัติตนเพื่อลดความเจ็บปวด การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขอนามัย การนวด การสัมผัสที่นุ่มนวล การจัดท่านอน การดูแลให้สารน้ำ (สุปราณี อัทธเสรี และคณะ, 2533, ภณิดา กำแหง, 2547 และ วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (ภณิดา กำแหง, 2547 และ วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำ (ภณิดา กำแหง, 2547) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่า (สุปราณี อัทธเสรี และคณะ, 2533 และ วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548)

จะเห็นได้ว่าการเตรียมการคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ช่วยลดความเครียดในมารดาครั้งแรก และทำให้มารดามีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีในระยะคลอด

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่ได้รับการดูแลระดับประคองในระยะคลอด โดยการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี จากงานวิจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18-35 ปี มีเพียง 1 งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15-34 ปี (สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี, 2542) ซึ่งวัดผลคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และระดับความเครียด แต่ไม่มีการผลการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

จะเห็นได้ว่าการที่จะช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี โดยการลดความเครียดในระยะคลอด เพื่อให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดีแนวทางหนึ่งคือการเตรียมตัวก่อนคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อที่จะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด และช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน ประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นแรก ในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การเลือกประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาวัยรุ่นแรกที่มีอายุระหว่าง 11-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่แผนกห้องคลอด ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม 2551 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว
3. คลอดปกติ
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ทั้งมารดาและทารก
5. สามารถพูด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
7. อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร

ลักษณะที่เลือกออกจากการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยวิธี Epidural block
2. มารดาที่คลอดบุตรมีความพิการ หรือ เสียชีวิต หรือ น้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม หรือ มากกว่า 4000 กรัม
3. มีระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองน้อยกว่า 3 ชั่วโมง
4. ผู้ที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen, 1988: 54 เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์ t-test ค่า Effect size = .627 (จากงานวิจัยที่ใช้อ้างอิงในภาคผนวก ข) ,ค่า power = .80, ค่า $\alpha = .05$ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน

สถานที่ศึกษา

สถานที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ห้องคลอดของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น เป็นโรงพยาบาลเอกชน ให้บริการผู้คลอดที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่คลินิกในเครือข่ายรอบนอก และมีบางส่วนฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ซึ่งจะไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนคลอดอย่างเป็นระบบ เนื่องจากไม่มีการจัดการเรียนการสอน เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจะมีใบส่งตัวให้มาคลอดที่โรงพยาบาล ในส่วนของห้องคลอด จัดให้บริการด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยมีเตียงรอกคลอดรวม จำนวน 6 เตียง ห้องรอกคลอดพิเศษจำนวน 4 ห้อง และมีห้องคลอด 3 ห้อง จัดให้บริการคลอด 24 ชั่วโมง รับผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดเพื่อคลอด และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีอายุครรภ์มากกว่า 26 สัปดาห์ การใช้ยา Oxytocin ในรายที่มีข้อบ่งชี้ และการให้ยาบรรเทาอาการปวดจะใช้ในรายที่ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ หลังคลอดมารดาจะได้รับการดูแลต่อในห้องคลอด 2 ชั่วโมง จึงย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ส่วนทารกหลังคลอดจะส่งต่อไปยังแผนกเด็กอ่อน ในแผนกห้องคลอดไม่อนุญาตให้สามีและญาติเข้าไปดูแลผู้คลอดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1.1 แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ผู้วิจัยผู้วิจัยดัดแปลงจากแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ของวิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer,

Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ และอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย โดย

1. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยปฏิบัติดังนี้

ระยะแรกเริ่ม สร้างสัมพันธภาพ โดยให้การต้อนรับด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตนเองโดยบอกชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง ให้ความเป็นกันเองกับผู้คลอดโดยชวนพูดคุย ใช้สรรพนามเรียกด้วยถ้อยคำสุภาพ

ระยะที่ 1 ของการคลอด (First stage)

ระยะ latent phase ประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และให้คำชี้แจงในสิ่งที่ต้องการทราบ ตามความเหมาะสม และเป็นความจริง กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

ระยะ Active phase ให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด ไม่เร่งรัด ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่ายหรือใช้คำพูดไม่สุภาพ เมื่อผู้คลอดปฏิบัติไม่เหมาะสม นั่งเป็นเพื่อน พร้อมให้การช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้

ระยะ Transition phase กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ ประคับประคองจิตใจของผู้คลอด โดยการยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอด ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage) ดูแลผู้คลอดในขณะที่มดลูกหดตัว ทำหน้าที่กำกับให้การหายใจของผู้คลอดตามเทคนิคการหายใจในระยะเบ่งคลอด เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด และป้องกันการเบ่งคลอดก่อนเวลา ชมเชยเมื่อผู้คลอดพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำ ประมาณระยะเวลาดิ้นสุดการคลอดให้ผู้คลอดทราบ ปลอบโยน ให้กำลังใจเพื่อให้เผชิญความเจ็บปวดได้ และสามารถที่จะคลอดได้เองอย่างปลอดภัย หลังทารกคลอดให้มารดาได้มีโอกาสสำรวจร่างกายบุตรโดยการสัมผัส ดูใบไม้ โอบกอด โดยพยาบาลอยู่เป็นเพื่อน กระตุ้นให้มารดาประสานสายตากับบุตร พูดยกกับบุตร และกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ปฏิบัติดังนี้

การรับใหม่ ให้คำแนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับสถานที่ เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องรอคลอด ห้องคลอด และแนะนำให้รู้จักเจ้าหน้าที่ โดยสังเกตจากป้ายชื่อ เพื่อให้ผู้คลอดขอความช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการ แนะนำระเบียบการเยี่ยมของญาติ ภายหลังการชักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้คลอด สามีและญาติทราบผลการตรวจว่า ผู้คลอดอยู่ในระยะใดของการคลอด

คาดคะเนเวลา อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุผลในการโกนขน บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนอุจจาระ การงัดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ระยะที่ 1 ของการคลอด

ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ให้ข้อมูล โดยการสอนสาธิต ประกอบการดู CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

1. วิธีการหายใจ การใช้เทคนิคการหายใจที่ถูกต้อง ช่วยทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์มากขึ้น และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บครรภ์ ขณะที่มดลูกหดตัว ทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดบรรเทาลง สามารถควบคุมตนเองในขณะคลอดได้

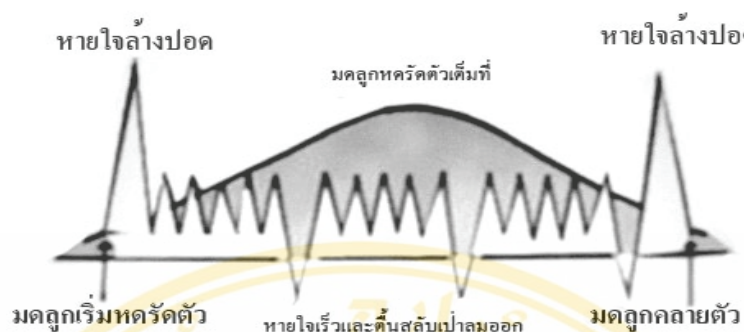
1.1 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ ให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ให้เต็มปอด แล้วค่อยๆ ฟ่อลมหายใจออกทางปากช้าๆ จนกระทั่งมดลูกคลายตัว จึงหายใจตามปกติ ดังรูป



ภาพที่ 2 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า

(คู่มือ เตรียมคลอดอย่างมีคุณภาพ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

1.2 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะเร่งและระยะเร่งตอนปลาย มดลูกจะมีการหดตัวในระดับปานกลางถึงรุนแรงขึ้นกว่าเดิม มารดาอาจมีลมเบ่งก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด การหายใจวิธีนี้จะช่วยให้มารดารู้สึกสบายขึ้น และไม่รู้สึกลอยๆ เบ่งก่อนเวลา โดยใช้วิธีหายใจหอบสลับเป่าปาก เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ให้เต็มปอด แล้วค่อยๆ ฟ่อลมหายใจออกทางปากช้าๆ จากนั้นให้หายใจเข้าและออกทางปากสั้นๆ เร็วๆ เบาๆ 3-4 ครั้ง ติดต่อกันโดยการห่อปาก แล้วเป่าลมออกทางปากคล้ายเป่าเทียนยาวๆ 1 ครั้ง จนกระทั่งมดลูกคลายตัว ให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ให้เต็มปอด แล้วค่อยๆ ฟ่อลมหายใจออกทางปากช้าๆ ดังรูป



ภาพที่ 3 วิธีการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

(คู่มือ เตรียมคลอดอย่างมีคุณภาพ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

1.3 วิธีการหายใจในระยะเบ่งคลอด เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ให้ใช้เทคนิคการหายใจ ดังนี้ ให้นอนหงาย มือทั้งสองข้างจับที่ขี้ดข้างเดียว เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ 1-2 ครั้ง ต่อจากนั้นสูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่แล้วกลืนหายใจไว้ ยกศีรษะขึ้นจนคางจรดหน้าอก เบ่งลงก้นให้เต็มทีนานประมาณ 6 ถึง 10 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออก จากนั้นสูดหายใจเข้าไปใหม่เบ่งซ้ำอีก จนกระทั่งมดลูกคลายตัว ให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และค่อยผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ มดลูกหดตัวหนึ่งครั้ง สามารถเบ่งได้ 2-3 ครั้ง



ภาพที่ 4 วิธีการหายใจในระยะเบ่งคลอด

(คู่มือ เตรียมคลอดอย่างมีคุณภาพ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

2. วิธีการลูบหน้าท้อง ระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวสม่ำเสมอและเริ่มรุนแรงขึ้น ถัดขึ้น ในขณะที่มดลูกมีการหดตัว จะรู้สึกเจ็บครรภ์ร่วมด้วย กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการลูบหน้าท้อง เพื่อช่วยผ่อนคลายนความเจ็บปวด โดยวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บครรภ์ มาที่การลูบหน้าท้องกับการหายใจ ปฏิบัติโดยทำมือทั้งสองข้าง ให้มีลักษณะเป็นอุ้งมือ วางบนหน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่า ลูบมือขึ้นตามด้านข้างของหน้าท้องไปจรดก้นที่ยอดมดลูก ทำพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าทาง

จมูกเล็กๆ ซ้ำๆ จากนั้น ลูบมือทั้งสอง ลงผ่านตรงกลางหน้าท้องจนถึงหัว เหน่า ทำพร้อมกับหายใจออกทางปากซ้ำๆ ดังรูป



ภาพที่ 5 วิธีการลูบหน้าท้อง

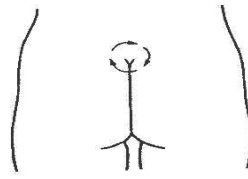
(คู่มือ เตรียมคลอดอย่างมีคุณภาพ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

3. การจัดทำ ในขณะที่รอลอดควรเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ไม่ควรอยู่กับที่ในท่าเดิมเป็นเวลานานๆ เพราะอาจขัดขวางการหมุนของศีรษะทารกในครรภ์และความก้าวหน้าของการคลอดได้ การเปลี่ยนท่าบ่อยๆ จะกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และทำให้มดลูกหดตัวดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงได้ ท่าที่เหมาะสม มีดังนี้ การเลือกท่านอนที่เหมาะสม คือท่านอนแล้วรู้สึกสุขสบาย อาจจะเป็น ท่ายืน การเดิน ท่านั่งตัวตรง ท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน ท่านั่งเอนตัวไปข้างหน้ามีที่รองรับ ท่านอนตะแคง ท่านอนศีรษะสูง

3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัย

ระยะ **latent phase** และ **Active phase** แนะนำและกระตุ้นให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่าที่สุขสบายตามความเหมาะสม ได้แก่ ท่านอนตะแคงศีรษะสูง ท่านั่งเอนตัวไปข้างหน้ามีที่รองรับการเปลี่ยนท่าบ่อยๆ จะช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ในขณะที่เจ็บครรภ์จะรู้สึกปวดหลัง ผู้วิจัยช่วยลดอาการปวดหลัง โดยการนวด ซึ่งมี 2 วิธีดังนี้

วิธีที่ 1 จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย งอเข่าเล็กน้อย จะนวดเล็กๆ เป็นวงกลม ที่บริเวณกระดูกก้นกบ การกดให้คงที่และสม่ำเสมอ ไม่ลึกเกินไป จะช่วยให้ผ่อนคลายอาการปวดหลังได้มาก ดังรูป



ภาพที่ 6 การนวดลึกๆ เป็นวงกลม

(จตุพร, 2549 หน้า 50)

วิธีที่ 2 นวดเป็นรูปเลข 8 ผู้นวดกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือออก วางมือที่กำด้านฝ่ามือลง บริเวณส่วนล่างของหลังที่กระดูกสันหลังส่วนเอวต่อกับกระดูกก้นกบ กดน้ำหนักมือค่อนข้างแรง เป็นรูปเลขวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บครรภ์ มาที่การลูบหน้าท้องกับการหายใจ ดังรูป



ภาพที่ 7 การนวดเป็นรูปเลข 8

(วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิช และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. 2546 หน้า 100)

- ดูแลความสบายทั่วไป เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้สบายมากขึ้น เช่น เช็ดตัว เช็ดหน้า ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่มีมูกหรือน้ำคร่ำไหลออกมา และดูแลจัดเตียงให้เรียบตึงและสะอาด
- กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด ทุกครั้งที่มีการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้
- ดูแลให้ผู้คลอดได้พักผ่อน และนอนหลับเท่าที่สามารถทำได้ โดยดูแลความสะอาดของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเช่นกันม่าน รวมทั้งค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถพักผ่อนและแก้ไขทันที ปรับกิจกรรมให้ผู้คลอดได้พักผ่อน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะอ่อนล้าในระยะเบ่งคลอด
- ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกโดยการสังเกต และบันทึกการหดตัวของมดลูก ทุก $\frac{1}{2}$ - 1 $\frac{1}{2}$ ชั่วโมงในระยะ latent phase และทุก 15-30 นาที ในระยะ active phase

- ประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยฟัง FHS และลงบันทึกทุก 15-30 นาที ถ้าพบผิดปกติ คือ FHS < 120 ครั้ง/นาที หรือ > 160 ครั้ง/นาที หรือจังหวะไม่สม่ำเสมอ รีบจัดให้ผู้อยู่คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปสู่ทารกได้ดีขึ้น พร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อการรักษา

- ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ โดยกระตุ้นให้ผู้อยู่คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อรู้สึกปวดถ่าย ในรายที่ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง พิจารณาสวนปัสสาวะให้เป็นครั้งๆไป

- ตรวจภายใน ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดพร้อมทั้งบอกข้อมูลให้ผู้อยู่คลอดทราบเป็นระยะๆ

- ดูแลให้ผู้อยู่คลอดดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือบ้วนปากบ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและป้องกันการเกิดภาวะ dehydrate

- ทาครีมฟิปากด้วยวาสลีนให้ผู้อยู่คลอด เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น

ระยะที่ 2 ของการคลอด (ระยะเบ่ง)

- ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้อง
- ประเมินการหดตัวของมดลูก FHR และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ เพื่อให้ผู้อยู่คลอดทราบถึง ความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้อยู่คลอดทราบเป็นระยะ

- ช่วยดูแลบริเวณบั้นเอว ต้นขา และหน้าขา เพื่อกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ให้ทำงานมากขึ้น ลดความเจ็บปวดลง

- เช็ดหน้า ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อส่งเสริมความสบาย

ระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะรก)

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที
- **ชีพจร** ในระยะนี้ชีพจรอาจต่ำกว่าปกติเล็กน้อย คือประมาณ 60-70 ครั้ง/นาที ถ้าพบว่าชีพจรเร็วเกิน 90 ครั้ง/นาที ควรนึกถึงการมีเลือดออกมาก (ตกเลือด) หรือ ช็อค จะต้องรีบรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือทันที

- **ความดันโลหิต** ถ้าความดันโลหิตลดลงจากระดับปกติมาก คือ systolic ลดลงมากกว่า 30 mmHg หรือ diastolic ลดลงมากกว่า 15 mmHg หรือ pulse pressure แคบ ควรนึกถึงการตกเลือดหรือช็อค

- **ผิวหนัง** ผิวหนังผู้อยู่คลอดควรจะอุ่นและแห้ง หากพบผิวซีด เย็นและชื้นไปด้วยเหงื่อ เป็นอาการแสดงซึ่งอาจพบในผู้อยู่คลอดที่อ่อนเพลียมาก มีเลือดออกมาก ช็อค หรือหัวใจวายได้ จึงควรหาสาเหตุและให้ความช่วยเหลือ **มดลูก** ประเมินและสังเกตดูขนาดและความแข็งตัวของมดลูก

- กระเพาะปัสสาวะ ประเมินและตรวจดูบริเวณหัวเหน่าว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้าพบมีกระเพาะปัสสาวะเต็มให้สวนทิ้ง เพราะกระเพาะปัสสาวะที่เต็มจะดันมดลูก ทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก เป็นสาเหตุให้รกลอกตัวไม่สมบูรณ์และคลอดเองไม่ได้ อาจทำให้เกิดการตกเลือดได้

- ภายหลังคลอดประเมินและสังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด
- ดูแลจัดทำของผู้คลอดให้สุขสบายและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

ระยะที่ 4 ของการคลอด

- ดูแลสภาพร่างกายของผู้คลอดให้สะอาด โดยเปลี่ยนผ้าที่เปียกและเปื้อนออก เช็ดตัวให้แห้งสะอาด จัดเสื้อผ้าใหม่ให้สวมใส่เพื่อความสบายของร่างกาย
- ดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและดื่มน้ำ โดยอาจจะเป็นน้ำเปล่าหรือน้ำหวาน ถ้าผู้คลอดพร้อมที่จะรับประทาน ผู้วิจัยช่วยเหลือดูแลจัดอาหารให้ รับประทาน
- ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพของมารดาทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่สอง
- ประเมินอาการเจ็บปวดบริเวณมดลูก และบริเวณแผลฝีเย็บว่าผู้คลอดมีความเจ็บปวดรุนแรงหรือไม่ ถ้ามีอาการปวดรุนแรงมาก ให้ยาบรรเทาอาการปวดประเมินการหดตัวของมดลูก จำนวนเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ ให้การช่วยเหลือทันทีหากพบสิ่งผิดปกติ
- ดูแลกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบมีกระเพาะปัสสาวะเต็ม ต้องกระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะ ถ้าถ่ายเองไม่ได้ให้สวนปัสสาวะทิ้ง
- ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบไม่มีเสียงรบกวน

การตรวจสอบความตรง

แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดนี้ วิจารณ์ สอดส่อง พัฒนามาจากการทบทวนจากหนังสือ ตำราเรียน เอกสารและวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด และกระบวนการคลอด ความหมาย อาการและอาการแสดงของคลอด รวมทั้งเทคนิคและวิธีการลดความเจ็บปวด จากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 5 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนเหมาะสมของภาษา และนำแผนการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 CD เป็นเนื้อหาที่ใช้ประกอบแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ซึ่งมีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ วิธีการดูหน้าท้อง และการจัดทำต่างๆในขณะรอคลอด ซึ่งจะนำไปใช้ในการสอนผู้คลอดในกลุ่มทดลอง ในระยะ

และการจัดทำต่างๆในขณะรอคลอด ซึ่งจะนำไปใช้ในการสอนผู้คลอดในกลุ่มทดลอง ในระยะ latent phase โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติและทบทวนกระบวนการคลอด และเทคนิคการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

การตรวจสอบความตรง

ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนเหมาะสมของภาษา และนำแผนการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าใจเนื้อหา และภาษาที่มีความชัดเจนดี จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

1.3 เครื่องเล่น CD แบบพกพา (Portable 8" LCD Monitor and DVD Player)
จำนวน 1 เครื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ LMP EDC อายุครรภ์ ระยะเวลาต่างๆ ของการคลอด การเร่งคลอด การได้รับยาแก้ปวด น้ำหนักทารกแรกเกิด Apgar score (ข้อมูลนี้ได้จาก Delivery record)

2.2 แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ นวี เบาทรวง (2526) ที่ดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบวัดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์ก และคณะ (Spielberger and others, 1977) รวมทั้งอาศัยความรู้จากการศึกษาค้นคว้า นำข้อมูลทั้งหมดมาคัดเลือก ดัดแปลงเป็นภาษาไทยให้สื่อความหมายชัดเจน และเรียบเรียงเป็นแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งการวัดความเครียดเป็นการวัดความรู้สึกในรูปแบบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) จึงนำมาใช้เพื่อประเมินความเครียดของหญิงมีครรภ์ในระยะคลอด มีจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ คือข้อ 1 2 3 9 10 11 16 17 18 21 22 และคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ คือข้อ 4 5 6 7 8 12 13 14 15 19 20 เป็นแบบวัดมาตราลิเกิต (Likert scale) 4 ระดับ คำถามทางบวก ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คือ

คะแนน 1 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด คือ ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับมารดาเป็นส่วนใหญ่หรือตลอดเวลา

คะแนน 2 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกปานกลาง คือ ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับมารดาปานกลางหรือพอควร

คะแนน 3 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกบ้างเล็กน้อย คือ ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับมารดาบ้าง
 คะแนน 4 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย คือ ข้อความนั้นไม่เกิดขึ้นกับมารดาเลยใน
 ขณะนี้

ข้อความทางด้านลบจะกลับคะแนนก่อนที่จะนำไปรวมคะแนน คะแนนรวมในแบบวัด
 นี้จะมีค่าเท่ากับ 22-88 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดมีความเครียดสูง

การตรวจสอบความตรง

ฉวี เบาทรวง (2526) ได้ดัดแปลงแบบสอบถามความวิตกกังวลขึ้น แล้วนำไปให้
 ผู้ทรงคุณวุฒิ 12 ท่าน ประกอบไปด้วย พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และจิตแพทย์
 ช่วยพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และนำแบบสอบถามมา
 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยง

ฉวี เบาทรวง (2526) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายใน โดยทดสอบใน
 สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา
 ของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .86 จุฑารัตน์ เกิดเจริญ (2547) นำแบบวัด
 นี้ไปใช้กับมารดาหลังคลอด ซึ่งผู้คลอดมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในงานวิจัยจำนวน 30 ราย
 คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้
 เท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบวัดนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายในกับผู้คลอดที่
 มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี
 สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .91

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้
 ประสบการณ์การคลอด ของ สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้
 ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงของ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) จำนวน 28 ข้อ ที่
 ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ มาร์ต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) โดย สุขภินุช สังฆ
 สุวรรณ ได้ดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกปกติ เป็นข้อคำถาม
 จำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอดใน 3 ระยะ คือ
 ในขณะเจ็บครรภ์มีคลุมีการหดตัว ในขณะคลอด และภายหลังคลอด เป็นคำถามทางบวก 16 ข้อ
 และคำถามทางลบ 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราลิเกิต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรงกับ
 ความรู้สึก และความคิดเห็นของมารดาเลย

คะแนน 2 หมายถึง เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย คือ มารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาบ้างเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาประมาณครึ่งหนึ่ง

คะแนน 4 หมายถึง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาทุกแต่ไม่ทั้งหมด

คะแนน 5 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความรู้สึก และความคิดเห็นของมารดาทุกที่สุดหรือทั้งหมด

ข้อคำถามทางลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ดังนั้นคะแนนรวมในแบบวัดนี้จะมีค่าเท่ากับ 26-130 คะแนน คะแนนมากหมายถึง การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวก

การตรวจสอบความตรง

มารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน ส่วนเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ 4 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลทางการศึกษา 1 ท่าน และสุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ได้นำแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน เป็นสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสูติ-นรีเวช 4 ท่าน พยาบาลผดุงครรภ์ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยง

มารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) นำแบบวัดนี้ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้กับมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติ จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.83 ส่วนเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.74 และ สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้คลอดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในงานวิจัยจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .76

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบวัดนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายในกับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับการได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือนามสกุล ใช้เป็นรหัสในการเก็บบันทึกข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นความลับนำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย และหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น และประธานองค์กรพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกห้องคลอด เพื่อแนะนำตนเอง และอธิบายรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการฝากครรภ์ และมา admit ที่ห้องคลอดในช่วงเวลา ตั้งแต่เวลา 07.00 น. – 20.00 น.

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาให้ลงนามในเอกสารหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำแทน โดยลงนามในเอกสารหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

5. เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงจะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยตอบให้ครบทุกข้อ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการดำเนินการดังนี้

6.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยห้องคลอด โดยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด จากเจ้าหน้าที่หลายคน เริ่มจากการเตรียมการคลอด อธิบายให้ทราบผลการตรวจ และแผนการดูแลรักษาของแพทย์ ให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการคลอดโดยการอธิบาย ดูแลความสบาย ให้ยาระงับอาการปวดเมื่อไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ สอนเบ่งในระยะคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ หลังคลอดจะนำบุตรมาให้นมดอมัมมัส ให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด จำนวน 1 ฉบับ และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้ช่วยวิจัย และตรวจสอบการตอบให้ครบทุกข้อคำถาม พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

6.2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลแบบประคับประคองจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสบายปลอดภัย โดย

ระยะแรกเริ่ม สร้างสัมพันธภาพ โดยให้การต้อนรับด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตนเองโดยบอกชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง ให้ความเป็นกันเองกับผู้คลอดโดยชวนพูดคุย ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้คลอด สามีและญาติทราบผลการตรวจว่า ผู้คลอดอยู่ในระยะใดของการคลอด คาคะเนเวลา

ระยะ latent phase ประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ ให้ข้อมูลโดยใช้เครื่องเล่น CD แบบพกพา เปิด CD ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการ

หายใจ วิธีการรูดหน้าท้อง และการจัดทำต่างๆ ให้ผู้คลอดดูและฝึกปฏิบัติที่เตียงรูดคลอด ในขณะที่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ระยะ Active phase ให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด นั่งเป็นเพื่อน พร้อมให้การช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจ หรือการรูดหน้าท้อง ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ ในขณะที่เจ็บครรภ์จะรู้สึกปวดหลัง ผู้วิจัยช่วยลดอาการปวดหลัง โดยการนวด ดูแลความสุขสบายทั่วไป เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้สุขสบายมากขึ้น

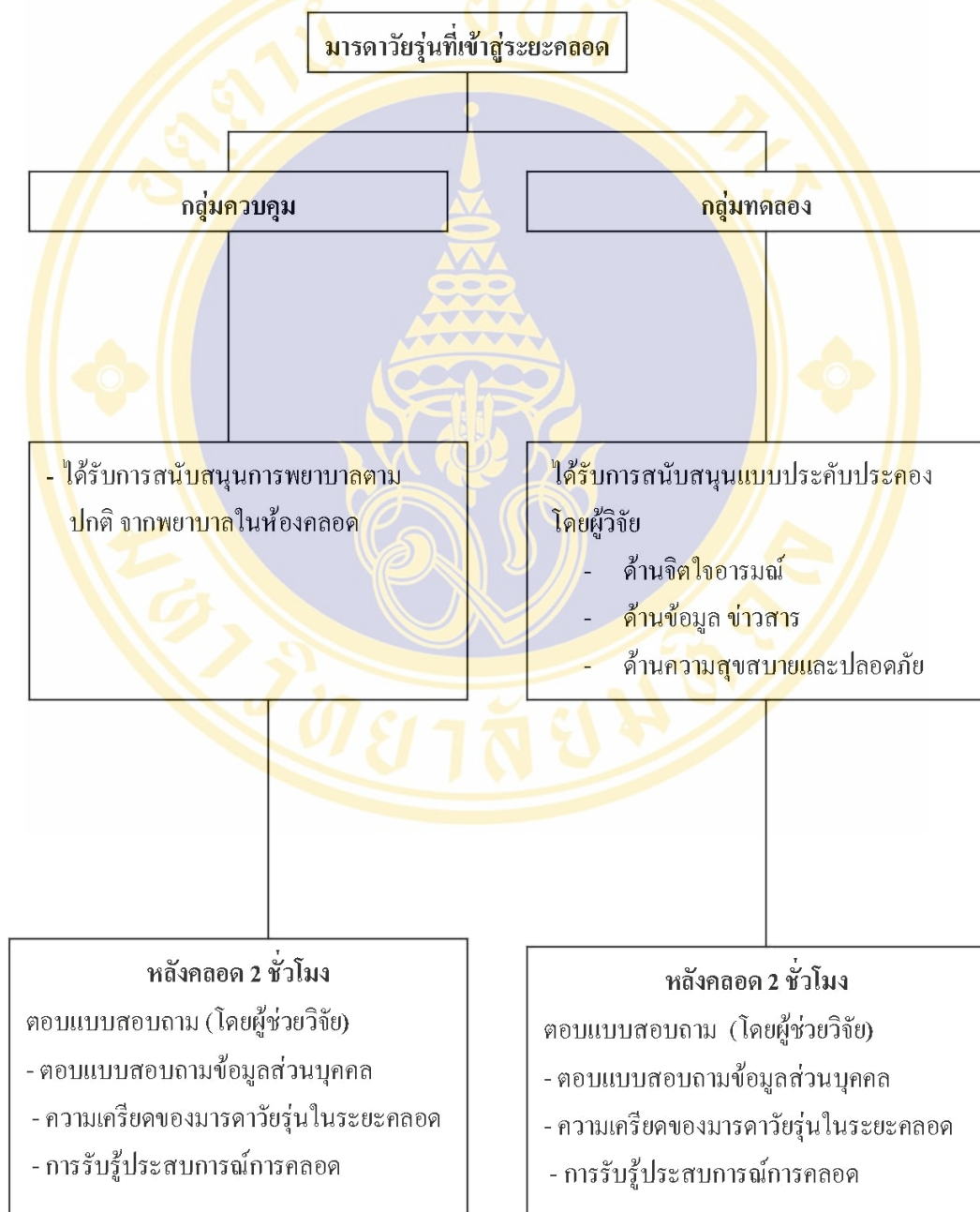
ระยะ Transition phase กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์ และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ ประคับประคองจิตใจของผู้คลอด โดยการยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอด ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด

ระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage) ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้อง ดูแลผู้คลอดในขณะที่มดลูกหดตัว ทำหน้าที่กำกับกับการหายใจของผู้คลอดตามเทคนิคการหายใจในระยะเบ่งคลอด เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด และป้องกันการเบ่งคลอดก่อนเวลา ประเมินการหดตัวของมดลูก FHR และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ เพื่อให้ผู้คลอดทราบถึง ความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ ชมเชยเมื่อผู้คลอดพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำ ดูแลความสุขสบายทั่วไป ประมาณระยะเวลาลิ้นสุดการคลอด ให้ผู้คลอดทราบ ปลอดภัย ให้กำลังใจเพื่อให้เผชิญความเจ็บปวดได้ และสามารถที่จะคลอดได้เองอย่างปลอดภัย หลังทารกคลอดให้มารดาได้มีโอกาสสำรวจร่างกายบุตรโดยการสัมผัส จับได้ โอบกอด โดยพยาบาลอยู่เป็นเพื่อน กระตุ้นให้มารดาประสานสายตากับบุตร พูดยกกับบุตร และกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

ระยะที่ 3 ของการคลอด ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที สังเกตดูขนาดและความแข็งแรงตัวของมดลูก สังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ดูแลจัดทำของผู้คลอดให้สุขสบายและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

ระยะที่ 4 ของการคลอด ดูแลสภาพร่างกายของผู้คลอดให้สะอาด ดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและดื่มน้ำ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพของมารดาทุก 15 นาที ในช่วงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในช่วงที่สอง ประเมินอาการเจ็บปวดบริเวณมดลูก และบริเวณแผลฝีเย็บว่าผู้คลอดมีความเจ็บปวดรุนแรงหรือไม่ ถ้ามีอาการปวดรุนแรงมาก ให้ยาบรรเทาอาการปวด ประเมินการหดตัวของมดลูก จำนวนเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ ให้การช่วยเหลือทันทีหากพบสิ่งผิดปกติ ดูแลกระเพาะปัสสาวะ ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบไม่มีเสียงรบกวน

ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด จำนวน 1 ฉบับและแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้ช่วยวิจัยและตรวจสอบการตอบให้ครบทุกข้อคำถาม พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติบรรยายวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติ Chi-square test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะรอกคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม 2551 ผลการศึกษานำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกนำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน และส่วนที่สองเป็นการทดสอบสมมติฐาน โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น เก็บข้อมูลมารดาวัยรุ่นครั้งแรกในกลุ่มทดลองจำนวน 38 ราย และคัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย เนื่องจากได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ 1 ราย และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลมารดาวัยรุ่นจำนวน 39 ราย และคัดออกจากการศึกษาจำนวน 4 ราย เนื่องจากได้รับการช่วยคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3 ราย และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 1 ราย ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

มารดาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.30 มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.90 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 57.10 ในกลุ่มทดลอง รายได้ของครอบครัวใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 85.70 ในกลุ่มควบคุม และ 97.10 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับยาเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง และได้รับยาแก้ปวดใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบ

ความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล การเร่งคลอด และยาแก้ปวดที่ได้รับ เปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มควบคุม (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		χ^2
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	< 15	2	5.70	2	5.70	0.00 ^{ns}
	15-19	33	94.30	33	94.30	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	9	25.70	4	11.40	6.14 ^{ns}
	มัธยมศึกษาตอนต้น	22	62.90	19	54.30	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	11.40	12	34.30	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	< 5,000	4	11.40	2	5.70	0.80 ^{ns}
	5,001- 10,000	27	77.10	28	80.00	
	> 10,000	4	11.40	5	14.30	
การวางแผนการตั้งครรภ์	วางแผน	5	14.30	1	2.90	2.92 ^{ns}
	ไม่ได้วางแผน	30	85.70	34	97.10	
การเร่งคลอด	ไม่ได้รับการเร่งคลอด	3	8.60	2	5.70	0.22 ^{ns}
	ได้รับการเร่งคลอด	32	91.40	33	94.30	
ยาแก้ปวดที่ได้รับ	ได้รับ	32	91.40	33	94.30	0.22 ^{ns}
	ไม่ได้รับ	3	8.60	2	5.70	

ns = $p > .05$

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคล ดังนั้น จึงต้องมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา และรายได้ของครอบครัว เพื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่า มารดาวัยรุ่นแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน โดยมีอายุอยู่ในช่วง 13-19 ปี มารดาในกลุ่มควบคุมมีค่าอายุเฉลี่ย 17.09 ปี (S.D. = 1.50) กลุ่มทดลองมีค่าอายุเฉลี่ย 16.97 ปี (S.D. = 1.50) ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีของการศึกษาใกล้เคียงกันที่ 9 ปี โดยมารดาในกลุ่มควบคุมมีจำนวนปีของการศึกษาอยู่ในช่วง 6-12 ปี ($\bar{x}$ = 8.26, SD = 1.79) กลุ่มทดลองมีจำนวนปีของการศึกษาอยู่ในช่วง 6-12 ปี ($\bar{x}$ = 9.17, SD = 1.93) มารดาทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 8,471.43 บาทต่อเดือน (Median = 8,000, Mode = 10,000) และในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 8,614.29 บาทต่อเดือน (Median = 8,000, Mode = 7,000) มารดาทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาล เฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.62 ชั่วโมง ($\bar{x}$ = 407.29, SD = 155.81) และในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์เฉลี่ย 6.08 ชั่วโมง ($\bar{x}$ = 364.63, SD = 136.52) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 35)			กลุ่มทดลอง (n = 35)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
อายุ	13-19	17.09	1.50	13-19	16.97	1.50	0.32 ^{ns}
จำนวนปีของการศึกษา	6-12	8.26	1.79	6-12	9.17	1.93	-2.06 ^{ns}
รายได้ของครอบครัว	5,000-20,000	8,471.43	2,945.44	3,000-17,000	8,614.29	2,877.62	-0.21 ^{ns}
	Median = 8,000 Mode = 10,000			Median = 8,000 Mode = 7,000			
ระยะเวลาที่ได้รับ การพยาบาล (นาทีก)	185-878	407.29	155.81	187-681	364.63	136.52	1.22 ^{ns}

ns = $p > .05$

การทดสอบสมมติฐาน

จากผลการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนความเครียดและคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดมีการกระจายแบบปกติ ดังนั้นการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจึงใช้สถิติ T-test

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด พบว่ามารดามีคะแนนความเครียดในระยะคลอดเฉลี่ย 49.49 คะแนน ($\bar{x} = 49.49$, $SD = 7.78$) ในกลุ่มควบคุม และ 43.77 คะแนน ($\bar{x} = 43.77$, $SD = 8.75$) ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดด้วยสถิติ T-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89$, $p < .01$) นั่นคือสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีความเครียดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 3)

คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด มีค่าเฉลี่ย 88.51 คะแนน ($\bar{x} = 88.51$, $SD = 12.77$) ในกลุ่มควบคุม และ 98.17 คะแนน ($\bar{x} = 98.17$, $SD = 13.28$) ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ด้วยสถิติ T-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.10$, $p < .01$) ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ด้วยสถิติ T-test

ตัวแปร	Possible range	กลุ่มควบคุม (n = 35)			กลุ่มทดลอง (n = 35)			t
		Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD	
ความเครียดในระยะคลอด	22-88	32-64	49.49	7.78	28-64	43.77	8.75	2.89*
การรับรู้ประสบการณ์- การคลอด	26-130	56-115	88.51	12.77	61-121	98.17	13.28	- 3.10*

* p < .01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ผลจากการศึกษานำมาอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี มารดาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.30 มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกันคือ 17 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุภาพร ตั้งศิริ (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีอายุ อยู่ในช่วง 15-20 ปี อายุเฉลี่ย 17.45 ทั้งนี้เนื่องจากอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น เฉลี่ย 15 ปี จากเดิมอายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เฉลี่ย 18 ปี โดยเยาวชนชายร้อยละ 36 และเยาวชนหญิงร้อยละ 28 ผ่านการมีเพศสัมพันธ์แล้ว และผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในปี 2549 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราวในกลุ่มเยาวชน มีน้อยกว่าร้อยละ 50 (สมชัย ภิญญพรพาณิชย์, 2549) ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดา ยังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่ามารดาผู้ใหญ่ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Eure, Lindsay, Graves, 2002) และมีภาวะโลหิตจาง (Suebnoarn & Phupong, 2005) มากกว่ามารดาผู้ใหญ่ จากการมีอุปนิสัยในการบริโภคอาหารไม่ดีในมารดาวัยรุ่น ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จึงให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) (Reichman & Pagnini, 1997) และมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มมารดาผู้ใหญ่ (Smith, 2001) ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งในบทบาทซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด (Sandler & Catrone, 1983) โดยเฉพาะมารดา

วัยรุ่นที่ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้และวุฒิภาวะ จะมีความเครียดมาก เนื่องจากการขาดวัยรุ่นต้องปรับตัวบทบาทการเป็นมารดาและปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน คนในครอบครัว มีความรับผิดชอบมากขึ้น มีหน้าที่ในการดูแลและเลี้ยงดูบุตร และยังต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ จึงเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Cowan & Hetherington, 1991)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มารดาวัยรุ่นจะเกิดความกลัวและความเครียดสูง มารดาวัยรุ่นจึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนระดับประจักษ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์มาก และมีการปรับตัวของมารดาภายหลังคลอดได้ดี (ศิริวรรณ, 2539)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.90 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 57.10 ในกลุ่มทดลอง มีจำนวนปีของการศึกษาใกล้เคียงกันที่ 9 ปี ซึ่งระดับของการศึกษาจะช่วยพัฒนาความคิด ความรู้ความสามารถของมนุษย์ เพื่อให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ในสังคม การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (วิมลวัลย์ วโรฬาร, 2535) การตั้งครรภ์และการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในมารดา โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้โดยเฉพาอย่างยิ่งในมารดาวัยรุ่นที่ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และขาดความพร้อมด้านวุฒิภาวะดังกล่าว จะเกิดความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ความกลัว จะกระตุ้นร่างกายให้เกิดความตึงเครียด (ฉวี เบาพรวง, 2526) และเนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการเตรียมตัวก่อนคลอด ทำให้มารดาวัยรุ่นในระยะคลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ในทางลบ (Dick-read, 1984) มีผลกระทบต่อพฤติกรรมความเป็นมารดาในมารดาครรภ์แรก และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด (Mercer, 1985) จากการศึกษาของวราพร บุญยะธาน (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ

56.2 และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตั้งครุภัณฑ์ของสตรีวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือเรียนระดับประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครุภัณฑ์ 9.43 เท่า (95% CI = 2.853-31.166) ส่วนสตรีวัยรุ่นที่เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครุภัณฑ์ 3.07 เท่า (95% CI = 1.044-9.030) และในสตรีวัยรุ่นที่เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครุภัณฑ์เพียง 0.79 เท่า ซึ่งการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นมักจะมีผลต่อเนื่องถึงการศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากสังคมไทยไม่เห็นด้วยกับการตั้งครุภัณฑ์ในขณะที่เรียนหนังสือจึงทำให้ต้องออกจากโรงเรียน และส่วนใหญ่จะไม่มีโอกาสกลับไปศึกษาเล่าเรียนต่อ (พิริยา ศุภศิริ และคณะ, 2549)

รายได้ของครอบครัวใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 8,471.43 บาท และ 8,614.29 บาท ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะไม่มีโอกาสกลับไปศึกษาเล่าเรียนต่อ ต้องออกจากโรงเรียน ทำให้ค่อยโอกาสในการเลือกหางานทำ จึงเป็นอุปสรรคต่อการหาเลี้ยงชีพของหญิงตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่น และส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ (พิริยา ศุภศิริ และคณะ, 2549) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งเท่ากับ 17,122 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จะเห็นได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ การมีรายได้ครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการที่หญิงตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่นและครอบครัวมีรายได้น้อย ทำให้ต้องอาศัยอยู่กับบิดามารดา หรือขอความช่วยเหลือด้านการเงินจากบิดามารดา หรือหน่วยงานทางสังคมสงเคราะห์ต่างๆ (Hall, 1994) รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความเครียด และการเผชิญความเครียด เพราะรายได้เป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงินในการที่จะใช้เป็นค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ทอง แจกจันทิก, เตือนดา วิโรจน์อุไรเรือง, และ วัชรารัตน์ ลือไชสงค์ (2543) ที่พบว่า จำนวนรายได้ครอบครัวของสตรี และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครุภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 85.70 ในกลุ่มควบคุม และ 97.10 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2543) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.2 ไม่ได้วางแผนมีบุตรมาก่อน การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครุภัณฑ์โดยไม่ได้วางแผน จากการศึกษาของ วิไล รัตนพงษ์ (2544: 90) พบว่า หญิงตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่นร้อยละ 53.3 ขาดความพร้อมในการตั้งครุภัณฑ์ ทำให้มีความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด เสียใจ โกรธ และรู้สึกไร้คุณค่า โดยเฉพาะถ้าเป็นการตั้งครุภัณฑ์ก่อนแต่งงาน (Moore, 2000: 361) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีการวางแผนการตั้งครุภัณฑ์ ร้อยละ 14.30 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 2.9 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งจากการสอบถามมารดาในกลุ่มนี้ พบว่าเป็นมารดาที่แต่งงานมีครอบครัวแล้ว และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี

การได้รับยาเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง Oxytocin เป็นฮอร์โมนที่สกัดจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง มีคุณสมบัติกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นจะยังมีความกลัวและความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้นอีก มีผลทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่อง Fear – Tension – Pain – cycle (Dick-Read, 1984)

การได้รับยาแก้ปวดใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง การใช้ยาลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจะช่วยให้สตรีมีครรภ์ได้ผ่อนคลายในช่วงที่มดลูกไม่มีการหดตัว แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อทั้งมารดาและทารก อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับมารดา ได้แก่ อาการสะลึมสะลือ ง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ จนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การตอบสนองต่างๆ ลดลง ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการคลอดได้ ซึ่งจะขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด (Murray, McKinney, & Gorrie, 2002) อาจทำให้สตรีมีครรภ์แปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางลบ การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางลบ ร้อยละ 6 จะกลัวการคลอดและต้องการคลอดโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง (Sjogren, 2000)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1: มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับ ประคองในระยะคลอด มีความเครียดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับ ประคองในระยะคลอด มีคะแนนความเครียดในระยะคลอดต่ำกว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ดังนั้นในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นอาจจะรับรู้และแปลความหมายว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) ประเมินว่าตนเองได้ถูกคุกคามจากอันตราย ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ หรือวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และคลอดนั้น ผู้คลอดไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง การดูแลจากพยาบาล เช่น การให้ข้อมูล และการตอบสนองต่อ

ความต้องการของมารดาในระยะคลอด จะช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของมารดาได้ (Klaus, Kennell & Klaus, 2002)

นอกจากนี้การจัดการลดความเจ็บปวดมีความสำคัญมาก การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวดสามารถจัดให้มารดาอยู่ในท่าต่างๆ เช่น ในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอด ท่าในแนวตั้ง เช่น ท่านั่ง ทำยืน ช่วยในการลดปวด (Melzack, Belanger & Lacroix, 1991) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย โดยการนวด หรือการสัมผัส ทำให้อาการปวดลดลง (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมหรือการควบคุมตนเองและสถานการณ์ นอกจากจะช่วยเรื่องความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้แล้ว ยังจะช่วยให้มารดาารู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณของมารดา การส่งเสริมความปลอดภัยของทารก โดยการติดตามการเต้นของหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ จากงานวิจัยพบว่ามารดาในระยะคลอด ต้องการติดตามเสียงหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด (Hundley, Ryan & Graham, 2001) ซึ่งการพยาบาลดังกล่าวเป็นการพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญต่อมารดาในระยะคลอดด้านกาย จิต-สังคม เมื่อกาย จิตสังคมได้รับการตอบสนอง ส่วนใหญ่ความต้องการด้านจิตวิญญาณจะได้รับการตอบสนองเช่นกัน ดังนั้นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัส มีผลต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี (วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548)

จากการศึกษาของ Lubna & Eileen (2006) พบว่าความเครียดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนจากพยาบาล ($r = -.36, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ที่พบว่าระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลาง และได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .001$) นอกจากนี้การศึกษาของ ชญานิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์ (2548) ยังพบว่าการเสริมพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล กาย และจิตใจอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรก ที่มารับบริการที่หน่วยห้องคลอดของ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำให้มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สมมติฐานข้อที่ 2: มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับ ประคองในระยะคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.10, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจาก มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด โดยการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล พูดด้วยวาจาสุภาพ การสร้างความไว้วางใจ การประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ การให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด การยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอด ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลด้วยการสอนสาธิต ประกอบการดู CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านความสุขสบายปลอดภัย โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขอนามัย การนวด การสัมผัสที่นุ่มนวล การจัดท่านอน การดูแลให้สารน้ำ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวตามการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด ช่วยให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด จึงมีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกขณะเจ็บครรภ์ได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือการคลอด จะทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดในระดับลดลง จึงเจ็บปวดน้อยลง (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546) ซึ่งมารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองจะมีการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hodnett & Osborn (1989) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (ภณิดา กำแหง, 2547 และ วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำ (ภณิดา กำแหง, 2547) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่า (สุปราณี อัทธเสรี และคณะ, 2533 และ วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร มณีแสง (2538) พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2158, p < .05$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชพเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นครั้งแรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนสิงหาคม 2551 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดของวิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เชพเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) และมีเครื่องเล่น CD แบบพกพา 1 เครื่อง พร้อมทั้งมีแผ่น CD ที่มีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ และวิธีการลูบหน้าท้อง ซึ่งจะนำไปใช้ในการสอนผู้คลอดในกลุ่มทดลองในระยะ latent phase โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติและทบทวนกระบวนการคลอด และเทคนิคการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดจำนวน 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าใจเนื้อหา และภาษา มีความชัดเจนดี จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขสบายปลอดภัย ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในระยะที่ 1 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้งที่มีอาการเจ็บครรภ์และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ การให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด ประคับประคองจิตใจของผู้คลอดโดยการยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอดและอยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะที่ 2 ของการคลอด ให้การดูแลผู้คลอดในขณะที่มีดลูกหดรัดตัว โดยการกำกับการหายใจของผู้คลอดตามเทคนิคการหายใจในระยะเบ่งคลอด เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดและป้องกันการเบ่งคลอดก่อนเวลา ชมเชยเมื่อผู้คลอดพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำ ประมาณระยะเวลาสิ้นสุดการคลอดให้ผู้คลอดทราบ ปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้เผชิญความเจ็บปวดได้ และสามารถที่จะคลอดได้เองอย่างปลอดภัย หลังทารกคลอดให้มารดาได้มีโอกาสดูทารกบุตรโดยการสัมผัส ลูบไล้ โอบกอด โดยพยาบาลอยู่เป็นเพื่อน กระตุ้นให้มารดาประสานสายตากับบุตร พุดคุยกับบุตร และกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ในระยะที่ 3 ของการคลอด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับบุตรและให้ข้อมูลในสิ่งที่ต้องการทราบ ตามความเหมาะสม และเป็นความจริง และในระยะที่ 4 ของการคลอด ผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างผู้คลอดและญาติ เปิดโอกาสให้มารดาได้พุดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในระยะแรกเริ่ม ประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับสถานที่และบุคลากร ระเบียบการเยี่ยมของญาติ แจ้งผลการตรวจให้ผู้คลอดทราบว่าอยู่ในระยะใดของการคลอดพร้อมทั้งคาดคะเนระยะเวลาคลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะปากมดลูกเปิดช้า สอนสาธิตประกอบการดู CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ และวิธีการลูบหน้าท้อง ในระยะที่ 2 ของการคลอด แนะนำ สาธิต และกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดหมด ในระยะที่ 3 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงอาการผิดปกติ ที่ต้องแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ เช่น มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก และในระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การอธิบายให้ผู้คลอดทราบว่า ภายหลังดูแลครบ 2 ชั่วโมงแล้ว ถ้าไม่มีอาการผิดปกติจะย้ายผู้คลอดออกจากห้องคลอดเพื่อไปดูแลต่อที่หน่วยหลังคลอด

3) การสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัย ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) และระยะเร่ง (Active phase) ประกอบไปด้วย การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่าที่

สุขสบายตามความเหมาะสม ช่วยลดอาการปวดหลัง โดยการนวด ดูแลความสุขสบายทั่วไป กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด ดูแลให้ผู้คลอดได้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกโดยการสังเกต และบันทึกการหดตัวของมดลูก ประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยฟัง FHS และลงบันทึก ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ตรวจภายใน ดูแลให้ผู้คลอดดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำ หรือบ้วนปากบ่อยครั้ง ในระยะที่ 2 ของการคลอด ประกอบด้วย การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ประเมินการหดตัวของมดลูก FHR และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ ช่วยดูแลบริเวณบั้นเอว ต้นขา และหน้าขา ในระยะที่ 3 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะของผิวหนัง ประเมินและสังเกตขนาดและความแข็งตัวของมดลูก ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ประเมินและสังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด และในระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย ดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและดื่มน้ำ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพของมารดาทุก 15 นาที ในช่วงชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในช่วงชั่วโมงที่สอง การประเมินอาการเจ็บปวดบริเวณมดลูก และบริเวณแผลฝีเย็บ ประเมินการหดตัวของมดลูก จำนวนเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ ดูแลกระเพาะปัสสาวะ ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบไม่มีเสียงรบกวน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น

2) แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด เป็นแบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ ฌีวี เบาทรวง (2526) ที่ดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบวัดความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger and others, 1977) เมื่อนำแบบวัดนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 70 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .76

3) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของ สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ซึ่งอาศัยกรอบแนวคิดของ มารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) เมื่อนำแบบวัดนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 70 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .85

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบ

จากผู้อำนวยการ และประธานองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น รวมทั้งความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บข้อมูลที่แผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่มาคลอด ที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่แผนกห้องคลอดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยห้องคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่มาคลอด ที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่แผนกห้องคลอดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลแบบประคับประคองจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด

วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนความเครียดในระยะคลอดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89, p < .01$)

2. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.10, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ไม่ได้ทำการศึกษาความเครียดของมารดาวัยรุ่นก่อนคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะมีผลต่อความเครียดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้
3. ไม่สามารถควบคุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีการฝากครรภ์ในคลินิกที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้นักการทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด โดยให้การดูแลประคับประคองจิตใจ การดูแลความสุขสบาย และการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยในการลดความเครียดมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำ CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ไปใช้ในมารดา กลุ่มอื่นๆ ในขณะรอคลอด ในระยะ latent phase โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร โดยเฉพาะในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือนำไปสอนในคลินิกฝากครรภ์
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของ VCD ให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น
3. ควรจัดให้มีการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ในการดูแล เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญความเครียดได้ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

4. ระบบบริการควรเอื้ออำนวยให้สามี หรือมารดาของผู้คลอดได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างกระบวนการคลอด ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจแก่มารดาด้วย ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด ทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า มารดาวัยรุ่นในระยะคลอดต้องการการดูแลสนับสนุนอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเครียดและช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยเฉพาะในมาดาที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และกระบวนการคลอด จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระหว่างคลอด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในอนาคต ในการหาโปรแกรมการเตรียมมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของสามี หรือผู้ช่วยเหลือผู้คลอด

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

(THE EFFECT OF NURSING SUPPORT DURING LABOR ON LABORING
STRESS AND PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE OF FIRST-
TIME TEENAGE MOTHER)

บุญทวี สุนทรลิมศิริ 4936993 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S., อรพินช์ เจริญผล, M.Ed.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ (Tournaire, 2007) แต่การตั้งครรภ์และการคลอดถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการและตามสถานการณ์ (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543) เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในมารดา โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ จะถูกสะสมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (ฉวี เบาทรวง, 2526) ทั้งนี้เพราะผู้คลอดมีความกลัวความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย กลัวเจ็บปวดทรมานจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะพิการหรือเป็นอันตราย กลัวสภาวะสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ (Montgomery, 2003) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดน้อยลง การรับรู้เหตุการณ์แคบลง มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง มารดาจะรับรู้ประสบการณ์ในการคลอดในทางลบ (Cheung, & Chan, 2007)

การคลอดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Tournaire, 2007) สตรีร้อยละ 97 กล่าวว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reed & Martin, 1987) ซึ่ง ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear – Tension –

Pain – cycle) (Dick-Read, 1984) ความกลัวเป็นผลจากความไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และความเข้าใจผิดๆ ที่ถ่ายทอดกันมา ผลที่เกิดขึ้นคือ ทำให้มีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ รวมถึงมดลูกส่วนล่าง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้เป็นผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดความเจ็บปวดและการคลอดล่าช้า เกิดเป็นวงจรความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดต่อเนื่องเรื่อยไป ในระยะคลอดความวิตกกังวลจะสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) อะดรีนาลิน (adrenalin) และแคทีโคลามีน (catecholamine) ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง เกิดการคลอดล่าช้า นอกจากนั้นยังทำให้การไหลเวียนของเลือดจากมารดาไปสู่ทารกลดลง เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Holmes & Magiera, 1987) โดยเฉพาะในรายที่มีระยะเวลาคคลอดยาวนาน มารดาจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Fawcett, Pollio, & Tully, 1992) มารดาที่มีความเครียดสูงในระยะคลอดจะมีผลทำให้เกิดการคลอดยาก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Costa, Dritsa, Larouch, & Brender, 2000) และยังมีผลทำให้เกิดการหลั่งน้ำนมช้าลงในระยะหลังคลอด (Grajeda & Perez-Escamilla, 2002)

การประเมินว่าเหตุการณ์ใดเป็นความเครียด ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านบุคคล (A-trait) และเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น จะส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้น และจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกนั้น ความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การวัดความเครียดในรูปแบบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ จึงเป็นการวัดความรู้สึกที่ไม่เจาะจงกับสถานการณ์ เป็นเพียงการวัดระดับความรู้สึกในแงุ่มต่างๆ (Endler & Edwards, 1982) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระทบต่อผู้คลอด ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้และความคิดสร้างสรรค์ ความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระดับสูง จะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Waldenstrom, 1999; Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, & Edman, 2007) และมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในมารดาครรภ์แรก การปรับบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด (Mercer, 1985; Simkin, 1992)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด นอกจากจะสามารถทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบแล้ว ยังสามารถทำนายความพึงพอใจต่อการคลอดและเกิดปัญหาทางภาวะอารมณ์ภายหลังคลอดได้ (Green, 1993) มารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกจะรู้สึกว่า

การคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตน มีการรับรู้ต่อสถานการณ์ในขณะที่คลอดตามความจริง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ในขณะที่คลอดได้ และมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอด (Cheung, 2002) จากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) พบว่ามารดาครรภ์แรกที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางบวก จะลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด และมีพฤติกรรมการเป็นมารดาที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ จะมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นเรื่องที่เจ็บปวดทรมาน เป็นสิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพของตน มารดาจะมีความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกสูญเสีย ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่พึงพอใจในการคลอด ดังนั้นการลดความวิตกกังวลในขณะที่คลอดและการสร้างประสบการณ์ทางบวก จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมในการดูแลมารดาขณะคลอด โดยเฉพาะในมารดากลุ่มเสี่ยง ที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนเช่นในมารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดายังไม่เจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Eure, Lindsay, Graves, 2002) และมีภาวะโลหิตจาง (Suebno Karn & Phupong, 2005) มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ จากการมีอุปนิสัยในการบริโภคอาหารไม่ดีในมารดาวัยรุ่น ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จึงให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) (Reichman & Pagnini, 1997) และมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มมารดาวัยผู้ใหญ่ (Smith, 2001) ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งในบทบาทซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด (Sandler & Catrone, 1983) โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้และวุฒิภาวะจะมีความเครียดมาก เนื่องจากต้องปรับบทบาทการเป็นมารดาและปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน คนในครอบครัว มีความรับผิดชอบมากขึ้น มีหน้าที่ในการดูแลและเลี้ยงดูบุตร และยังคงเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ จึงเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Cowan & Hetherington, 1991)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มารดาวัยรุ่นจะเกิดความกลัวและความเครียดสูง ดังนั้นในระยะเจ็บครรภ์คลอด มารดาวัยรุ่นจึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนประคับประคองจากบุคคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึก

ผูกพันกับทารกในครรภ์มาก และมีการปรับบทบาทของมารดาภายหลังคลอดได้ดี (ศิริวรรณ มั่นสุข, 2539) แต่เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดให้ญาติเข้าเยี่ยม หรือดูแลในห้องคลอดได้ ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอดเพราะ เป็นผู้ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Waldenstrom, 1999) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเจ็บปวดขณะรอกคลอดมากจนไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดล่าช้า และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Dick-read, 1984; Waldenstr et al., 2004)

ในระยะเจ็บครรภ์คลอด มารดาวัยรุ่นจึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนประคับประคองจากพยาบาลในห้องคลอดอย่างมาก เพื่อที่จะช่วยให้การคลอดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และปลอดภัย จากหลายงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มารดาตั้งครรภ์ต้องการมากที่สุดในระยะรอกคลอดคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย (บังอร ศิริบุรณะภานนท์, 2540; Bowers, 2002) ความต้องการการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มารดาตั้งครรภ์ต้องการทั้งในด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ต้องการให้พยาบาลนั่งอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา รับฟังอย่างตั้งใจ ปลอบโยนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยการสัมผัสโดยการจับมือ เพราะการสัมผัสจะช่วยให้มารดาตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในขณะรอกคลอดได้ดีขึ้น (ฉวี เบาทรวง, 2526; สุพิศ รุ่งเรืองศรี, 2537)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก รวมทั้งเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่หลายประเทศให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งในปัจจุบันการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยทุก ๆ ปีจะมีการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมากกว่า 1 ล้านคน (Montgomery, 2003) ในปี 2003 สหรัฐอเมริกามีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถึง 41.7 ต่อ 1000 คน (Hamilton, Martin, & Sutton, 2004) สำหรับประเทศไทยรายงานสถานการณ์ของมารดาและทารกปริกำเนิดของกรมอนามัยพบว่าในปี 2547-2549 พบว่าการมีบุตรของมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.7, 11.4 และร้อยละ 13.43 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2550) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่กำหนดเป้าหมายการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี โดยการลดความเครียดในระยะคลอด เพื่อให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดีแนวทางหนึ่งคือการเตรียมตัวก่อนคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดา

วัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อที่จะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด และช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด ของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) โดยปฏิบัติการสนับสนุนทางการพยาบาล ใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านความสุขาสบายปลอดภัย มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

ทฤษฎีความเครียด ของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึนึกคิด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล กระบวนการต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลความหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ของบุคคล กระบวนการนี้ประกอบด้วยประเมิน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิด ที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดในสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอะไร และตัดสินว่าสิ่งนั้นมีอิทธิพลหรือมีความสำคัญต่อชีวิตและร่างกายของบุคคล

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินศักยภาพของตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และมี

ทางเลือกอะไรบ้างในสถานการณ์ดังกล่าวที่บุคคลจะเลือกใช้ เช่น การเข้ามีส่วนร่วม การถอยหนี หรือแสวงหาวิธีลดความรู้สึกรุนแรงลง โดยใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) ซึ่งเรียกการประเมินนี้ว่า เป็นวิธีการเผชิญความเครียด (coping option)

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Primary appraisal) หรือเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดที่กระทำไปแล้ว เนื่องจากบุคคลได้รับข้อมูลใหม่ ๆ ความคิดนี้เกิดขึ้นได้หลาย ๆ ครั้ง ช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ดีขึ้น การประเมินซ้ำอาจเป็นแบบปกป้องตนเอง (defensive reappraisal) ซึ่งเป็นการประเมินผลซ้ำโดยที่บุคคลทบทวนและแปลความหมายของเหตุการณ์ใหม่มีความรุนแรงน้อยลง

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factor) จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มารดาได้รับในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะคลอด เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่อระบบการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ของมารดาวัยรุ่นทั้งสิ้น และการที่มารดาวัยรุ่นแปลความหมายจากสิ่งเร้าต่าง ๆ นั้นได้ โดยใช้ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อของมารดาวัยรุ่นออกมาเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นไป 2 ทาง คือการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในขณะคลอด การขาดประสบการณ์จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น การคลอดจึงมีลักษณะเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในอนาคต มารดาวัยรุ่นอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม เป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองและบุตรในครรภ์ ทำให้เกิดเป็นภาวะเครียด (Stressful) ถ้ามารดาวัยรุ่นมีความเครียดสูงจะทำให้ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์แคบลง มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง เกิดความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถเผชิญความเครียดในขณะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการคลอคล่ำซ้ำ ระยะเวลาการคลอดยาวนานขึ้น มารดาวัยรุ่นจึงเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย

เมื่อมารดาวัยรุ่นประเมินว่าการคลอดเป็นภาวะเครียด จะต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดจัดการกับความเครียด ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์หรือทางเลือก ที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ มุ่งที่จะปรับอารมณ์ (emotional focus) และมุ่งแก้ปัญหา (problem focus) มารดาวัยรุ่นที่มีความเชื่อมั่น

รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล แสวงหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดี ในระยะคลอดบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้คลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการคลอด มารดาวัยรุ่นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ จะทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และควบคุมสถานการณ์ ทำให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี (Hodnett & Osborn, 1989)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีความเครียดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
2. มารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2551 ถึง เดือนสิงหาคม 2551 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ตั้งครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร คลอดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอดทั้งในมารดาและทารก สามารถพูด ฟัง และเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา และจะคัดออกจาก

การศึกษาหาการขาดได้รับการบรรเทาปวดด้วยวิธี Epidural block และมีระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองน้อยกว่า 3 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เป็นแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ของวิกิรัตน์ สอดส่อง (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เชพเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสบายปลอดภัย และมีเครื่องเล่น CD แบบพกพา 1 เครื่อง พร้อมทั้งมีแผ่น CD ที่มีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ และวิธีการลูบหน้าท้อง ซึ่งจะนำไปใช้ในการสอนผู้คลอดในกลุ่มทดลอง ในระยะ latent phase โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติและทบทวนกระบวนการคลอด และเทคนิคการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 3 ท่าน และนำแผนการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น

2) แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด เป็นแบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ จีวี เบาทรวง (2526) ที่ดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบวัดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger and others, 1977) เมื่อนำแบบวัดนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 70 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .76

3) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของ สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ซึ่งอาศัยกรอบแนวคิดของ มารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) เมื่อนำแบบวัดนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 70 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .85

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบโครง

ร่างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ และประธานองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น รวมทั้งความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บข้อมูลที่แผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น ทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมกัน และป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่มาคลอด ที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่แผนกห้องคลอดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยห้องคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่มาคลอด ที่โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่แผนกห้องคลอดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวัน เวลา 07.00 น. – 20.00 น. พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลแบบประคับประคองจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 39 ราย และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด และดู CD ที่มีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ และวิธีการลูบหน้าท้อง จำนวน 38 ราย คัดออกจากการศึกษาจำนวน 4 รายในกลุ่มควบคุม และคัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

มารดาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.30 มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.90 ในกลุ่มควบคุม และ ร้อยละ 57.10 ในกลุ่มทดลอง รายได้ของครอบครัวใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 85.70 ในกลุ่มควบคุม และ 97.10 ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับยาเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง และได้รับยาแก้ปวดใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 91.40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.30 ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล การเร่งคลอด และยาแก้ปวดที่ได้รับ เปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
< 15	2	5.70	2	5.70	0.00 ^{ns}
15-19	33	94.30	33	94.30	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	9	25.70	4	11.40	6.14 ^{ns}
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	62.90	19	54.30	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	11.40	12	34.30	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)					
< 5,000	4	11.40	2	5.70	0.80 ^{ns}
5,001- 10,000	27	77.10	28	80.00	
> 10,000	4	11.40	5	14.30	
การวางแผนการตั้งครรภ์					
วางแผน	5	14.30	1	2.90	2.92 ^{ns}
ไม่ได้วางแผน	30	85.70	34	97.10	
การเร่งคลอด					
ไม่ได้รับการเร่งคลอด	3	8.60	2	5.70	0.22 ^{ns}
ได้รับการเร่งคลอด	32	91.40	33	94.30	
ยาแก้ปวดที่ได้รับ					
ได้รับ	32	91.40	33	94.30	0.22 ^{ns}
ไม่ได้รับ	3	8.60	2	5.70	

ns = p > .05

มารดาวัยรุ่นแรกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน โดยมีอายุอยู่ในช่วง 13-19 ปี มารดาในกลุ่มควบคุมมีค่าอายุเฉลี่ย 17.09 ปี (S.D. = 1.50) กลุ่มทดลองมีค่าอายุเฉลี่ย 16.97 ปี (S.D. = 1.50) ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีของการศึกษาใกล้เคียงกันที่ 9 ปี โดยมารดาในกลุ่มควบคุมมีจำนวนปีของการศึกษาอยู่ในช่วง 6-12 ปี ($\bar{X}$ = 8.26, SD = 1.79) กลุ่มทดลองมีจำนวนปีของการศึกษาอยู่ในช่วง 6-12 ปี ($\bar{X}$ = 9.17, SD = 1.93) มารดาทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 8,471.43 บาทต่อเดือน (Median = 8,000, Mode = 10,000) และในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 8,614.29 บาทต่อเดือน (Median = 8,000, Mode = 7,000) มารดาทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาล เฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.62 ชั่วโมง ($\bar{X}$ = 407.29, SD = 155.81) และในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์เฉลี่ย 6.08 ชั่วโมง ($\bar{X}$ = 364.63, SD = 136.52) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีของการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 35)			กลุ่มทดลอง (n = 35)			t
	Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD	
อายุ	13-19	17.09	1.50	13-19	16.97	1.50	0.32 ^{ns}
จำนวนปีของการศึกษา	6-12	8.26	1.79	6-12	9.17	1.93	-2.06 ^{ns}
รายได้ของครอบครัว	5,000-20,000	8,471.43	2,945.44	3,000-17,000	8,614.29	2,877.62	-0.21 ^{ns}
	Median = 8,000 Mode = 10,000			Median = 8,000 Mode = 7,000			
ระยะเวลาที่ได้รับ การพยาบาล (นาท)	185-878	407.29	155.81	187-681	364.63	136.52	1.22 ^{ns}

ns = $p > .05$

จากผลการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนความเครียดและคะแนนการรับรู้

ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดมีการกระจายแบบปกติ ดังนั้นการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจึงใช้สถิติ T-test

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด พบว่ามารดามีคะแนนความเครียดในระยะคลอดเฉลี่ย 49.49 คะแนน ($\bar{X} = 49.49$, $SD = 7.78$) ในกลุ่มควบคุม และ 43.77 คะแนน ($\bar{X} = 43.77$, $SD = 8.75$) ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดด้วยสถิติ T-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89$, $p < .01$) นั่นคือสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีความเครียดน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 3)

คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด มีค่าเฉลี่ย 88.51 คะแนน ($\bar{X} = 88.51$, $SD = 12.77$) ในกลุ่มควบคุม และ 98.17 คะแนน ($\bar{X} = 98.17$, $SD = 13.28$) ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ด้วยสถิติ T-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.10$, $p < .01$) ดังนั้น สมมุติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ด้วยสถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 35)				กลุ่มทดลอง (n = 35)			t
	Possible							
	range	Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD	
ความเครียดในระยะคลอด	22-88	32-64	49.49	7.78	28-64	43.77	8.75	2.89 [*]
การรับรู้ประสบการณ์- การคลอด	26-130	56-115	88.51	12.77	61-121	98.17	13.28	- 3.10 [*]

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายให้สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัยดังนี้ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามารดาวัยรุ่นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนความเครียดในระยะคลอดต่ำกว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ดังนั้นในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นอาจจะรับรู้และแปลความหมายว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) ประเมินว่าตนเองได้ถูกคุกคามจากอันตราย ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ หรือวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และคลอดนั้น ผู้คลอดไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง การดูแลจากพยาบาล เช่นการให้ข้อมูล และการตอบสนองต่อความต้องการของมารดาในระยะคลอด จะช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของมารดาได้ (Klaus, Kennell & Klaus, 2002) การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกปลอดภัย ประสบความสำเร็จ และมีทัศนคติที่เข้มแข็งขึ้น ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้คลอด จะทำให้ผู้คลอดรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายทั่วไปของผู้คลอดให้ได้รับความสุขสบาย จะทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลง (พิริยา ศุภศรี, 2535)

จากการศึกษาของ Lubna & Eileen (2006) พบว่าความเครียดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนจากพยาบาล ($r = -.36, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ที่พบว่าระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลาง และได้รับการเตรียมก่อนคลอดรวมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .001$) นอกจากนี้การศึกษาของ ชญานิ นุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชู นวล และเยาวเรศ สมทรัพย์ (2548) ยังพบว่าการเสริมพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล กาย และจิตใจอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรก ที่มารับบริการที่หน่วยห้องคลอดของ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำให้มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นอกจากนี้ผลจากการศึกษายังพบว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.10, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจาก มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด โดยการสนับสนุนทางการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล พูดด้วยวาจาสุภาพ การสร้างความไว้วางใจ การประเมินความเจ็บปวด และความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะๆ การให้กำลังใจแก่ผู้คลอดในการลดความเจ็บปวด การยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอด ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลด้วยการสอนสาธิต ประกอบการดู CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านความสุขสบายปลอดภัย โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขอนามัย การนวด การสัมผัสที่นุ่มนวล การจัดท่านอน การดูแลให้สารน้ำ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวตามการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด ช่วยให้ผู้มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด จึงมีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกขณะเจ็บครรภ์ได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือการคลอด จะทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดในระดับลดลง จึงเจ็บปวดน้อยลง (วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546) ซึ่งมารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองจะมีการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดที่ดี มีรายงานการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (ภณิดา กำแหง, 2547 และ วิจารณ์ สอดส่อง, 2548) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำ (ภณิดา กำแหง, 2547) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่า (สุปราณี อัทธเสรี และคณะ, 2533 และ วิจารณ์ สอดส่อง, 2548) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร มณีแสง (2538) พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2158, p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่เป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ไม่ได้ทำการศึกษาความเครียดของมารดาวัยรุ่นก่อนคลอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะมีผลต่อความเครียดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้
3. ไม่สามารถควบคุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีการฝากครรภ์ในคลินิกที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้บุคลากรที่มีสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด โดยให้การดูแลระดับประคับประคองจิตใจ การดูแลความสุขสบาย และการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยในการลดความเครียดมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำ CD เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ไปใช้ในมารดากลุ่มอื่นๆ ในขณะรอคลอด ในระยะ latent phase โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร โดยเฉพาะในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือนำไปสอนในคลินิกฝากครรภ์
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบของ VCD ให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น
3. ควรจัดให้มีการพยาบาลแบบเจ้าของใช้ในการดูแล เพื่อให้มารดาดังครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญความเครียดได้ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม
4. ระบบบริการควรเอื้ออำนวยให้สามี หรือมารดาของผู้คลอดได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างกระบวนการคลอด ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจแก่มารดาวัยรุ่น ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด ทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า มารดาวัยรุ่นในระยะคลอดต้องการดูแลสนับสนุนอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเครียดและช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยเฉพาะในมารดาที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และกระบวนการคลอด จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระหว่างคลอด

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในอนาคต ในการหาโปรแกรมการเตรียมมารดาไว้รุ่นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของสามี หรือผู้ช่วยเหลือผู้คลอด



THE EFFECT OF NURSING SUPPORT DURING LABOR ON LABORING
STRESS AND PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE OF FIRST-
TIME TEENAGE MOTHER

BOONTAWEE SOONTORNLIMSILI 4936993 RAMN/M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed.

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale of the Problem

Although pregnancy and childbirth were the natural phenomenon (Tournaire, 2007), but it was considered a developmental and situational crisis (Songporn Jantarapat, B.E. 2543). This was because pregnancy and childbirth caused physical and psychosocial changes leading to mother's stress especially mothers who had never given birth before. Stress and worries would be accumulated since their pregnancy and got higher during labor (Chavee Baosoung, B.E. 2526) because mothers felt scared and worried about their upcoming situations involving unsafe condition, delivery pain, handicapped or threatened infants, delivery-room environment, and various medical equipment (Montgomery, 2003). As a result, they would show less self-control during labor, less situation perception, misread the situation. Mothers would have a negative perception of childbirth experience (Cheung, & Chan, 2007).

Pain in labor was inevitable (Tournaire, 2007). 97% of women said that labor was the most painful experience of their lives (Reed & Martin, 1987). There was a continuous connection between fear, tension, and pain (Fear – Tension – Pain – cycle) (Dick-Read, 1984). Fear came from ignorance especially ignorance about mechanism of labor as well as inherited misunderstanding resulting in mind, muscle,

and lower uterine segment tension. The muscle tension caused upper uterine segment and lower uterine segment to function inharmoniously leading to pain and difficult delivery. Fear – Tension – Pain – cycle still continued. Worries would quickly increase during labor because the stress factors increased in line with the progression of labor. Consequently, cortisol, adrenalin, and catecholamine in plasma increased resulting in uterine inertia and difficult delivery. In addition, the blood circulation in the fetus would deteriorate which was harmful to the fetus (Holmes & Magiera, 1987). In case of long duration of labor, mothers would feel weary and showed higher risk of the happening of complicity from operative obstetrics (Fawcett, Pollio, & Tully, 1992). Stressful mothers would have a difficult delivery and a negative perception of childbirth experience (Costa, Dritsa, Larouch, & Brender, 2000) as well as have a slower lactation during postnatal period (Grajeda & Perez-Escamilla, 2002).

To evaluate whether each event was stressful depended on personal factor (A-trait) which naming as trait anxiety and stress situational factor naming as state anxiety (A-State) which affected the people respond to stress situation differently. When a person perceived the situation was stressful event it will increase the state anxiety level and reaction respond. The level of state anxiety had change all the time. The stress measurement in dimension of state anxiety then was not to measure stress at the point of time of specific situation but evaluation of people on overall the situation (Endler & Edwards, 1982). Thus, the level of anxiety depended on the situation violence or the impacts on mothers highly affecting learning, perception, creativity, pain, and anxiety leading to a negative perception of childbirth experience (Waldenstrom, 1999; Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, & Edman, 2007). This affected first-time mothers' behavior, maternal role adaptation, and relationship between mothers and infants during postnatal period (Mercer, 1985; Simkin, 1992).

Labor anxiety could not only forecast a negative perception of childbirth experience, but also forecast labor satisfaction and emotional problems during postnatal period (Green, 1993). Mothers who had a positive perception of childbirth experience would consider labor meaningful, perceive labor situation realistically, could control themselves during labor, and felt satisfied with labor (Cheung, 2002). According to Mercer (Mercer, 1985), it was found that first-time mothers who had a positive childbirth experience would decrease their anxiety and depression during

postnatal period, and have a good maternal behavior. On the contrary, if mothers had a negative perception of childbirth experience, they would feel that labor was dreadful, painful, and unsafe. They would feel scared, worried, lost, unsatisfied with labor, and lacked self-confidence. Therefore, it was suggested to reduce anxiety during labor and enhance positive experiences of mothers especially those in the risk group who had no experience in giving birth such as teenage mothers.

Teenage pregnancy was a developmental crisis with drastically physical and emotional changes, followed by difficulties against mothers and infants. This was because teenage mother's physical had not completely developed leading to more complications than adult mothers such as high blood pressure, premature delivery (Eure, Lindsay, Graves, 2002) and anemia (Suebno Karn & Phupong, 2005). Bad consumption behavior of teenage mothers caused them to gain insufficient energy resulting in low birth weight (Reichman & Pagnini, 1997) and more infant deaths than adult mothers (Smith, 2001). In addition, role conflict was another stress factor (Sandler & Catrone, 1983) especially inexperienced teenage mothers without knowledge and maturity would suffer severe stress because they needed to deal with maternal role adaptation and their relationship adjustment with other people such as friends or family members. Teenage mothers took over more childcare responsibilities and faced economic problems, followed by more stress (Cowan & Hetherington, 1991).

Teenage mothers would be increasingly fearful and stressful during labor. Therefore, they needed nursing support from doctors, nurses, public health officials including their close persons like their husband, family members, and friends. Social support would help mothers gain good experiences, steady emotion and mood, efficiently deal with tension, and have a positive perception of childbirth experience (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000). The perception of good social support greatly contributed to maternal-infant attachment, and good maternal role adaptation during postnatal period (Siriwan Mansuk, B.E. 2539). However, most public hospitals did not allow visitors or doulas in delivery room, so nursing staff were the most important social supporter for mothers. The fact that nursing staff closely and continuously took care of mothers throughout the labor process helped mothers get through labor properly and have a good perception of childbirth experience (Waldenstrom, 1999). It

was found that lack of social support and uncontrollable pain during labor were related to delivery delay and negative perception of childbirth experience (Dick-read, 1984; Waldenstr et al., 2004).

Teenage mothers extremely needed nursing support in delivery room during labor in order to ensure proper and safe labor. According to several studies, the most required nursing support during labor was mind and emotional support, information support, comfort and safety support (Bangorn Siriburanapanont, B.E 2540; Bowers, 2002). Regarding mind and emotional support, mothers would like nurses to stay close with them all the time, attentively listen to them, comfort them in a soft voice, express sympathy by holding hands because touch could better help mothers get through pain during labor (Chavee Baosoung, B.E. 2526; Supit Roongruangsri, B.E 2537).

Teenage pregnancy was one of significant health problems of mothers and infants. Many countries were interested and considered it as an economic and social problem. Presently, teenage pregnancy was likely to increase worldwide. More than 1 million pregnant teenagers were found every year (Montgomery, 2003). In 2003, 41.7 pregnant teenagers out of 1,000 people were reported in USA (Hamilton, Martin, & Sutton, 2004). According to mothers and infants situation report of Department of Health in 2004-2006 in Thailand, pregnant mothers aged less than 20 were be 14.7%, 11.4%, and 13.43% respectively (Department of Health, 2007) which were higher than the target of the Tenth National Economic and Social Development Plan (2007-2011) indicating that pregnant mothers aged less than 20 would not exceed 10%. Thus, teenage pregnancy was still a critical problem of the country.

To help teenage mothers get through labor crisis by reducing tension during labor in order to have a good perception of childbirth experience, it was suggested to prepare for pregnancy. However, most teenage pregnancies were unplanned or unintentional, more likely not to attend the antenatal clinic or to have late antenatal care than other kinds of pregnancy. As a result, teenage mothers had a little chance to gain pregnancy knowledge and prepare for pregnancy. Thus, the researcher was interested in studying the effect of nursing support during labor on laboring stress and perception of childbirth experience of first-time teenage mother in order to set nursing support guidelines for teenage mothers during labor, reduce tension during labor, and

create a good perception of childbirth experience leading to suitable maternal role adaptation of teenage mothers.

Theoretical Framework

The stress theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) and social support theory of Schaefer (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) focusing on 3 nursing supports namely emotional support, information support, comfort and safety support was used as a framework of this study in order to reduce tension and enhance positive perception of childbirth experience of first-time teenage mothers.

The stress theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) mentioned the transaction between people and environment which influenced each other. Stress was a circumstance that people found that it threatened their lives and required their full adjustment by utilizing resources. To be or not to be a stressful event depended on balance evaluation between demands and resources of each person. The stress judgment of people would have to come after thinking process (Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544).

Cognitive appraisal was to evaluate several events and importance of events to people. All processes would always change with perception and analysis of events of people. The process consisted of 3 appraisals as below:

1. Primary appraisal was a thinking process aiming at evaluating stress factors in the environment and judging the influence or the importance of the factors on people's lives.

2. Secondary appraisal was a thinking process aiming at evaluating people's capabilities, resources, and choices such as participation, escape, and violence reduction by defense mechanism. Such evaluation was called a coping option.

3. Reappraisal was a thinking process which changed people's primary appraisal because they received new information. This process could occur several times and contribute to better decision. It could be a defensive reappraisal which was a repeated evaluation into a new event with less violence.

To evaluate whether each event was stressful, type of stress, and violence of stress depended on situational factor and personal factor. Events or experiences during painful labor altogether stimulated perception of teenage mothers. Teenage mothers could interpret those stimulations using their previous experiences, value, attitude, demands, and belief into perception of childbirth experience dividing into 2 types; positive and negative perception. Particularly first-time teenage mothers who had no experience would be more worried during labor. Labor for them was a new unpredictable event. Teenage mothers might consider labor as a threatened and harmful circumstance to themselves and their infants. As a result, they would become stressful. They would have less situation perception, misread the situation, feel unpleasant physically and emotionally, and unable to face stress during labor properly. Teenage mothers would express their dissatisfaction, disappointment, and suffering. They would not be able to control themselves, show improper behavior, and call for intensive care leading to late and longer delivery resulting in having more stress.

When teenage mothers considered that labor was a stressful circumstance, they needed to utilize their resources or choices to cope with it. There were 2 types of stress management; emotional focus, and problem focus. Teenage mothers, who had self-confidence, knew how to think reasonably, tried to search for labor information, gained assistance from concerning people, or possessed resources for problem solutions, would be able to face stress efficiently. Thus, nursing staff were the most important professional supporter for mothers during labor because nursing staff closely and continuously took care of mothers throughout the labor process. Teenage mothers who received support from nursing staff, prepared for pregnancy with adequate information on upcoming situation would be able to get through labor properly, cope with the situation, increase their self-control ability, and have a good perception of childbirth experience (Hodnett & Osborn, 1989).

Objectives

1. To compare stress of first-time teenage mothers during labor between the group with nursing support and the group with usual nursing care.

2. To compare perception of childbirth experience between the group with nursing support and the group with usual nursing care.

Research Hypothesis

1. First-time teenage mothers with nursing support during labor would have less stress than those with usual nursing care.
2. First-time teenage mothers with nursing support during labor would have better perception of childbirth experience than those with usual nursing care.

Research Methodology

The populations of this study were first-time teenage mothers aged between 13 and 19 who delivered babies at Kasemrad Prachachuen Hospital during June – August 2008. They were recruited by the purposive sampling based on following criteria: singleton pregnancy, 37-42 weeks of gestation, is in first stage of labor, cervical dilation of less than 4 cm., no complications during labor or postnatal period for both mothers and infants, literate in Thai language, and cooperate with this study willingly. Some of them would be removed in case of epidural block and less than 3-hour nursing support.

There were 2 types of research tool for this study namely

1. Experimental tool was nursing support plan during labor that the researcher adapted from nursing support plan during labor of Wiparat Sodsong (B.E. 2548) based on the concept of social support of Schaefer (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) focusing on 3 nursing supports namely emotional support, information support, comfort and safety support. Including the Portable DVD Player together with CDs which containing pictures and contents about labor process, how to breathe, and abdominal effleurage were used to teach mothers in latent phase of labor, cervical dilation of less than 4 cm. in the experimental group to practice and review labor process and pain relief technique during labor. The tool's content and language was inspected by 3 experts in the field of pediatric nursing. Nursing support plan was revised as suggested by the experts and applied to 5 populations.

2. Tools for data collection included:

1) Personal information record of teenage mothers.

2) Questionnaires on stress of teenage mothers during labor created by Spielberger and others (Spielberger and others, 1977) and translated by Chavee Baosoung (B.E. 2526) were used to measure stress of 70 first-time teenage mothers. The result of the Cronbach's Coefficient Alpha was .76.

3) Questionnaires on perception of childbirth experience created by Sukpinush Sankasuwan (B.E. 2543) based on the theory of Marut and Mercer (Marut & Mercer, 1979) was used with 70 first-time teenage mothers. The result of the Cronbach's Coefficient Alpha was .85.

The permission from Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University was available before data collection. The research proposal was inspected by Thesis Advisory Committee of Mahidol University, and was approved by Director and Chairman of nursing administration of Kasemrad Prachachuen Hospital. Also, the populations gave consent to participate in this research and signed in the research consent form. The data collection was conducted at delivery room of Kasemrad Prachachuen Hospital every day at 07.00 – 20.00 hrs. The researcher initially collected the data from the control group with usual nursing care, and later collected the data from the experimental group in order to prevent inequality between the populations. The procedures were described as below:

The Control Group

The researcher chose the samples from mothers who came to deliver babies at Kasemrad Prachachuen Hospital and became inpatients of delivery room based on the sampling criteria every day at 07.00 – 20.00 hrs. The objectives and procedures would be explained to the samples. When they gave consent to participate in the research, they would receive usual nursing care from nurses at delivery room until 2 hours after delivery. Before transfer from delivery room, the researcher asked mothers to answer personal information record, questionnaires on stress of teenage mothers during labor, and questionnaires on perception of childbirth experience.

The Experimental Group

The researcher chose the samples from mothers who came to deliver babies at Kasemrad Prachachuen Hospital and became inpatients of delivery room based on

the sampling criteria every day at 07.00 – 20.00 hrs. The objectives and procedures would be explained to the populations. When they gave consent to participate in the research, they would receive nursing support from the researcher consisting of mind and emotional support, information support, comfort and safety support starting from admission stage, first stage of labor, labor stage until 2 hours after delivery. Before transfer from delivery room, the researcher asked mothers to answer personal information record, questionnaires on stress of teenage mothers during labor, and questionnaires on perception of childbirth experience.

Results

The data of this study were collected from the control group of 39 first-time teenage mothers aged between 13 and 19 with usual nursing care, and the experimental group of 38 mothers with nursing support and educated by CDs containing pictures and contents about labor process, how to breathe, and abdominal effleurage. 4 mothers of the control group and 3 mothers of the experimental group were removed. The final samples possessed following qualifications:

94.30% of mothers in the experimental group and the control group aged between 15 and 19. Both groups had similar education background. They mostly graduated from secondary school, accounted for 62.90% in the control group and 57.10% in the experimental group. Family income was similar in both groups. Most of them earned 5,001-10,000 baht/month, accounted for 77.1% in the control group and 80% in the experimental group. Both groups mostly had no pregnancy plan, accounted for 85.70% in the control group and 97.10% in the experimental group. Both of them were given oxytocin drug, accounted for 91.40% in the control group and 94.30% in the experimental group. They were similarly given sedative, accounted for 91.40% in the control group and 94.30% in the experimental group. When compared the similarity of qualifications between the experimental group and the control group by using Chi-square test, it was found that there was not any differences statistically significantly ($p > .05$) (Table 1).

Table 1 Number and percentage of mothers classified by personal information, oxytocin drug, and sedative, compared by Chi-square test (χ^2)

Qualifications of the Populations	The Experimental Group (n = 35)		The Control Group (n = 35)		χ^2
	Number	Percentage	Number	Percentage	
Age (years) < 15	2	5.70	2	5.70	0.00 ^{ns}
15-19	33	94.30	33	94.30	
Education					
Primary school	9	25.70	4	11.40	6.14 ^{ns}
Secondary school	22	62.90	19	54.30	
High school	4	11.40	12	34.30	
Monthly family income (baht)					
< 5,000	4	11.40	2	5.70	0.80 ^{ns}
5,001- 10,000	27	77.10	28	80.00	
> 10,000	4	11.40	5	14.30	
Pregnancy plan					
Yes	5	14.30	1	2.90	2.92 ^{ns}
No	30	85.70	34	97.10	
Oxytocin drug					
No	3	8.60	2	5.70	0.22 ^{ns}
Yes	32	91.40	33	94.30	
Sedative					
Yes	32	91.40	33	94.30	0.22 ^{ns}
No	3	8.60	2	5.70	

ns = p > .05

First-time teenage mothers of both groups had similar age with an average age of 13-19. Mothers of the control group had an average age of 17.09 (S.D. =1.50) whereas those of the experimental group had an average age of 16.97 (S.D. = 1.50). Both groups had similarly 9 years of education. Mothers of the control group had 6-12 years of education ($\bar{X} = 8.26$, SD = 1.79) whereas those of the experimental group had 6-12 years of education as well ($\bar{X} = 9.17$, SD = 1.93). Mothers of both groups had

similar family income at 8,471.43 baht/month for the control group (Median = 8,000, Mode = 10,000) and 8,614.29 baht/month for the experimental group (Median = 8,000, Mode = 7,000). Mothers of both groups had similar Duration of nursing support at 6.62 hour for the control group ($\bar{X} = 407.29$, SD = 155.81) and 6.08 hour for the experimental group ($\bar{X} = 364.63$, SD = 136.52). When compared the differences of the average age, years of education, family income and Duration of nursing support of both groups with T-test, it was found that there was not any statistically significantly differences ($p > .05$) (Table 2).

Table 2 Comparison of the average age, years of education, and family income between mothers of the control group and the experimental group by using T-test

Variable	Experimental Group (n = 35)			Control Group (n = 35)			t
	Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD	
Age	13-19	17.09	1.50	13-19	16.97	1.50	0.32 ^{ns}
Years of education	6-12	8.26	1.79	6-12	9.17	1.93	-2.06 ^{ns}
Family income	5,000-20,000	8,471.43	2,945.44	3,000-17,000	8,614.29	2,877.62	-0.21 ^{ns}
	Median = 8,000		Mode = 10,000	Median = 8,000		Mode = 7,000	
Duration of nursing support	185-878	407.29	155.81	187-681	364.63	136.52	1.22 ^{ns}

ns = $p > .05$

According to the study on the personal characteristics similarity of both groups, it was found that there were not any differences statistically significantly ($p > .05$). When tested the assumption with Kolmogorov-Smirnov, normal score distribution of teenage mothers' stress and perception of childbirth experience was found. Thus, comparison of the average score of teenage mothers' stress and perception of childbirth experience between the control group and the experimental group was made by using T-test.

Regarding teenage mothers' stress during labor, it was found that the average score of stress in the control group was 49.49 ($\bar{X} = 49.49$, $SD = 7.78$) whereas the average score of stress in the experimental group was 43.77 ($\bar{X} = 43.77$, $SD = 8.75$). When compared the average score of teenage mothers' stress during labor by using T-test, it was found that the experimental group had lower score of stress during labor than the control group statistically significantly ($t = 2.89$, $p < .01$). Therefore, research hypothesis no.1, which mentioned that "first-time teenage mothers with nursing support during labor would have less stress than those with normal nursing", was proven correct (Table 3).

Regarding teenage mothers' perception of childbirth experience, it was found that the average score of perception in the control group was 88.51 ($\bar{X} = 88.51$, $SD = 12.77$) whereas the average score of perception in the experimental group was 98.17 ($\bar{X} = 98.17$, $SD = 13.28$). When compared the average score of teenage mothers' perception of childbirth experience by using T-test, it was found that the experimental group had higher score of perception than the control group statistically significantly ($t = -3.10$, $p < .01$). Therefore, research hypothesis no.2, which mentioned that "first-time teenage mothers with nursing support during labor would have better perception of childbirth experience than those with normal nursing", was proven correct (Table 3).

Table 3 Comparison of the average score of teenage mothers' stress and perception of childbirth experience by using T-test

Variable	Experimental Group (n = 35) Control Group (n = 35)							t
	Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD		
Stress during labor	22-88	32-64	49.49	7.78	28-64	43.77	8.75	2.89*
Perception of childbirth experience	26-130	56-115	88.51	12.77	61-121	98.17	13.28	- 3.10*

* $p < .01$

Discussion

The researcher would further discuss the results in accordance with the research hypothesis. According to the study, it was found that first-time teenage mothers with nursing support during labor had lower score of stress than mothers with usual nursing care statistically significantly ($t = 2.89, p < .01$). It could explain that most teenage pregnancies were unplanned or unintentional, more likely not to attend the antenatal clinic or to have late antenatal care than other kinds of pregnancy. As a result, teenage mothers had a little chance to gain pregnancy knowledge and prepare for pregnancy. Then, teenage mothers would possibly interpret labor into the most painful experience of their lives (May, 1994). They might feel threatened and express emotional disorders such as fear, anger, or anxiety. During labor, mothers would lose their self-control. Nursing support such as to provide information and respond to requirement of mother during labor will help decrease fear and anxiety of a mother (Klaus, Kennell & Klaus, 2002). Emotional support would help mothers feel safe, achieve success, and strengthen their attitude. Information support especially labor information was important. To provide information that suitably fulfilled mothers' demands would help mothers acknowledge and follow practice guideline properly. Physical support would make mothers feel comfortable resulting in stress reduction (Piriya Supasri, B.E. 2535).

According to Lubna & Eileen study (2006), it was found a significant negative correlation ($r = -.36, p < .01$) between labor stress and nursing support. This finding was consistent with the study of Somsiri Nontarsawatsri (B.E. 2542) in pregnant women who visited the antenatal clinic and delivered at Klang Hospital and received childbirth preparation with muscle relaxation practice had the level of stress lower than the group with usual nursing care ($p < .001$). Besides the study of Chayanin Boonpongmanee, Sopen Chuneol and Yaowarat Somsup (B.E.2548), it was found the empowerment and continuous social support focusing on information, body and mind, in primiparas who had given birth in a regional hospital in the south of Thailand reported significantly lower level of anxiety than mother of the control group ($p < .01$).

In addition, the study found that first-time teenage mothers in the experimental group with nursing support during labor had higher score of perception of childbirth experience than the control group statistically significantly ($t = -3.10$, $p < .01$) because mothers in the experimental group received 3 nursing supports during labor. Firstly, they were given mind & emotional support, for example, building relationship, treating them softly, speaking politely, building trust, evaluating pain and demands of mothers continually, encouraging them to relieve pain, accepting mothers' behaviors, and taking care of them closely. Secondly, information support was to demonstrate them by CDs about labor process, stages of labor, and pain relief practice. Thirdly, comfort and safety support included taking care of physical condition & hygiene, massaging, touching softly, arranging lying position, and giving IV fluid. All nursing supports during labor would educate mothers on labor process and pain relief practice, so mothers would be able to get through pain from uterine contraction during labor. As mothers got correct information on pain or delivery, their brain would less perceive pain leading to less painful feeling (Wilaiphan Sawatpanich, & Tatirat Suwansujarid, B.E. 2548). According to some studies, mothers with nursing support would have a good perception of childbirth experience (Panida Gamla, B.E. 2547 and Wiparat Sodsong, B.E.2548), have low average score of pain (Panida Gamla, B.E.2547), and better get through pain during labor (Supranee Uthaseri, et al, B.E. 2533 and Wiparat Sodsong, B.E. 2548). Good perception of childbirth experience would enable teenage mothers to adapt their maternal role efficiently according to the study of Sasitorn Maneesaeng (B.E. 2538) which found that perception of childbirth experience was positively related to teenage mothers' adaptation statistically significantly ($r = .2158$, $p < .05$).

Limitations

1. The samples of this study were chosen by the purposive sampling, not by the randomized sampling. This possibly caused a limitation of the research results citation for the populations of first-time teenage mothers which had different qualifications from the sampling group.

2. This research did not study stress of teenage mothers before delivery, and social support which possibly affected stress during labor and perception of childbirth experience.
3. This research could not control the character of the sample, because of teenage mothers had antenatal in different private clinic.

Suggestions

The research results could be a guideline for nurse practitioners to set nursing plan for teenage mothers during labor including mind & emotional support, comfort and safety, and information support in order to reduce stress of teenage mothers during labor. As a result, teenage mothers would have a good perception of childbirth experience resulting in their proper maternal role adaptation. The results could be applied to other aspects as below:

Nursing Practices

1. Should took CDs which containing pictures and contents about labor process, how to breathe, and abdominal effleurage were used apply to the other mothers group in first stage of labor, cervical dilation of less than 4 cm, specially in a mother who not antenatal care.
2. Studies should also be conducted to development media instruction by using VCD more extensively.
3. Primary nurses should be assigned in order that teenage mothers could face stress, had a good perception of childbirth experience, and received social support continuously resulting in their proper maternal role adaptation.
4. Hospital should allow husbands or mothers of patients to stay during labor in order to support and encourage teenage mothers resulting in stress reduction and good perception of childbirth experience.

Education

This research revealed that teenage mothers needed intensive care during labor in order to reduce stress and enhance good perception of childbirth experience especially mothers who did not attend the antenatal clinic and thus lacked knowledge about pregnancy and labor process. Therefore, such activities should be a part of

nursing curriculum for students to focus on learning and realizing the importance of nursing support for teenage mothers during labor.

Nursing Research

To be a guideline for further research regarding pregnancy preparation for teenage mothers during labor, husband's participation, or mother's assistant.



บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สรุปลำดับสำคัญแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา เหลืองอุบล. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลตามการรับรู้ของมารดากับความพึงพอใจของมารดาต่อการปฏิบัติการพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- กาญจณี สีห์โสภณ. (2533). *ภูมิหลังและอ้อมโนทัศน์ของมารดาวัยรุ่น การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุตรแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- จำลอง ดิษยณิข และ พริ้มเพรา ดิษยณิข. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์*.
- จรรยา หน่อแก้ว. (2536). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย. (2533). *เครียดจริงหนอเมื่อต้องดูแลเด็กใกล้ตาย: กลวิธีแก้ไข.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 13(1). 17-27*.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). *หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: แพรการพิมพ์*.
- จุฑารัตน์ เกิดเจริญ. (2547). *ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสที่มีต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์. (2548). ผลของการเสริมพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอด ต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 23(1). มกราคม-กุมภาพันธ์.
- ทรงพร จันทรพัฒน์. (2543). *การพยาบาลภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์*, สงขลา: เทมการพิมพ์
- ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. (2537). การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดียวที่คลอดในโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2535-2536. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดิมา จำปรัตน์. (2546). การประชุมวิชาการ การพยาบาลสูติศาสตร์ ครั้งที่ 1. ภาควิชาการการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 152-174.
- นงคราญ ผาสุก. (2535). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุพรการพิมพ์.
- บงอร ศิริบูรณะกานนท์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมพยาบาลแบบสนับสนุน ปรึกษาประคองในระยะคลอดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ จันทรสุนทรพร และภัทราพรณ มุสิก. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด. *วารสารการพยาบาล*, 48(4), 201-213.
- ประนอม ภูศรีทองม. (2536). *พฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้คลอดในโรงพยาบาลรามารับดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรณี นุ่นประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ใจสม. (2536). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์ทอง แจกจันทิก, เตือนตา วิโรจน์อุไรเรือง,และ วัชรภรณ์ ลือไธสงค์.(2543). ความเครียดใน
บทบาท พฤติกรรมเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิต
ของสตรีทำงานนอกบ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพยาบาลพระศรีมหา-
โพธิ์อุบลราชธานี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

พริยา ศุภศรี. (2535). การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: สหมิตรออฟเซท.

พริยา ศุภศรี, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2549). การพยาบาลมารดา
วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. ใน การดูแลสุขภาพมารดา-ทารกที่มีภาวะเสี่ยง
และภาวะเบี่ยงเบน(เล่ม1). กรุงเทพฯ: ศรีศิลป์การพิมพ์.

พุ่มพวง จิรากุล. (2539). ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลัง
คลอดที่มีบุตรตัวเหลือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงรัตน์ บุญญานุกัณ. (2533). คุณภาพการพยาบาล: ประมวลการประชุมการพยาบาลแห่งชาติ
ครั้งที่ 6 .กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองการพิมพ์.

เพลินพิศ พรหมรักษ์, (2547). ผลของโปรแกรมการจักษุการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อ
ความเจ็บปวดในระยะคลอดระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์
การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภณิดา กำแหง. (2547). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองร่วมกับการจัดทำ
ศิระสูงและลำตัวสูงในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาของการ
คลอด คะแนนแอฟการ์นาที่ 1 และ 5 ของทารกแรกเกิด. ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา แหวนหล่อ. (2540). ผลของการเตรียมมารดาเพื่อคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราพร บุญยะฐาน. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝาก
ครรภ์ใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด
ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา
ครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลมารดา และ
ทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุก โดยทั่วไปของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิช และ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2546). การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เขาวลัษณ์ เสรีเสถียร. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อุตมโนทัศน์ กับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงศ์. (2544). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21, 291-300.
- ศศิธร มณีแสง. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด กับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ มั่นสุข. (2539). แรงสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ และการปรับตัวของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลมารดาและทารก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดระยะเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. *Rama Nurs J*, 11(3)September-December, 179-187.
- ศากุล คงพันธ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา หาญตระกูล. (2550). ร้อยแปดวิถีทัศน์: เรื่องจริงของเด็กหญิง-ชาย 4 คน. กรุงเทพฯธุรกิจออนไลน์ 27 กรกฎาคม พ.ศ.2550, จาก <http://www.bangkokbiznews.com/2007/07/27/>

WW12_1233_news.php? newsid=86355

- สุภกัญช สัมมสุวรรณ. (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอด
ต่อพฤติกรรมและการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์, ระยะเวลาในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด และการ
รับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปราณี อัทธเสรี และคณะ. (2533). ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อพฤติกรรมและการเผชิญความ
เจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. รายงาน
การวิจัยภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- สุพิศ ฌ เชียงใหม่. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การ
สนับสนุนจากพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สุพิศ รุ่งเรืองศรี. (2537). ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อการใช้ยาบรรเทาความ
เจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. รายงานการวิจัยคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร อิ่มเจริญ. (2548). มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน
โรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547. วารสารแพทย์เขต 6-7, 24(4), 299-
320.
- สุริรัตน์ ธาราศักดิ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลที่สนับสนุนการเผชิญความเครียดและ
ความวิตกกังวลของผู้คลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
มารดาและทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ)
การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล, 95-120. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน
จำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์. (2549). เอกสัณฐานเหมือน ไกล แต่ใกล้แค่เอื้อม. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. ฉบับ
วันที่ 29 พฤศจิกายน.
- สมฤดี สัทธิมงคล. (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศิริ. (2542). ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขากายภาพบำบัดสาขารนสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.(2550). สารสถิติ ปีที่ 18 ฉบับที่ 9 เดือนกันยายน.
- อารีรัตน์ แนวชาลี.(2550). ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา พวงผกา. (2540). เปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับมารดาอายุ 20-30 ปี ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดและวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร โอตระกูล และคณะ. (2533). การสำรวจความเครียดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารสาธารณสุข, 20(1).
- Barrera, M. (1982). Social support in the Adjustment of pregnancy Adolescent: Assessment issues. *In social networks and social support*. Edited by B.H, Gottlieb. Beverly Hills: Sage publications.
- Bergess, A.W. (1990). *Psychiatric Nursing: In the hospital and the community*. (5thed), San Mateo: Appleton & Lange.
- Bowers, B. B. (2002). Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 213(8), 742–752.
- Brown, M.A. (1986b). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct?. *Nursing Research*, 35, 4-9.
- Byrne, C., & Sebastian, L. (1994). The Definition Characteristics of Support. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 32(June), 33-38.

- Cheung, N.F. (2002). Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. *Midwifery*, 18, 200-213.
- Cheung, W., Ip, W.-Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123-130.
- Clark, A.L., Affonso, D.D. & Harris, T.R. (1979). *Childbearing: a nursing perspective*. (2nd ed.), Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.), Hillsdale, New Jersey, 19-54.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, Social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Costa, D., Dritsa, M., Larouch, J., & Brender, W. (2000). Psychosocial predictors of labor / delivery complications and infant birth weight : a prospective multivariate study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 21(3), 137-148.
- Cowan, P. & Hetherington, E. (1991). *Family Transition*, Hillsdale, NJ: Eelbaum.
- Cronenwett, L., & Brickman, P. (1983). Models of Helping and Coping in Childbirth. *Nursing Research*, 32 (March-April), 84-88.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without Fear*. (5th ed.), New York: Harper & Row.
- Eappen, S. & Robbibs, D. (2002). Nonpharmacological means of pain relief for labor and delivery. *Int Anesthesiol Clin*. 40 (4), 103-114.
- Eden, E. (2006). "A Guide to Pregnancy Complications." *HowStuffWorks.com*. <<http://health.howstuffworks.com/a-guide-to-pregnancy-complications-ga.htm>>
- Endler, N.S., & Edwards, J. (1982). Stress and personality. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress theoretical and clinical aspect*. (pp.287-303). New York: Macmillan.
- Eure, C.R., Lindsay, M.K., Graves, W.L. (2002). Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturient in inner-city hospital. *Am J Obstet Gyneco*, 189, 918-920.
- Fathalla, M. F., Rosenfield, A., Idriso, C., Sen, D. K., & Ratnam, S. S. (1990). Adolescent sexuality and pregnancy. In The FIGO manual of human

- reproduction, *Reproductive Health Global Issue* (pp. 101-119). New Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Fawcett, J., Pollio, N., & Tully, A. (1992) Woman's perception of Cesarean and Vaginal Delivery: Another Look. *Research in Nursing & Health*, 15: 439-466.
- Frian, M. & Valiga, T.M. (1981). The multiple dimensions of stress. In D.C.Sutterley & G.f. Donnelly (Eds.). *Coping with Stress*, 59-68. Rockville:Aspen.
- Friedman, H.S. & Dimatteo, M.R. (1989). *Health Psychology*. Englewood clifts: Prentice Hall.
- Gardner, K. (1979). Supportive Nursing : A critical review of the literature. *JPN and Mental health services*. 17 (October), 10-16.
- Garland, L.M. & Bush, C.T. (1982). *Coping Behavior and Nursing*. Verginia: Reston Publishing.
- Gentz, B.A. (2001). Alternative therapies for management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 704-732.
- Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1994). *Foundation of maternal newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Grajeda, R., & Perez-Escamilla, R. (2002). Stress During Labor and Delivery Is Associated with Delayed Onset of Lactation among Urban Guatemalan Women, *The American Society of Nutritionnal Sciences*, 132, 3055-3060.
- Green, J., Coupland, V., & Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24.
- Green, J.M. (1993). Expectation and experience of pain in labour: Findings form a large prospective study. *Brith*, 20(June), 66-72.
- Hall, W.A. (1994). Adolescent childbearing and parenting IN. KA. May & L.R. Mahlmeister (Eds.). *Maternal & Neonatal Nursing : Family- centered Care*, (3rded.),197-216. Philadelphia : J.B. Lippincott Comp.
- Hamilton, B.E., Martin, J.A., & Sutton, P.D. (2004). Preliminary data for 2003. *Nat Vital Stat Re,;*53, 1-17.
- Holmes, J., & Magiera, L. (1987). *Maternity nursing*. New York : Macmillan.

- Holt, J.L. & Johnson, S.D. (1991). Measures and Concepts of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.). *Social support and health*, 83-108. Orlands: Academic Press.
- House, J. S. (1981). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. Leonard Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-107). Florida: Academic Press.
- Hundley, V.H., Ryan, M., & Graham, W. (2001). Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth*, 28, 254-263.
- Jensen, M.D., Benson, R.C., & Bobak, I.M. (1981). *Maternity care*. (2nd ed.), Saint Louis, The C.V. Mosby Company.
- Kane, C.F. (1988). Family social support: Toword a conceptual model. *Advance in Nursing Science*. 10 (January).
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., & Klaus, P.H. (2002). The doula book. (2nd ed.), Cambridge: A Merloyd Lowrence Book.
- Labelle, H. (1986). Nurses As a Social Force. *Journal of Advanced Nursing*, 11(May), 247-253.
- Ladewig, P.W., London, M.L. & Olds, S.B. (1994). *Essentials of Maternal-Newborn Nursing*. (3rd ed.), California : Cummings Publishin.
- Larson, P. J. (1989). *Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization*. not publisher.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lieberman, E., Lang, J.M., Cohen, A.D., Agostino, R., Datta, S., & Frigoletto Jr, F.D. (1996). Association of epidural analgesis with casarean delivery in nulliparous. *Obstetrics & Gynecology*, 88(6), 993-1000.
- Littleton, L.Y., & Engebretson, J.C. (2002). *Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing*. Texas: Delmar.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (1999). *Maternity Nursing*. (5th ed.), St. Louis: Mosby, 305-327.
- Lubna, A. & Eileen, P.S. (2006). Labor Stress and Nursing Support How do they relate?. *Journal of International Women's studies*. (7)May. 198-208.

- Marut, J.S. & Mercer, R.T. (1979). Comparison of Primiparas's perception of vaginal and Caesarean birth . *Nursing Research, (September-October)*, 260-266.
- Martin, E.J. (2002). Intrapartum management modules: a perinatal education program. (3rded.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- May, K.A. (1994). *Maternal and Neonatal Nursing:Family center care*. (3rded.), Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Melzack, R., Belgnger, E., & Lacroix, R. (1991). Labour pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 6, 476-480.
- Mercer, R.T. (1985). Relationship of the birth experience to the late mathering behavior. *Journal of Nurse-Midwifery*. 204-211.
- Mercer, R.T., Hackley, K.C., & Bostrom, A.G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research, January-August*, 202-207.
- Malone, J. (1988). The social support dissupport continuum. *Journal of Psychosocial Nursing*. 26(12), 18.
- Momtgomery, K.S. (2003). Nursing care of pregnancy adolescents. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, March-April*, 249-257.
- Murrey, S.S., McKinney, E.S., & Gorrie, T.M. (2002). *Foundation of Maternal-Newborn Nursing*. (3rded.), Philadelphia:W.B. Saunders.
- Murray, S.S. & McKinney, E.S. (2006). *Foundation of Maternal-Newborn Nursing* (4thed.), St. Louis: Saunders Elsevier.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (1985). *Nursing concepts for health promotion*. Prentice-Hall (3rd edition), Englewood Cliffs, N.J.
- Novak, J.C. & Broom, B.L. (1995). *Maternal and Child health nursing*. (8thed.), St. Louise : The C.V.Mosby.
- Newton, E.R., Schroeder, B.C., Knape, K.G., & Bennett, B.L. (1995). Epidural analgesis and uterine function. *Obstetric & Gynecology*, 85(5 part 1), 749 - 755.
- Nichols, F.H. & Humenick, S.S. (1988). *Childbirth education: Practice, research and theory*. Philadelphia: W.B.Saunders.

- Norbeck, J.S., & Anderson, N.J. (1989). Psychosocial predictors of pregnancy Outcome in low income black, Hispanic and White women. *Nursing Research*, 38 (4), 204-209.
- Olds, S.B., London, M.L. & Ladewig, P.A. (1988). *Maternal-Newborn Nursing: Family-Centers Approach*. (3rd ed.), California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Pender, N. J. (1987). *Healthy Promotion in Nursing Practice*. (2nded.), California: Appleton & Lange.
- Perters, H. & Theorell, C.J. (1991). Fetal and neonatal effects of maternal cocaine use. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 20(2)
- Peterson, G.H., & Mehl, L.E. (1978). Some determinant of maternal attachment. *American Journal of Psychiatry*, 1168-1173.
- Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manage Nurse*. 4:54-61.
- Phumdoung, S., & Rattana-parikonn, A. (2003). Factors related to labor pain: review articles. *Songkla Med J*, (2), 155-162.
- Phumdoung, S., Rattana-parikonn, A., & Maneechot, K. (2004). Pain during the first stage of labor. *Songkla Med J*, (22), 163-171.
- Pillitteri, A. (1995). *Maternal and Child health nursing :Case of the childbearing and childbearing family*. (2nded.), New York: J.B.Lippincott.
- Porozhanova, V., Bozhinova, S., Velkova, A., & Popovski, K. (1995). *The perinatal results in underage mother*, 34, 12-14. Akush-Ginekolo-Sofia.
- Reed, S.J. & Martin, L.L. (1987). *Materity nursing : Family, newborn and women's health care*. (16thed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Reeder, S.J. et al. (1992). *Meternity nursing family, newborn and women health care* (17thed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Reeder, S.J. et al. (1997). *Meternity nursing*. (18th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Reichman, N.E., & Pagnini, D.L. (1997). *Maternal age and birth outcomes: data from New Jersy*, 29, 268-270. Fam Plann Perspect.
- Ryding, E., Wirfelt, E., Wangborg, B., Sjogren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(7), 814-820.

- Sandler, L., & Catrone, J. (1983). The adolescent parent: A dual developmental crisis. *Journal of adolescent Health care*, 4, 100-105.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S. (1981). The health-relate functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schuster, C.S. & Ashburn. S.S. (1992). *The process of human development : A holistic life-span Approach*. (3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Comp.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A., & Weingarten, C.T. (1991). *Nursing care of childbearing family*. Norwalk,CT: Appleton & Lange.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A., & Weingarten, C.T. (1999). *Maternity Nursing: Care of the Childbearing Family*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part 1. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19, 64-81.
- Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregiver. *Birth*, 22 (September-October), 161-171.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2000). The labor progress handbook. *Malden:Blackwell*.
- Sjogren, B. (2000). *Childbirth: Expectation, choices, and trends*. Retrieved August 15, from <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?>.
- Smith, G.C.S. (2001). Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second birth: population based retrospective cohort study. *BMJ*, 323, 476-480.
- Spielberger, C.D., et. al. (1970). *STAI Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1977). *Anxiety and behaviors*. New York: Academic Press Inc.
- Stier, D. M., Leventhal, J. M., Berg, A. T., Johnson, L., & Merger, J. (1993). Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment. *Pediatrics*, 29(2), 389-398.

- Suebno Karn, K., & Phupong, V. (2005). Pregnancy outcomes in adolescent ≤ 15 year old. *Assoc Thai*, 88, 1758-1762.
- Tarkka, M.-T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Importance of the Midwife in the First-time Mother's Experience of Childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 184-190.
- Tournaire, M., & Theau-Yonneau, A. (2007). *Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor* (pp. nem012).
- VandeVusse, L. (1999). Decision making in analysis of women's birth stories. *Brith*, 26, 43-50.
- Vernon, M. & Andelsek, K.M. (1990). *Adolescent Pregnancy*. In K.M. Andolsek (Eds.). Standard of Prenatal, Intrapartum and Postpartum management. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31 (1), 17-27.
- Watson, J. (1988). Existential moment of caring: Facets of Nursing and Social Support. *Advances in Nursing Science*, 2(January), 12-17.
- Wilcox, B.L. (1981). Social Support in adjustment to marital disruption: A network analysis. In *Social networks and social support*. Edited by B.H.Gottlieb. London: SAGE Publications.
- World Health Organization. (2004). *Adolescent Pregnancy*. WHO Geneva.
- Wortman, C.M. (1984). Social support and cancer patient: Conceptual and Methodologic issue supplement to cancer. *Journal of American cancer society*, (May), 2339-2360.



ภาคผนวก ก

แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด

กลุ่มเป้าหมาย

มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์

สถานที่

ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

จัดทำโดย

นางสาวบุญทวี สุนทรลิมศิริ

(จากแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ของ
วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและความกลัวต่อการคลอด
2. ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด
3. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ภาคผนวก ข



ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่งและสังกัด

1. ผ.ศ. ดร. นิตยา สีนสุกใส อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผ.ศ.ดร.เขวาลักษณ์ เสรีเสถียร หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ทัศนีย์ พุกษาชีวะ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามเลขที่

HN

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล เวลา น.

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี
2. จบการศึกษาชั้น
3. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บาท
4. การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ () วางแผน () ไม่ได้วางแผน

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

5. LMP EDC อายุครรภ์ สัปดาห์
6. เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา น. วันที่
- เริ่มเบ่งเวลา น. วันที่
- เด็กเกิดเวลา น. วันที่
- รกคลอดเวลา น. วันที่
- ระยะที่ 1 ของการคลอด ชั่วโมง นาที
- ระยะที่ 2 ของการคลอด ชั่วโมง นาที
- ระยะที่ 3 ของการคลอด ชั่วโมง นาที
7. การเร่งคลอด
 - () ไม่ได้รับการเร่งคลอด
 - () ได้รับการเร่งคลอดเวลา น. วันที่
8. ยาแก้ปวดที่ได้รับ () ได้รับ () ไม่ได้ได้รับ
 - ชนิดและขนาดยา เวลา น.
9. น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม
10. คะแนน Apgar score นาทีที่ 5 นาทีที่ 10

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด

แบบสอบถามเลขที่ วันที่

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตารางที่มีตัวเลข ซึ่งตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบคือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

หมายถึง ข้อความนั้น ไม่เกิดขึ้นกับตัวท่านเลย
ในขณะนี้

ตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย

หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง

ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านปานกลางหรือพอควร

ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่หรือตลอดเวลา

ตัวอย่าง

ความรู้สึก	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ของท่านเลย	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่าน เล็กน้อย	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่าน ปานกลาง	ตรงกับ ความรู้สึกของ ท่านมากที่สุด
ก. ฉันรู้สึกเวียนศีรษะ			✓	

หมายถึง ในขณะนั้นท่านรู้สึกเวียนศีรษะ ซึ่งตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

ประเมินภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยระลึกถึงเหตุการณ์ในระยะคลอด

ความรู้สึก	ไม่ตรงกับ ความรู้สึกของ ท่านเลย	ตรงกับ ความรู้สึกของ ท่านเล็กน้อย	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่าน ปานกลาง	ตรงกับ ความรู้สึก ของท่าน มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสบายใจ				
2. ฉันรู้สึกจิตใจสงบและสามารถนั่งและนอนได้โดยไม่รู้สึกรำคาญมากนัก				
3. ฉันรู้สึกปลอดภัย				
4. ฉันรู้สึกตื่นเต้น กระวนกระวายใจมากกว่าที่ฉันเคยเป็น				
5. ฉันรู้สึกตึงเครียด				
6. ฉันรู้สึกกลัวโดยไม่รู้สาเหตุ				
7. ฉันรู้สึกอารมณ์เสียง่ายกว่าที่ฉันเคยเป็น				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14. ฉันรู้สึกหัวใจเต้นเร็ว และแรงขึ้น				
15. ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
16. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
17. ฉันรู้สึกพักผ่อนได้				
18. ความรู้สึกยินดีและพอใจ				
19. ความรู้สึกหนักใจที่จะมีบุตร				
20. ฉันรู้สึกตกใจง่ายเมื่อมาอยู่โรงพยาบาล				
21. ฉันรู้สึกว่ามือของฉันมักแห้งและอุ่น				
22. ฉันรู้สึกหายใจได้อย่างสบาย				

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

แบบสอบถามเลขที่ วันที่

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตารางที่มีตัวเลข ซึ่งตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเลย

หมายเลข 2 หมายถึง เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย คือ มารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านบ้างเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านประมาณครึ่งหนึ่ง

หมายเลข 4 หมายถึง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากแต่ไม่ทั้งหมด

หมายเลข 5 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด คือมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย (1)	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย (2)	เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง (3)	เป็นความจริงเป็นส่วนมาก (4)	เป็นความจริงมากที่สุด (5)
ก. ท่านมีโอกาสดำเนินการตัดสินใจว่าจะคลอดเองหรือคลอดด้วยการผ่าตัด	✓				

หมายถึง ท่านไม่มีโอกาสดำเนินการตัดสินใจว่าจะคลอดเองหรือคลอดด้วยการผ่าตัด

ข้อความ	ไม่เป็น ความจริง เลย (1)	เป็นความ จริงบ้าง เล็กน้อย (2)	เป็นความ จริงเพียง ครึ่งหนึ่ง (3)	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก (4)	เป็นความ จริงมาก ที่สุด (5)
<u>ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดลูกมีการหดตัว</u>					
1. ท่านสามารถหายใจลึกๆช้าๆ เพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด และช่วยบรรเทาความเจ็บปวด					
2. ท่านมีความมั่นใจว่า ท่านสามารถ เอาชนะความเจ็บปวดได้					
3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถคลอด ได้เอง					
4. ท่านสามารถควบคุมตนเองได้ โดยไม่ ดิ้นหรือร้องเอะอะโวยวาย					
5. ท่านสามารถผ่อนคลาย เพื่อลดความ เจ็บปวดได้ด้วยตนเอง					
6. ท่านมีความกังวลว่า บุตรในครรภ์จะ ผิดปกติหรือได้รับอันตราย					
7. ท่านมีความกังวลว่า อาจเกิดอันตรายต่อ ตัวท่าน					
8. ท่านมีความรู้สึกทุกข์ ทรมานมาก					
9. ท่านรู้สึกรำคาญ ในขณะที่แพทย์และ พยาบาลตรวจหน้าท้องหรือตรวจภายใน					
10. แพทย์และพยาบาลได้ให้การดูแล ช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่					
11. ท่านสามารถปฏิบัติตามการดูแลรักษา และตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล					

ข้อความ	ไม่เป็น ความจริง เลย (1)	เป็นความ จริงบ้าง เล็กน้อย (2)	เป็นความ จริงเพียง ครึ่งหนึ่ง (3)	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก (4)	เป็นความ จริงมาก ที่สุด (5)
<u>ในขณะที่คลอด</u>					
12. ท่านสามารถควบคุมตนเองได้ โดยไม่ ดิ้นหรือร้องเอะอะ โวยวาย					
13. ท่านสามารถผ่อนคลาย เพื่อลดความ เจ็บปวดได้ด้วยตนเอง					
14.					
15.					
16.					
17. ท่านมีความรู้สึกหวาดกลัว					
18. แพทย์และพยาบาลได้ให้การดูแล ช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่					
19. ท่านสามารถปฏิบัติตามการดูแลรักษา และตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล					
<u>ภายหลังคลอด</u>					
20. ท่านรู้สึกพอใจ ในการได้สัมผัสหรือ จับตัวลูกทันทีในครั้งแรก					
21. ท่านรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่ไม่ดี เกิด ขึ้นกับท่านในระยะของการคลอด					
22.					
23.					
24.					
25.					
26. ท่านรู้สึกพอใจ และเป็นสุข เมื่อนึกถึง การคลอดครั้งนี้					

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง
3. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ: ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

ชื่อผู้วิจัย: นางสาวบุญทิ สุนทรลัมศิริ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ: ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

ชื่อผู้วิจัย: นางสาวบุญทวี สุนทรลิมศิริ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาง/นางสาว/ค.ญ. ในฐานะ.....ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อน
เร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถาม
ผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทาง
วิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุญทิพย์ สุนทรลิมศิริ

สถานที่วิจัย ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวบุญทิพย์ สุนทรลิมศิริ หมายเลขโทรศัพท์ 08-16238951
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกกุล หมายเลขโทรศัพท์ 02-2011411

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตตามระยะพัฒนาการ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดา ยังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในมารดา โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่มีความรู้ประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ จะถูกสะสมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ทั้งนี้เพราะผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าจะไม่ปลอดภัย กลัวเจ็บปวดทรมานจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะพิการหรือเป็นอันตราย กลัวสถานะสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดน้อยลง การรับรู้เหตุการณ์แบบลบ มองสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระดับสูง จะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ และมี

ผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในมารดาครรภ์แรก การปรับบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด

ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี โดยการลดความเครียดในระยะคลอด เพื่อให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี แนวทางหนึ่งคือการเตรียมตัวก่อนคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ที่ขาดการวางแผน หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีอัตราการไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มอื่น จึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวก่อนคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด เพื่อที่จะช่วยลดความเครียดในระยะคลอด และช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบมารดาวัยรุ่นรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยห้องคลอด ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 40 ราย กลุ่มทดลอง ภายหลังตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลครบถ้วนแล้ว กลุ่มทดลองจะได้รับดูแลและให้การพยาบาลจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการดูแลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านความสุขสบายปลอดภัย การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของมารดาในระยะคลอด หมายถึงการสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล พูดด้วยวาจาสุภาพ การสร้างความไว้วางใจ การให้กำลังใจ การให้เกียรติยกย่อง การรับฟังความรู้สึก การแสดง

ความเห็นใจด้วยการสัมผัส และการยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้คลอด ในด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึงการแนะนำสถานที่ กุญแจเปิด เครื่องใช้ และบุคลากรทางการพยาบาล ระยะต่างๆของการคลอด และกระบวนการคลอด การปฏิบัติตนเพื่อลดความเจ็บปวดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การหายใจเพื่อควบคุมความเจ็บปวด การอาบน้ำอุ่น การนอนพักในท่าที่เหมาะสม ส่วนการสนับสนุนด้านความสุขสบาย ปลอดภัย หมายถึง การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขอนามัย การนวด การสัมผัสที่นุ่มนวล การจัดท่านอน ประเมินกิจกรรมต่างๆที่ผู้คลอดทำได้ด้วยตนเอง กิจกรรมที่จำกัด การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง การดูแลให้สารน้ำ ในขณะที่สอนสาธิตจะมี ซึ่ดีประกอบการสอน เกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ และวิธีการอาบน้ำอุ่น จนกระทั่งผู้ป่วยคลอด และดูแลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดให้ตอบแบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด จำนวน 1 ฉบับและแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด จำนวน 1 ฉบับ

กลุ่มควบคุม ภายหลังตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลครบถ้วนแล้ว จะได้รับการดูแลและให้การพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยห้องคลอด จนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ให้ตอบแบบสอบถามความเครียดของมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด จำนวน 1 ฉบับ และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด จำนวน 1 ฉบับ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และต่อผู้อื่น

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด โดยให้การดูแล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการประคับประคองจิตใจ การดูแลอย่างใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบาย ให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยในการลดความเครียดมารดาวัยรุ่นในระยะคลอด รวมทั้งเป็นแนวทางที่จะพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้ตระหนักถึงการประสานงาน และการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด รวมทั้งหน่วยส่งเสริมสุขภาพ ในการจัดบริการการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจะช่วยให้มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญความเครียดได้ มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ดี และได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล ส่วนในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับผู้วิจัยโดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเมื่อมารดาหลังคลอดมีความพร้อมจึงคาดว่าจะไม่เกิดผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไป ตามความสมัครใจ โดยที่มารดาวิจัยรุ่นสามารถเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการดูแลรักษาทั้งสิ้น

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของมารดาวิจัยรุ่นไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๗๗๐

ชื่อโครงการ

ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประจักษ์ในระยะคลอด
ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น
ครั้งแรก

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๔-๕๑-๓๑๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวบุญทิ สุนทรลิมศิริ

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

.....
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

.....
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๑



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No. MURA2008/770

Title of Project The Effect of Nursing Support During Labor on Laboring Stress and Perception of Childbirth Experience of First-Time Teenage Mother

Protocol Number ID 04 – 51– 31

Principal Investigator Miss Boontawee Soontornlimsiri

Official Address Department of Nursing
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Assoc. Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

May 30, 2008

ภาคผนวก ข

การคำนวณหาค่า Effect size เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยที่ใช้อ้างอิง

1. ผลของการเตรียมคลอดในแนวเวลาชาติต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (จิตรา สายสร, 2545)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้ประสบการณ์การคลอด			t
	n	M	SD	
กลุ่มทดลอง	15	103.33	2.42	-2.343*
กลุ่มควบคุม	15	97.76	2.42	

* $P < .05$

$$\text{สูตรการหาค่า Effect size } D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_{\text{pooled}}} = \frac{103.33 - 97.76}{6.0733} = 0.917$$

$$\text{สูตรการหาค่า Pooled variance } (\sigma_{\text{pooled}}^2 \text{ หรือ } S_p^2) = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 2)}$$

$$S_p^2 = \frac{(15 - 1)(2.42)^2 + (15 - 1)(2.42)^2}{(15 - 1) + (15 - 2)} = \frac{(14 \times 5.8564) + (14 \times 5.8564)}{14 + 13}$$

$$= \frac{81.9896 + 81.9896}{27} = \frac{163.9792}{27} = 6.0733 \text{ (แทนค่าในสูตรหาค่า Effect size)}$$

หมายเหตุ : S^2 = ความแปรปรวน = SD^2

2. ผลการเตรียมตัวตลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด (อุษา เชื้อหอม, 2534)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้ประสบการณ์การคลอด			t
	n	M	SD	
กลุ่มทดลอง	20	118.6	8.88	3.165**
กลุ่มควบคุม	20	108.5	11.16	

** P < .01

$$\text{สูตรการหาค่า Effect size } D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_{\text{pooled}}} = \frac{118.6 - 108.5}{104.449} = 0.096$$

$$\text{สูตรการหาค่า Pooled variance } (\sigma_{\text{pooled}}^2 \text{ หรือ } S_p^2) = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 2)}$$

$$S_p^2 = \frac{(20 - 1)(8.88)^2 + (20 - 1)(11.16)^2}{(20 - 1) + (20 - 2)} = \frac{(19 \times 78.854) + (19 \times 124.545)}{19 + 18}$$

$$= \frac{1498.226 + 2366.355}{37} = \frac{3864.621}{37} = 104.449 \text{ (แทนค่าในสูตรหาค่า Effect size)}$$

หมายเหตุ : S^2 = ความแปรปรวน = SD^2

3. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด
ระยะเวลาในระยที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก (เพลินพิศ
พรหมรักษ์, 2547)

Table 3 Comparison of samples' perception of childbirth experience mean score
between the experimental groups and the control group using by t-test

Sample	perception of childbirth experience			t
	N	M	SD	
Experimental group	30	155.60	4.69	-10.77***
Control group	30	109.97	10.62	

*** P < .001

สูตรการหาค่า Effect size $D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_{\text{pooled}}} = \frac{155.60 - 109.97}{68.572} = 0.665$

สูตรการหาค่า Pooled variance (σ_{pooled}^2 หรือ S_p^2) $= \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 2)}$

$$S_p^2 = \frac{(30 - 1)(4.69)^2 + (30 - 1)(10.62)^2}{(30 - 1) + (30 - 2)} = \frac{(29 \times 21.996) + (29 \times 112.784)}{29 + 28}$$

$$= \frac{637.884 + 3270.736}{57} = \frac{3908.62}{57} = 68.572 \text{ (แทนค่าในสูตรหาค่า Effect size)}$$

หมายเหตุ : S^2 = ความแปรปรวน = SD^2

4. ผลของการเตรียมมารดาเพื่อคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น (วาสนา แหวนหล่อ, 2540)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้ประสบการณ์การคลอด			t
	n	M	SD	
กลุ่มทดลอง	24	133.54	2.93	.001 ***
กลุ่มควบคุม	24	103.12	7.94	

*** P < .001

$$\text{สูตรการหาค่า Effect size } D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_{\text{pooled}}} = \frac{133.54 - 103.12}{36.61} = 0.83$$

$$\text{สูตรการหาค่า Pooled variance } (\sigma_{\text{pooled}}^2 \text{ หรือ } S_p^2) = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \frac{(24 - 1)(2.93)^2 + (24 - 1)(7.94)^2}{(24 - 1) + (24 - 2)} = \frac{(23 \times 8.5849) + (23 \times 63.0436)}{23 + 22} \\ &= \frac{197.4527 + 1450.0028}{45} = \frac{1647.4555}{45} = 36.61 \text{ (แทนค่าในสูตรหาค่า Effect size)} \end{aligned}$$

หมายเหตุ : S^2 = ความแปรปรวน = SD^2

เมื่อนำค่า Effect size ของทุกตัวแปรมารวมกันหาค่าเฉลี่ยรวม = 0.917 + 0.096 + 0.665 + 0.83 หรือ 4 ได้ค่าเท่ากับ 0.627 เมื่อนำไปเปิดเทียบค่าตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด power ที่ .80 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ 35 ราย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวบุญทวี สุนทรลิมศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	16 กุมภาพันธ์ 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา	วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) พ.ศ. 2528-2532 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2532- ปัจจุบัน พยาบาลประจำการ ระดับ 6 โรงพยาบาลรามาธิบดี หอผู้ป่วยห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	270 หอพักพยาบาล 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เบอร์โทรศัพท์ 081-6238951