

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะตลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรก
ที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ณัฐจิรา วินิจนัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับ
การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ณัฐสิรา วัฒนชัย

นางสาว ณัฐสิรา วัฒนชัย

ผู้วิจัย

เชอวณภพ เสรีเสถียร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เชวณภพ เสรีเสถียร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง,

ปร.ด. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อภิญญา พานิช

อาจารย์ วรรณ พานิช

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

สมชาย วัฒนชัย

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พบ. ว.ว. ออโรปิติกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ณัฐสิรา วัฒนชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณัฐสิรา วัฒนชัย,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะลดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับ
การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2556

นางสาว ญะจิรา วินิจชัย

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา ลินสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง,
ปร.ค. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พบ. ว.ว. ออโรปิตักส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร,
พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ วรรณภา พาหุวัฒนกร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ คิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวาลักษณ์ เสรีเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และอาจารย์ ดร.วรรณ พาทูวัฒนกร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้แนะนำแนวคิด ให้คำปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สิ้นสุกใส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ตลอดจนบุคลากรห้องคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีและที่สำคัญขอขอบคุณผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกๆด้านแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ณัฐจิรา วินิจนัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

AN EFFECT OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN PRIMIPAROUS PARTURIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION

ณัฏฐิรา วินิจนัย 5236535 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : เชาวลักษณ์ เสรีเสถียร พย.ด., ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง,ปร.ด. (การพยาบาล),
วรรณภา พาหุวัฒน์กร, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้วิจัย 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดภายหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด สามารถลดความวิตกกังวลในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลในห้องคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด/ ความวิตกกังวล/ ผู้คลอดครรภ์แรก/ การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

121 หน้า

AN EFFECT OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN
PRIMIPAROUS PARTURIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION

NATCHIRA WINITCHAI 5236535 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: YAOWALAK SERISATHIAN, D.N.S.,
PIYANUN LIMRUANGRONG, Ph.D. (NURSING), WANNA PHAHUWATA NA
KORN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This quasi-experimental study was aimed at investigating the effect of the labor support program on anxiety in primiparous parturients with oxytocin augmentation. The sample group comprised of fifty primiparous parturients with oxytocin augmentation who came to deliver at Saraburi Hospital and were divided into an experimental group with twenty-five samples and a control group with twenty-five samples. The experimental group received the labor support program from the researcher while the control group received routine care from nurses. Data was collected by using personal data questionnaires and anxiety of women in childbirth questionnaires. Comparison of the mean intrapartum anxiety scores between the experimental group and the control group was made with independent t-test statistics.

According to the findings, the experimental group had statistically significantly lower mean anxiety scores than the control group ($p < 0.01$). The findings revealed the labor support program to be capable of reducing anxiety during the childbirth of primiparous parturients with oxytocin augmentation. Therefore, the recommendation is that the nurse in the labor room should implement the labor support program to reduce anxiety during delivery in primiparous parturients with oxytocin augmentation.

KEYWORDS: LABOR SUPPORT PROGRAM/ANXIETY/ PRIMIPAROUS
PARTURIENTS/ OXYTOCIN AUGMENTATION

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐาน	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
การคลอดและการเร่งคลอด	11
ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน	18
การสนับสนุนในระยะคลอด	23
ผลของการโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลของผู้คลอด	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	37
สถานที่ศึกษา	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	52
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง	55
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	56
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	62
สรุปผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	64
ข้อจำกัดของงานวิจัย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	82
บรรณานุกรม	99
ภาคผนวก	111
ภาคผนวก ก	112
ภาคผนวก ข	113
ภาคผนวก ค	114
ภาคผนวก ง	115
ภาคผนวก จ	120
ประวัติผู้วิจัย	121

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะประชากร	53
4.2 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด	55
4.3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด	57

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาโดยใช้แนวทางของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008)	8
3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	50

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเร่งคลอดเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์หลังจากที่มีการเจ็บครรภ์จริงตามธรรมชาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้มดลูกมีการหดตัวที่สม่ำเสมอ ทำให้ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงและศีรษะของทารกมีการเคลื่อนต่ำลงตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น (สมสัจญ์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) และทำให้การคลอดสิ้นสุดลงได้เร็วกว่าปล่อยให้คลอดเองตามธรรมชาติ โดยทั่วไปสูติแพทย์จะพิจารณาเร่งคลอดในผู้คลอดแต่ละรายโดยคำนึงถึงข้อบ่งชี้ของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งการเร่งคลอด มี 2 วิธี ได้แก่ การเร่งคลอดโดยหัตถการและการเร่งคลอดโดยการให้ยา การเร่งคลอดโดยหัตถการ เช่น การเจาะเยื่อถุงน้ำคร่ำ และการเจาะถุงน้ำคร่ำ ซึ่งการเร่งคลอดโดยหัตถการจะได้ผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของตัวมดลูกและความพร้อมของปากมดลูก ซึ่งไม่สามารถคาดคะเนได้ และอาจมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การติดเชื้อในโพรงมดลูก มีภาวะสายสะดือข้อยอก เกิดบาดแผลบนหนังศีรษะของทารกได้ (สมสัจญ์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) สำหรับการเร่งคลอดโดยการให้ยา ซึ่งมีข้อดีคือ ทำให้ระยะแฝง (latent phase) สั้นลง (สมสัจญ์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) มีผลข้างเคียงน้อย เป็นวิธีที่สะดวกและประสบความสำเร็จมาก สามารถวางแผนการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดและคาดคะเนระยะเวลาการคลอดได้ และถ้ามดลูกมีการหดตัวถี่หรือรุนแรงเกินไปก็สามารถแก้ไขได้ง่ายโดยการหยุดให้ยาเท่านั้น ซึ่งยาที่นิยมใช้ในการเร่งคลอดคือ ออกซิโทซิน เนื่องจากออกซิโทซิน มีระยะเวลาครึ่งชีวิตค่อนข้างสั้น ดังนั้นภาวะนี้จะหายไปเองภายหลังหยุดให้ออกซิโทซิน (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และบุญเลิศ วิริยะภาค, 2553)

การให้ยาเร่งคลอดแม้จะมีข้อดีดังที่กล่าวมาแต่ก็มีข้อเสียที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ อันตรายต่อผู้คลอด คือ จะทำให้ผู้คลอดมีระดับของความเจ็บปวดจากการคลอดเพิ่มขึ้นจากการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ เนื่องจากยาออกฤทธิ์ส่งเสริมการหดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกมีการหดตัวที่แรงขึ้นและถี่ขึ้น ทำให้ผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค, 2553) อาจทำให้เกิดภาวะมดลูกแตก ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้การที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดมากขึ้นจะทำให้ทั้งผู้คลอดและมดลูกมีความเหนื่อยล้า และมีออกซิเจน

ไปเลี้ยงมดลูกลดลง (มานพ เลิศสาครศิริ, 2549; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2004; Khunpradit, 2004) สำหรับผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia) โดยถ้ามารดาได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ทารกที่คลอดออกมามักมีโอกาสดเกิดภาวะตัวเหลือง เนื่องจากออกซิโทซิน มีผลทำให้เม็ดเลือดแดงของทารกแตกได้ง่าย (Salah, Bothaina, Dalai, & Sayed, 2010) นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ (Khunpradit, 2004; มานพ เลิศสาครศิริ, 2549; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2004) ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลศูนย์สระบุรีมีการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ประมาณร้อยละ 80 ของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด (สถิติห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี, 2552) และพบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีสถิติการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดคิดเป็น 28.21 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต ซึ่งในจำนวนนี้เป็นทารกที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนจากมารดาที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน คิดเป็นอัตรา 10.25 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต และในปีพ.ศ. 2553 มีสถิติการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด คิดเป็นอัตรา 32.26 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต ซึ่งในจำนวนนี้เป็นทารกที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนจากมารดาที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน คิดเป็นอัตรา 14.23 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต (สถิติห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี, 2553)

การได้รับยาเร่งคลอด นอกจากจะมีผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว การที่ผู้คลอดได้รับยาเร่งคลอด ซึ่งจะทำให้มีการเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ อาจส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ประกอบกับโรงพยาบาลในสังกัดรัฐบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้ญาติ สามี หรือเพื่อน เข้ามาอยู่ดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ทั้งในห้องรอคลอดและห้องคลอด จึงอาจทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลในระยะคลอดเพิ่มขึ้น จากการที่ผู้คลอดต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลตามลำพัง ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่แปลกใหม่ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ การที่ผู้คลอดต้องแยกจากครอบครัว และบุคคลที่คุ้นเคยทำให้รู้สึกขาดที่พึ่ง นอกจากนั้นการที่ผู้คลอดได้ยินการสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยศัพท์ทางวิชาการ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดจากการบอกเล่าของผู้อื่นหรือจากสื่อต่างๆ ทำให้ผู้คลอดมีความคาดหวังไว้วางหน้า แต่ถ้าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ นอกจากนั้น การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือเข้าใจไม่กระจ่างชัดทำให้ผู้คลอดตีความหมายของกิจกรรมที่เป็นปกติในระยะคลอดว่าเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเอง จึงอาจทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดนั้น จะมี

ผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) มีผลทำให้ต่อมอะดรีนอล (Adrenal) ปล่อยสารอิพิเนพรีน (Epinephrine) และ คอร์ติซอล (cortisol) ออกมาในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และแรงขึ้น กล้ามเนื้อหดตัวมากขึ้น แต่ความรุนแรงของการหดตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถกระตุ้นให้ปากมดลูกเปิดขยายเพิ่มขึ้น มีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า (Holmes & Magiera, 1987) เมื่อความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าทำให้ผู้คลอดมีความอ่อนล้าทางด้านร่างกายจากการคลอดมากขึ้น นอกจากนั้นผู้คลอดจะเกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในระยะคลอดมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) ที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด หวาดหวั่น จากการมีสิ่งที่คุณความที่คาดการณ์ว่าจะเป็นอันตราย ความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้รับข่าวสาร หรือมีเหตุการณ์ที่มากคุณความ ซึ่งในความเป็นจริงอาจจะไม่เกิดอันตรายหรือการสูญเสียก็ได้ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2547; Videbeck, 2006) ซึ่งความวิตกกังวลนั้นมีทั้งผลดีและผลเสีย คือ ถ้ามีน้อยหรือปานกลางจะทำให้เกิดความตื่นตัว สนใจสิ่งแวดล้อม และกล้าที่จะเผชิญสิ่งคุกคาม แต่ถ้ามีในระดับรุนแรง จะส่งผลทำให้การควบคุมตนเองไม่ดี ทำให้ความสนใจและการเรียนรู้ลดลงได้ กระบวนการคลอดถือเป็นสิ่งคุกคามสิ่งหนึ่งที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดโดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน และการได้รับยาออกซิโทซินทำให้มีความเจ็บปวดมากขึ้นอาจทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกว่าตนเองและทารกในครรภ์อาจเป็นอันตรายในช่วงเวลานั้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกตึงเครียด ตกใจ กลัว กับการคลอดที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ จึงทำให้ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินเกิดความวิตกกังวลในระยะคลอดขึ้นได้ (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

ความวิตกกังวลในระยะคลอด เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดรวมทั้งทารกในครรภ์ (Bonica, 2010) ผลกระทบต่อผู้คลอดมีดังนี้ 1) ระบบต่อมไร้ท่อ อาการเจ็บครรภ์รุนแรงและมีความวิตกกังวลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) จะทำให้มีการเพิ่มของฮอร์โมนอิพิเนพรีน (epinephrine) และฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูงขึ้นในกระแสเลือด ทำให้ความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกลดลง และมีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดนานขึ้น 2) ระบบเมตาบอลิก (metabolic system) อาการเจ็บครรภ์และความวิตกกังวลในระยะคลอด จะเพิ่มการทำงานของเมตาบอลิซึมและการใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อผู้คลอดหายใจเร็วขึ้นจะเกิดภาวะระบบหายใจเป็นด่าง จึงส่งผลให้ไตขับไบคาร์บอเนตออกมากขึ้นเพื่อชดเชยการที่ระบบหายใจเป็นด่าง และมีผลต่อกระเพาะอาหาร โดยจะมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น และ

การทำงานของกระเพาะอาหารและกระเพาะปัสสาวะลดลง และจากการที่ร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตลดลง ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิกเป็นกรด ซึ่งจะส่งผลต่อการถ่ายเทของออกซิเจนจากร่างกายไปสู่ทารกในครรภ์ 3) ด้านจิตใจ ถ้าผู้คลอดมีความวิตกกังวลในระยะคลอดในระดับรุนแรง จะส่งผลทำให้เกิดการควบคุมตนเองได้ไม่ดี และทำให้ความสนใจและการเรียนรู้ลดลงได้ นอกจากนี้อาการเจ็บครรภ์รุนแรงที่เกิดจากการใช้ยาเร่งคลอดทำให้มีผลต่ออารมณ์และสุขภาพจิตของผู้คลอด และมีผลลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วงสองวันแรกของการคลอด สำหรับผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนออกซิเจนของทารกในครรภ์ที่อินเตอร์วิลลัสสเปซ (intervillous space) จะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะกรดในร่างกาย ซึ่งการที่ออกซิเจนลดลงและคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกในครรภ์

พยาบาลในฐานะที่มีบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดสามารถใช้ทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีคุณภาพทำให้ลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาบรรเทาปวดและลดความวิตกกังวลที่เกิดจากกระบวนการคลอด ป้องกันผลกระทบต่างๆที่ตามมา อีกทั้งยังช่วยให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ที่ดีในการคลอดอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับสนับสนุนในระยะคลอดของอดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (Physical labor support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) สามารถลดความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกได้ และจากการศึกษาของอาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ซึ่งศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ สก็อต , คลอส และคลอส (Scott, Klaus & Klaus, 1999) ได้วิเคราะห์งานเกี่ยวกับผลการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งได้รับการเตรียมคลอดมาก่อนต่อผลลัพธ์การคลอดในระยะคลอดและหลังคลอด จำนวน 12 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่า 8 ใน 12 เรื่อง การสนับสนุนในระยะคลอดเกิดประโยชน์ในด้านจิตสังคม คือ ลดคะแนนความวิตกกังวลในขณะเผชิญ เกิดความรู้สึกละطمการคลอดในทางบวก ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และการศึกษาของฮอฟไมเยอร์, นิกอดิม, วอลแมน, ชาลัมเมอร์ และคราเมอร์ (Hofmeyr, Nikodem, Wolman, Chalmers & Kramer, 1991) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อ

ความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและการให้นมแม่ ซึ่งได้วัดปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และ ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด โดยวัดความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด (State Anxiety score) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety score) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น และจากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลสระบุรีที่พบว่า มีการใช้ยาออกซิโทซินในการเร่งคลอดในผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดมากถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน โดยใช้แนวคิดของอดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรม โดยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด จะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอดให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินได้ อีกทั้งยังนำผลที่ได้จากการศึกษามาวางแผนพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีผลต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน หรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

สมมติฐาน

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของอดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่ง อดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบาย ความก้าวหน้าของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด และให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (Physical labor support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) และ การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) เป็นการเพิ่มความสุขสบายขณะอยู่ระหว่างกระบวนการคลอด และเพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การจัดทำในระยะที่ 1 และในระยะที่ 2 ของการคลอด การสัมผัส การใช้ความเย็นและความร้อน การดูแลด้านสุขวิทยา การบำบัดด้วยน้ำ การดูแลกระเพาะปัสสาวะ การดูแลเรื่องอาหาร และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) เป็นการช่วยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกวางใจ มั่นคง ช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่นและความวิตกกังวลในระยะคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความกังวล การส่งเสริมด้านทัศนคติ การพยาบาล การใช้อารมณ์ขันเพื่อการบำบัด การปรับความสนใจ การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) เป็นการให้ข้อมูลถึงระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด

พฤติกรรมกรสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภพ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) เป็นการปกป้องผู้คลอด ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด มีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแทนของผู้คลอด เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดในเรื่องการคลอด และให้เกียรติ พฤติกรรมกรสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ได้แก่ การให้เกียรติ การให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย การยอมรับความคาดหวังของมารดาที่มีต่อการคลอด รับฟังความต้องการของผู้คลอด การให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจ การวางแผนการคลอด การแก้ไขเรื่องความขัดแย้ง และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอด โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดในโรงพยาบาลสระบุรี โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ผู้วิจัยเลือกกิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมด้านทัศนคติ การให้การพยาบาลและการเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ผู้วิจัยเลือกกิจกรรม ได้แก่ การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการหายใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ผู้วิจัยเลือกกิจกรรม ได้แก่ การสัมผัส การดูแลด้านสุขวิทยา การควบคุมสิ่งแวดล้อม การแนะนำท่าในระยะที่ 1 ของการคลอด การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด และการดูแลระเพาะปัสสาวะให่ว่าง

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ผู้วิจัยเลือกกิจกรรม ได้แก่ การให้เกียรติผู้คลอด การให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย การยอมรับความคาดหวังของมารดาที่มีต่อการคลอด การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ

จากการจัดโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด้งกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถลดความวิตกกังวลในระยะคลอของผู้คลอคคร์รภ์แรกที่ได้รับการร่งคลอด้วยาออกชิโทซินได้ โดยมีกรอบแนวคิดในการศีกษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศีกษาโดยใช้แนวทางของ อัดัม และเปียนชี (Adams & Bianchi, 2008)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศีกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอต่อความวิตกกังวลในผู้คลอคคร์รภ์แรกที่ได้รับการร่งคลอด้วยาออกชิโทซิน ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups) โดยทำการศีกษาผู้คลอคคร์รภ์แรกที่ได้รับการร่งคลอด้วยาออกชิโทซินที่มาคลอที่ห้องคลอคคร์รภ์โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2555 ถึง ธันวาคม 2555

นียมตัวแปร

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนที่จัดขึ้นตามลำดับกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ได้แก่ การให้ความเป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพให้ผู้คลอดมีความไว้วางใจ ให้การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความน่าเชื่อถือ และความนุ่มนวล มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือแสดงความเห็นอกเห็นใจ พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ มองตา พุดคุยและสัมผัสมือให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และอยู่เป็นเพื่อน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด การใช้เทคนิคการหายใจ และแผนการรักษา การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจในระยะต่างๆ ของการคลอด

3. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ได้แก่ การนวด การดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าและเปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้คลอดเมื่อเปื้อนสิ่งคัดหลั่ง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การแนะนำท่าในระยะที่ 1 และการจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

4. ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ได้แก่ การติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดของผู้คลอดกับสมาชิกครอบครัว การประสานติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอดเกี่ยวกับความต้องการของผู้คลอด ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ สัญญาณชีพของผู้คลอดและบันทึก พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ การดูแลการให้ยาออกซิโทซินอย่างมีประสิทธิภาพและการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามคำแนะนำ รับฟังความต้องการของผู้คลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดบอกถึงความต้องการ ความกลัว ความวิตกกังวลของตนเอง

ความวิตกกังวลในระยะคลอด หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้คลอดครั้งแรก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการได้รับการเร่งคลอดด้วยยาซึ่งทำให้มีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครั้งแรกคลอดตามธรรมชาติ และยังไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าการคลอดจะเป็นอย่างไร ทำให้ผู้คลอดรู้สึกตึงเครียด ตกใจ กลัว ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอด ของ นวี เบาทรวง (2526) ซึ่งมีทั้งหมด 22 ข้อ โดยที่คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน มีความวิตกกังวลในระยะคลอดมาก คะแนนร่น้อย หมายถึง ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน มีความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลในห้องคลอดจัดกระทำให้กับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินทุกราย ได้แก่ การเตรียมความสะอาดเพื่อรอคลอด การวัดสัญญาณชีพ การฟังเสียงการเต้นของหัวใจของทารก การตรวจการหดตัวของมดลูก การตรวจภายในช่องคลอด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าให้ผู้คลอดเมื่อเปื้อนสิ่งคัดหลั่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
2. นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
3. เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการพยาบาลที่จะค้นคว้า ศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

1. การคลอดและการเร่งคลอด
2. ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
3. การสนับสนุนในระยะคลอด
4. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลของผู้คลอด

การคลอด (Labor) และการเร่งคลอด (Augmentation of labor)

การคลอด หรือ กระบวนการคลอด หมายถึง ปรากฏการณ์ที่มดลูกมีการหดตัวอย่างรุนแรงและเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ทำให้ปากมดลูกเปิดออกและทารกถูกบีบไล่ให้เคลื่อนที่ต่ำลงมาตามช่องทางคลอด จนกระทั่งทารกและรกคลอดออกสู่ภายนอกร่างกายของผู้คลอด (มณี รัตนไชยานนท์, 2553) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม และ กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2551)

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด (The first stage of labor) เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกจนถึงปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร โดยในผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 8-10 ชั่วโมง ผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 6-7 ชั่วโมง

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด (The second stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มจากปากมดลูกเปิดหมดถึงทารกคลอดครบทั้งตัว โดยในผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง ผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 5-30 นาที

3. ระยะที่ 3 ของการคลอด (The third stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มจากหลังรกคลอดจนถึงรกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ ในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ระยะที่ 4 ของการคลอด (The fourth stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มจากหลังรกคลอดและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การเร่งคลอด หมายถึง การกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์หลังจากที่มีการเจ็บครรภ์จริงตามธรรมชาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้มดลูกมีการหดตัวที่สม่ำเสมอ ทำให้ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงและศีรษะของทารกมีการเคลื่อนต่ำลงตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น (สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, 2552)

ข้อบ่งชี้ในการเร่งคลอด

การเร่งคลอดมีข้อบ่งชี้ทั้งทางด้านผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ทางผู้คลอด ได้แก่ ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผู้คลอดมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ผู้คลอดตั้งครรภ์แฝดน้ำ ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดเฉียบพลัน และผู้คลอดที่เป็นโรคเมเรียมที่ต้องรักษาด้วยรังสีหรือเคมีบำบัด (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และบุญเลิศ วิริยะภาค, 2553)
2. ข้อบ่งชี้ทางทารก ได้แก่ ครรภ์เกินกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำแตกหรือรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ มีการอักเสบติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ และมีภาวะน้ำคร่ำน้อย (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และบุญเลิศ วิริยะภาค, 2553)

ข้อห้ามในการเร่งคลอด (Contraindication of augmentation of labor)

ข้อห้ามในการเร่งการคลอดแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ ข้อบ่งห้ามแบบสมบูรณ์ (Absolute contraindication) และ ข้อห้ามแบบสัมพัทธ์ (Relative contraindication) (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อบ่งห้ามแบบสมบูรณ์ (Absolute contraindication) หมายถึงไม่ควรมีการเร่งคลอดโดยเด็ดขาด ซึ่งได้แก่
 - 1.1 การผิดสัดส่วนของทารกกับช่องเชิงกรานผู้คลอดอย่างชัดเจน (Cephalopelvic disproportion)
 - 1.2 ทารกอยู่ในภาวะอันตรายที่ต้องคลอดโดยทันที (Fetal distress) เช่น ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapse cord) และภาวะการดันของหัวใจของทารกเข้าผิดปกติ
 - 1.3 ภาวะรกเกาะต่ำชนิดปิดปากมดลูกหมด (Placenta previa totalis) หรือชนิดปิดปากมดลูกบางส่วน (Placenta previa partialis)
 - 1.4 ภาวะเส้นเลือดของทารกอยู่ต่ำกว่าส่วนนำ (Vasa previa)

1.5 มดลูกที่เคยได้รับการผ่าตัด มีแผลเป็นที่ผนังมดลูก เสี่ยงต่อการแตกของผนังมดลูกเมื่อมีการเจ็บครรภ์ เช่น เคยผ่าตัดคลอดบุตรแบบขวาง (Classical cesarean section) หรือเคยผ่าตัดเนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก

1.6 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง และท่าก้น

1.7 ปากมดลูกมีการติดเชื้อเริ่มในขณะที่จะก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์

1.8 เนื้องอกที่รังไข่หรือที่มดลูก (Tumor of ovary or uterus) ที่ปิดขวาง

ช่องทางคลอด

1.9 โครงสร้างของเชิงกรานผิดปกติรุนแรง (Pelvic structure abnormalities)

2. ข้อห้ามแบบสัมพัทธ์ (Relative contraindication) หมายถึง อาจจะมีการการเร่งคลอดได้ถ้ามีความจำเป็น ได้แก่

2.1 ทารกมีขนาดใหญ่ อาจลองให้มีการเจ็บครรภ์โดยไม่ต้องติดตามดูความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด

2.2 มดลูกที่เคยผ่าตัดคลอดบุตรแบบตามขวาง (Low transverse cesarean section)

2.3 ภาวะครรภ์แฝดและครรภ์แฝดน้ำ

2.4 ทารกในท่าก้นแบบส่วนล่างของลำตัวเป็นส่วนหน้า (Frank breech) ซึ่งจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

2.5 ผู้คลอดที่คลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง

วิธีการเร่งการคลอด แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การเร่งการเจ็บครรภ์คลอดโดยหัตถการ และ การเร่งการเจ็บครรภ์คลอดโดยการให้ยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ประสงค์ ดันมหาสมุทร, 2553)

1. การเร่งการเจ็บครรภ์คลอดโดยหัตถการ ซึ่งมีด้วยกัน 2 วิธี คือ การเจาะถุงน้ำคร่ำ และการเจาะถุงน้ำคร่ำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Membrane stripping) คือ การใช้นิ้วเจาะถุงน้ำคร่ำ (Chorionic membrane) ให้แยกตัวออกจากปากมดลูกและผนังมดลูกส่วนล่างโดยรอบ การเจาะถุงน้ำคร่ำจะกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนไซม์ฟอสโฟไลเปส เอทู (phospholipase A2) ออกมาจากเยื่อปากมดลูก ด้านในของรูเปิดเข้าในตัวมดลูก (endocervix) และพบว่าระดับของโพรสตาแกรนดิน เอฟทู แอลฟา (prostaglandin F2 alpha) สูงขึ้นในเลือด 3-4 ชั่วโมง หลังจากทำหัตถการพร้อมๆ กับการหดตัวของมดลูก

1.2 การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy) เป็นหัตถการในการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกลไกที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ภายหลังการเจาะถุงน้ำคร่ำยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเป็นผลมาจากการมีการหลั่งโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เข้าไปในโพรงมดลูกสูงขึ้นภายใน 15 นาทีหลังทำหัตถการ

2. การเร่งการเจ็บครรภ์คลอดโดยการให้ยา ในปัจจุบัน ยาที่นิยมใช้ในการเร่งคลอดมี 2 ชนิด ได้แก่ ออกซิโทซินและ พรอสตาแกลนดิน โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับยาทั้ง 2 ชนิด ดังนี้

การใช้ออกซิโทซิน

ออกซิโทซินเป็นออกตาเปปไทด์ (octapeptide) ที่ประกอบด้วยกรดอะมิโน 9 ตัว เรียงต่อกันและมีไดซัลไฟด์ (disulfide) เชื่อมระหว่างกรดอะมิโนตัวที่ 1 และกรดอะมิโนตัวที่ 6 ซึ่งกรดอะมิโนทั้ง 2 ตำแหน่งคือ ซิสทีน (cysteine) สูตรโครงสร้างของออกซิโทซิน จะคล้ายกับวาโซเพรสซิน (vasopressine) มาก มีความแตกต่างกันเพียงกรดอะมิโน 2 ตัวเท่านั้นคือ ไอโซลิวซีน (Isoleucine) ที่ตำแหน่งที่ 3 และไอโซลิวซีน (leucine) ที่ตำแหน่งที่ 8 โดยออกซิโทซินจะไม่เกาะกับโปรตีนในกระแสเลือดและถูกกำจัดที่ไตและตับ

กลไกการทำงานของออกซิโทซิน มีดังนี้ คือ ออกซิโทซิน จะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวได้โดยเปลี่ยนดีโพลาไรเซชัน (Depolarization) ของความต่างศักย์ไฟฟ้าของผนังเซลล์ซึ่งจะไปกระตุ้นการเคลื่อนตัวของแคลเซียมไอออน ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว กล้ามเนื้อมดลูกจะมีตัวรับ (receptor) ของออกซิโทซิน บนผนังเซลล์และตัวรับ (receptor) จะเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆตั้งแต่อายุครรภ์ 20-30 สัปดาห์ จนถึง 34 สัปดาห์ และจะคงที่ไปจนกระทั่งครบกำหนด จากนั้นจะเพิ่มความไวต่อไปจนกระทั่งครรภ์ครบกำหนด และเข้าสู่ระยะคลอด

หลักการบริหารยาออกซิโทซิน มีดังนี้

1. ให้ออกซิโทซิน ปริมาณน้อยที่สุดเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวแรงเพียงพอที่จะทำให้ปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้น และมีการเคลื่อนของทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกราน ในขณะเดียวกันต้องระวังไม่ให้มดลูกหดรัดตัวมากเกินไป (hyperstimulation) หรือทำให้ทารกอยู่ในภาวะเครียด (fetal distress) (ประสงค์ ดันมหาสมุทร, 2553)ควรเจือจางในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร ให้ในความเข้มข้น 10 หรือ 20 มิลลิยูนิต/มิลลิลิตร (Cunningham, et al., 2010) และให้ผ่านเครื่องคำนวณจำนวนหยดสารละลาย (automatic infusion pump) เพื่อให้รู้ปริมาณยาที่แน่นอน ถ้าไม่มีก็สามารถคำนวณปริมาณยาได้จากจำนวนหยดต่อนาที เช่น ผสมออกซิโทซิน 5 ยูนิต ในสารละลาย 5% dextrose 1,000 มิลลิลิตร ดังนั้น 1 มิลลิลิตร (15 หยด) จะมีออกซิโทซิน อยู่ 5 มิลลิยูนิต ถ้าบริหารยา 3 หยด

ต่อนาที ก็จะได้ออกซิโทซิน 1 มิลลิยูนิต/นาที แต่ถ้าผสม 10 ยูนิต ในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร 3 หยด ก็จะมียาอยู่ 2 มิลลิยูนิต

2. การบริหารยาควรเริ่มในขนาดต่ำสุดก่อน เพราะการตอบสนองของมดลูกในสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายจะไม่เท่ากัน แล้วค่อยปรับเพิ่มขนาดยา ถ้าการหดตัวของมดลูกยังไม่ดีพอ เพื่อให้มีการหดตัวของมดลูกที่ใกล้เคียงกับการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ คือ มดลูกหดตัวนาน 40-60 วินาที และช่วงห่าง 2-3 นาที ระยะเวลาที่จะทำการปรับยาเพิ่มแต่ละครั้งที่นิยมคือ ทุก 25 นาที

3. ผลข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ มดลูกหดตัวนาน หรือถี่กว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด (fetal distress) ได้ การเว้นช่วงการปรับยาให้นานออกไป อาจช่วยลดผลข้างเคียงดังกล่าวได้ จึงมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการปรับยาทุก 15 นาที 30 นาที 40 นาที 60 นาที พบว่าระยะเวลาของการเจ็บครรภ์ไม่แตกต่างกัน แต่อุบัติการณ์ของการกระตุ้นมดลูกมากเกินไป (uterine hyperstimulation) ลดลง ผลต่อทารกไม่แตกต่างกัน โดยสรุปแล้วการปรับยาบ่อยขึ้น ไม่มีประโยชน์ในทางคลินิกเพราะไม่ได้ทำให้ระยะเวลาในการเจ็บครรภ์น้อยลง

ถ้ามดลูกหดตัวนานกว่า 90 วินาที (hypertonus) หรือหดตัวถี่ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ในช่วง 10 นาที (tachysystole) ต้องหยุดบริหารยาทันที ให้สารละลายอื่นทดแทน สังเกตการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก โดยทั่วไปจะหายไปเองเพราะครึ่งชีวิต (half-life) ของออกซิโทซิน ประมาณ 3-5 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นฉีดยาคลายมดลูก เช่น เทอร์บูทาไลน์ (terbutaline) 0.25 มก. เข้าเส้นเลือดดำ

4. ถ้าบริหารยาอย่างถูกต้อง 4-6 ชั่วโมงแล้ว ไม่มีการหดตัวของมดลูก ควรพิจารณาหยุดยา

5. ขนาดยาสูงสุดของออกซิโทซิน ไม่ควรเกิน 20 มิลลิยูนิต/นาที

6. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกเสี่ยงต่อภาวะเครียด (fetal distress) ควรติดตามการเต้นของหัวใจทารกโดยการฟังด้วยเครื่องฟังเป็นระยะ หรือตรวจด้วยเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (electronic fetal heart rate monitor) แบบต่อเนื่อง

ภาวะแทรกซ้อนของการเร่งคลอดด้วยยา

การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในผู้คลอด และทารก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนในผู้คลอด ได้แก่

1. มดลูกแตก เกิดจากการให้ออกซิโทซิน อย่างไม่ระมัดระวังทำให้มดลูกหดรัดตัวอย่างรุนแรง และหรือการคัดเลือกผู้คลอดไม่ถูกต้องเช่น มีภาวะการผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับเชิงกรานผู้คลอด (cephalopelvic disproportion) หรือมดลูกมีแผลผ่าตัด เป็นต้น
2. การคลอดเร็วผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อทารกและผู้คลอด ทั้งนี้มักเกิดจากมดลูกหดรัดตัวอย่างรุนแรงทำให้ทารกชอกช้ำหรือช่องทางคลอดผิดปกติ
3. ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกอย่างรุนแรง
4. ภาวะน้ำคร่ำอุดตัน (Amniotic fluid embolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายต่อชีวิตของผู้คลอด มักเกิดร่วมกับมดลูกหดรัดตัวอย่างรุนแรงและมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ
5. ตกเลือดหลังคลอด ผู้ที่ได้รับออกซิโทซิน เพื่อก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์มักมีโอกาสดังกล่าวมดลูกไม่หดตัวหลังคลอด ดังนั้นจึงแนะนำให้ให้ออกซิโทซิน หยอดเข้าหลอดเลือดดำต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ภายหลังคลอด
6. ภาวะสภาวะน้ำในร่างกายมากผิดปกติจนเกิดเป็นพิษ (Water intoxication) เกิดจากฤทธิ์ของแอนตี้ไดยูเรติก ฮอร์โมน (Antidiuretic hormone) ที่แฝงมาในออกซิโทซิน ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาเกินกว่า 20 มิลลิยูนิต/นาที่ และให้เป็นเวลานานทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มักเกิดจากมดลูกถูกกระตุ้นให้หดตัวอย่างรุนแรงหรือเกิดภาวะการดึงตัวมากกว่าปกติของกล้ามเนื้อมดลูกในระหว่างช่วงที่คลายตัว ซึ่งทำให้ความดันในโพรงมดลูกระหว่างช่วงคลายตัวมากกว่า 12 มิลลิเมตรปรอท ภาวะผิดปกติทั้ง 2 อย่างนี้สามารถลดการหมุนเวียนของโลหิตในรก

ภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่

1. ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มักเกิดจากมดลูกถูกกระตุ้นให้หดตัวอย่างรุนแรงหรือเกิดภาวะการดึงตัวมากกว่าปกติของกล้ามเนื้อมดลูกในระหว่างช่วงที่คลายตัว ซึ่งทำให้ความดันในโพรงมดลูกระหว่างช่วงคลายตัวมากกว่า 12 มิลลิเมตรปรอท ภาวะผิดปกติทั้ง 2 อย่างนี้สามารถลดการหมุนเวียนของโลหิตในรก
2. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia) โดยถ้าผู้คลอดได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ทารกที่คลอดออกมาจะมีโอกาสเกิดภาวะตัวเหลือง เนื่องจากว่าออกซิโทซิน มีผลทำให้เม็ดเลือดแดงของทารกแตกได้ง่าย (Salah, et al., 2010)
3. ทารกคลอดก่อนกำหนด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคำนวณอายุครรภ์ผิดพลาด

การใช้พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin)

การใช้พรอสตาแกลนดินเพื่อชักนำให้เจ็บครรภ์คลอดมีข้อได้เปรียบคือ สามารถกระตุ้นให้มดลูกหดตัวและทำให้ปากมดลูกนุ่มได้ในคราวเดียวกัน ยานี้ให้ทางหลอดเลือดดำจะสลายได้อย่างรวดเร็วเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่จะออกฤทธิ์ได้ ทำให้ต้องใช้ยาในปริมาณมาก และผลที่ได้ไม่ดีไปกว่าการใช้ออกซิโทซิน การใช้พรอสตาแกลนดิน สอดเข้าไปในช่องคลอดจะได้ผลดีมากกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย ซึ่งพรอสตาแกลนดินที่นำมาใช้ในการเร่งคลอด ได้แก่

1. PGE₂ (dinoprostone/ prostin E₂) มี 2 ชนิด คือ ชนิดเม็ดใช้รับประทาน และใช้สอดทางช่องคลอด และ ชนิดเจล ใช้ฉีดเข้าในรูปากมดลูก
2. PGE₁ (misoprostol/cytotec) ยานี้ไม่ได้ผลิตมาเพื่อการชักนำการคลอด แต่เป็นยาที่ใช้ป้องกันแผลในกระเพาะอาหารจากการรับประทานยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAID) แต่มีการนำมาใช้เร่งคลอดเนื่องจากมีออกฤทธิ์ข้างเคียงต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งเป็นยาเม็ด รับประทานหรือสอดทางช่องคลอด

อาการข้างเคียงของการใช้พรอสตาแกลนดิน ได้แก่ การใช้พรอสตาแกลนดินมีอาการข้างเคียงดังนี้

1. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย
2. ไข้ ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของพรอสตาแกลนดินที่กระทำต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่บริเวณไฮโปทาลามัส (hypothalamus)
3. ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือด
4. ถ้าใช้ในผู้คลอดที่มีประวัติโรคต้อหิน (glaucoma) อาจทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน นอกจากจะมีประโยชน์ต่อผู้คลอดแล้ว ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายตามมาด้วยทั้งในผู้คลอดและทารกในครรภ์ นอกจากนั้นแล้วยังมีผลต่อผู้คลอดทางด้านจิตใจอีกด้วย ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งถ้าผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวลในระยะคลอดแล้ว อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้

ความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ความหมายของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

ไวด์เบค (Videbeck, 2006) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด หวาดหวั่น จากการมีสิ่งที่คุณค่า ที่คาดการณ์ว่าจะเป็นอันตราย สมภพ เรืองตระกูล (2547) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นการแสดงความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้รับข่าวสารหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคาม อาจนำไปสู่อันตรายทำให้เกิดการสูญเสียหรือคาดว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย ซึ่งในความเป็นจริงอาจจะไม่เกิดอันตรายหรือสูญเสียก็ได้

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะของจิตใจ เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น เป็นการตอบสนองต่อความเครียด จากเหตุการณ์ที่มาคุกคามทำให้เกิดการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสียซึ่งในความเป็นจริงอาจจะไม่เกิดอันตรายหรือสูญเสียก็ได้

สาเหตุของความวิตกกังวล

เพพพลาว (Peplau, 1989) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เกิดได้จากการคุกคามที่มีต่อผลความปลอดภัย ซึ่งการคุกคามแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 การคุกคามทางด้านร่างกาย (Physical integrity) รวมถึงสิ่งที่มีรบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย การคุกคามที่มีต่อการรักษาความสมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วย การประสบอุบัติเหตุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพัฒนาการในวัยต่างๆ เช่น วัยรุ่น วัยสูงอายุ เป็นต้น

1.2 การคุกคามต่อความเป็นตนเอง (Self esteem) เป็นการคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

2. เกิดได้จากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่น ความวิตกกังวลสื่อถึงกันได้เสมอระหว่างบุคคล ผู้ที่มีความวิตกกังวลทำให้ผู้อื่นในสถานการณ์นั้นเกิดความวิตกกังวลได้

ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Shives, 2005)

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or Situational anxiety or Acute anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งในขณะนั้นซึ่งจะเกิดขึ้นชั่วคราวตามความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ถ้าสิ่งเร้ามีความรุนแรงมาก ก็ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก ความรุนแรงและความยาวนานของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลแฝง หรือ อุปนิสัยวิตกกังวล (Trait anxiety or Chronic anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลระดับหนึ่ง เป็นเอกลักษณ์ประจำตัวที่ค่อนข้างแน่นอน ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพที่เป็นพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยตรง แต่จะเป็นตัวเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (Stuart & Laraia, 2005; Shives, 2005; Videbeck, 2006)

1. ระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมีผลทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้าง มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลจะแคบลง และจำกัดอยู่เฉพาะสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น ความสามารถในการคิดน้อยลง แต่ถ้าได้รับการชี้แนะจะมีความตั้งใจมากขึ้น

3. ระดับสูง (Severe anxiety) ความสามารถในการรับรู้จะน้อยลงมากเหลือเพียงจุดสนใจเป็นพิเศษเท่านั้น มาสามารถคิดเกี่ยวกับสิ่งอื่นๆ ได้ พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อลดความความวิตกกังวล และต้องการได้รับการชี้แนะอย่างมาก

4. ระดับสูง (Panic anxiety) ความสามารถในการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง มีการสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติตามคำชี้แนะได้ ไม่รับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก บุคลิกภาพจะผิดปกติไป มีความผิดปกติทางความคิด สูญเสียความคิดที่มีเหตุผล ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่นลดลง การเรียนรู้จะเสียไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล แบ่งได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Shives, 2005; จำลอง ดิษยวนิช และ พร้มเพรา ดิษยวนิช, 2545)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่

1.1 ระบบประสาท ระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างของร่างกาย บางคนมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย ในการเผชิญสถานการณ์เดียวกัน คนที่มีความวิตกกังวลง่ายจะพบว่าระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ

1.2 ประสาทชีวเคมี จะพบว่าในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีการหลั่งของสาร แคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น และบางคนที่มีระดับซีโรโทนิน (Serotonin) ลดลงก็จะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

1.3 พันธุกรรม จากการศึกษาทางพันธุกรรม พบว่า คนที่มี ยีนสั้น (The shorter version) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่านสารซีโรโทนิน (Serotonin) จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าคนที่มียีนยาว (The longer version) เนื่องจากยีนที่สั้น (The shorter gene) มีความสามารถส่งผ่านซีโรโทนิน (Serotonin) ได้น้อยกว่ายีนที่ยาว The longer gene ทำให้มีความวิตกกังวลสูง

1.4 บุคลิกภาพ คนที่มีบุคลิกภาพที่มีความทะเยอทะยานสูง ชอบเอาชนะ ขอมแพ้ไม่เป็น ชอบทำงานแบบรีบเร่ง ไม่ชอบรอคอย มีความหวังในงานสูง ต้องถูกต้องสมบูรณ์แบบ ผลิตผลไม่ได้จะมีความเครียดจากการที่ต้องพยายามทำให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ และมีความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรที่มีอยู่ภายในตนเอง จึงทำให้มีความวิตกกังวล ส่วนคนที่มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ก็จะมีความวิตกกังวลน้อย

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่

2.1 ความกดดัน (pressure) ที่มีทั้งจากภายในและภายนอก ความกดดันทำให้เกิดความรู้สึกบีบบังคับในการที่จะต้องทำให้ถึงจุดหมายที่ตั้งไว้

2.2 ความคับข้องใจ (frustration) เป็นภาวะที่เกิดจากมีอุปสรรคมาขัดขวางทำให้ไม่ถึงจุดหมายที่ต้องการ

2.3 ความขัดแย้ง (conflict) ที่เกิดจากตนเองในสถานการณ์ที่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งกับความเป็นจริง ที่มีผลต่อตนเอง

2.4 เจตคติและความเชื่อ (attitude and believe) การมีเจตคติและความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ไม่มีเหตุผล

3. ปัจจัยทางสังคม (Social factors) ได้แก่

3.1 เหตุการณ์ชีวิต (life event) เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคมสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต การที่มีการเปลี่ยนแปลงมากก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น จากการที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นได้

3.2 เรื่องรบกวนเล็กน้อย (hassles) เรื่องรบกวนเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น การนอนไม่พอ ไม่มีที่จอดรถ ไปทำงานสาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในระยะคลอด

ความวิตกกังวลในระยะคลอด หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้คลอดครรภ์แรก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการได้รับการเร่งคลอดด้วยยาซึ่งทำให้มีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ และยังไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าการคลอดจะเป็นอย่างไร ทำให้ผู้คลอดรู้สึกถึงเครียด ตกใจ กลัว

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยา มีดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์และถูกรับไว้ในห้องคลอด ผู้คลอดต้องถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยเพื่อนอนพักในห้องคลอดซึ่งเป็นสถานที่ที่แปลกใหม่และมีข้อบังคับที่ต้องปฏิบัติตามหลายประการ ความเป็นบุคคลจึงถูกจำกัดลง ผู้คลอดต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ทำให้รู้สึกขาดที่พึ่งและเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนั้นยังมีสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ได้แก่ กลิ่นน้ำยา สภาพห้องคลอดที่มีบุคลากรทำงานกันอย่างเร่งรีบ เสียงร้องอย่างเจ็บปวดของผู้คลอดคนอื่นๆ ลักษณะเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่แปลกตา การสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยศัพท์ทางวิชาการ ตลอดจนกิจกรรมการดูแลผู้คลอดต่างๆ เช่น การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนอุจจาระ การตรวจภายใน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกที่ไม่คุ้นเคย จนก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามมาได้

2. เหตุการณ์ในระยะคลอดที่ต่างไปจากความคาดหวัง ผู้คลอดอาจเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดจากการบอกเล่าของญาติหรือเพื่อน หรือจากสื่อต่างๆ จึงอาจมีความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดไว้ล่วงหน้าตามที่รับรู้มา เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง เช่น ผู้คลอดคาดหวังว่าจะมีอาการเจ็บครรภ์และคลอดตามธรรมชาติ แต่ในสถานการณ์จริงกลับ

พบว่าต้องได้รับยาเร่งคลอด ทำให้มีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ ก็อาจทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลได้

3. การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องจากบุคคลอื่น หรือสรุปข้อมูลเองจากท่าทีและการใช้ศัพท์ทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่ให้การดูแล ทำให้มีการแปลความหมายผิดพลาด คิดว่าตนเองหรือทารกในครรภ์กำลังอยู่ในอันตรายหรือผู้คลอดบางรายมีขีดจำกัดในการเรียนรู้ จึงอาจเข้าใจไม่กระจ่างชัด เมื่อมีเหตุการณ์ไม่ตรงกับความรู้เข้าใจก็จะคิดว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้คลอดอาจตีความหมายของการได้รับยาเร่งคลอดว่าเป็นสิ่งที่เป็นอันตราย บางรายมีการใช้ความรู้ที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้คลอดที่ได้รับการความรู้และการเตรียมตัวคลอดมาก่อน อาจยืนยันว่าการคลอดจะเป็นไปตามธรรมชาติ ซึ่งถ้ามีความผิดปกติหรือต้องได้รับการเร่งคลอดด้วยยาทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

4. ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดกล้ามเนื้อมดลูกจะมีการหดตัว ทำให้มีการยืดขยายของปากมดลูก และมีการดึงรั้งของเยื่อช่องท้องและเอ็นต่างๆที่ช่วยยึดตัวมดลูก ตลอดจนมีแรงกดทับบนเส้นประสาทที่ปากมดลูกและช่องคลอด สิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย โดยเฉพาะเมื่อได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ซึ่งจะทำให้การเจ็บครรภ์แรงขึ้น นานขึ้น และถี่ขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลได้

ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยา

ความวิตกกังวลในระยะคลอด เมื่อเกิดขึ้นแล้วนั้นจะส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดรวมทั้งทารกในครรภ์ ดังนี้ (Bonica, 2010)

ผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่

1. ระบบต่อมไร้ท่อ อาการเจ็บครรภ์รุนแรงและมีความวิตกกังวลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) โดยจะทำให้มีการเพิ่มของ ฮอร์โมนอิพิเนพรีน (epineprine) และ ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการหดตัวของมดลูกและทำให้ระยะเวลาการคลอดนานขึ้น

2. การทำงานของมดลูก จากการหลั่งของ ฮอร์โมนอิพิเนพรีน(epineprine) และ ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ทั้งความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกลดลง และมีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดนานขึ้น

3. ระบบเมตาบอลิก (metabolic system) อาการเจ็บครรภ์และความวิตกกังวลในระยะคลอด จะเพิ่มการทำงานของเมตาบอลิซึมและการใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อผู้คลอดหายใจเร็วขึ้น

จะเกิดภาวะระบบหายใจเป็นด่าง จึงส่งผลให้ไตขับไบคาร์บอเนตออกมากขึ้นเพื่อชดเชยการที่ระบบหายใจเป็นด่าง และมีผลต่อกระเพาะอาหาร โดยจะมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น และการทำงานของกระเพาะอาหารและกระเพาะปัสสาวะลดลง และจากการที่ร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตลดลง ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิกเป็นกรด ซึ่งจะส่งผลต่อการถ่ายเทของออกซิเจนจากผู้คลอดไปสู่ทารกในครรภ์ด้วย

4. ด้านจิตใจ อาการเจ็บครรภ์รุนแรงทำให้มีผลต่ออารมณ์และสุขภาพจิตของผู้คลอด และมีผลลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและทารกในช่วงสองวันแรกของการคลอด

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์เกิดขึ้นเนื่องจาก การแลกเปลี่ยนออกซิเจนของทารกในครรภ์ที่อินเตอร์วิลลัส สเปซ (intervillous space) จะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะกรดในร่างกายนั่นเอง ซึ่งการที่ออกซิเจนลดลงและคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกในครรภ์

การสนับสนุนในระยะคลอด

ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด ดังนี้

ฮอดเน็ต (Hodnett, 1996) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด ว่าเป็นคุณลักษณะหรือเทคนิคหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี น่าจดจำและท้าทายความรู้สึกของผู้คลอด

เคย์นและคณะ (Kayne, et al., 2001) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด คือการที่มีบุคคล หรืออาจเป็นเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆที่มีความสำคัญกับผู้คลอดอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด ไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสุขสบาย หรือตอบสนองความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย

ซิมกิน (Simkin, 2002) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึงการดูแลแบบไม่ใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล เกิดความสุขสบาย ไม่โดดเดี่ยวอ้างว้าง

หรือเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า แต่มีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความมั่นใจและมีความหวังที่จะได้รับความรู้ และได้รับการเอาใจใส่

เมอร์เบท (MeriBeth, 2004) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่บุคคลใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสามี ผู้คลอด น้อง เพื่อน แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยขจัดความกลัว คอยช่วยเหลือในขณะคลอด สามารถเข้าใจถึงปัญหาและเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา

อดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่พยาบาลมีคุณสมบัติเฉพาะที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้คลอด มีทักษะในการดูแลที่มีคุณภาพและมีพฤติกรรมการดูแลผู้คลอดที่ดี ที่ส่งผลต่อความสบายของผู้คลอด ความก้าวหน้าของการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด ซึ่งการพยาบาลเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) เป็นการเพิ่มความสะดวกขณะอยู่ระหว่างกระบวนการคลอด และเพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านร่างกายมีดังนี้

1.1 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิ เสียง แสง กลิ่น

1.2 การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด (Positioning, first stage of labor) เป็นการจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าตามความต้องการของผู้คลอด ได้แก่ ทำยืน การเดินไปเดินมา ทำยืนชบผู้ดูแล ท่านอนโก้งโค้ง ท่าคุกเข่าและใช้มือยันพื้นทั้ง 2 ข้าง ท่านั่งยองๆ ท่านอนยกศีรษะสูง ท่านอนตะแคง

1.3 การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด (Positioning, second stage of labor) ได้แก่ ท่านอนโก้งโค้ง ท่าคุกเข่าและใช้มือยันพื้นทั้ง 2 ข้าง ท่านั่งยองๆ ท่านอนยกศีรษะสูง ท่านอนตะแคง

1.4 การสัมผัส (Touch) ได้แก่ การนวด การกดจุด

1.5 การใช้ความเย็นและความร้อน (Application of cold and heat) ได้แก่ การประคบด้วยน้ำแข็ง การประคบด้วยผ้าอุ่น

1.6 การดูแลด้านสุขวิทยา (Hygiene) ได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดปากและอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าที่เปื้อน

1.7 การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy) ได้แก่ การใช้ฝักบัว การแช่ในอ่างน้ำ

1.8 การดูแลกระเพาะปัสสาวะ (Urinary elimination) ได้แก่ การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง การกระตุ้นให้ไปห้องน้ำ

1.9 การดูแลเรื่องอาหาร (Nourishment) ได้แก่ การให้อิ่มก่อนน้ำแข็ง

1.10 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การดูแลเรื่องการพักผ่อนและอาหาร ความสุขสบายด้านร่างกาย

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) เป็นการช่วยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกละวางใจ มั่นคง ช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่นและความวิตกกังวลในระยะคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีดังนี้

2.1 การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความกังวล (Distraction) ได้แก่ การเพ่งจุด การสร้างจินตภาพ การสะกดจิต กิจกรรมทางศาสนา การสนทนา

2.2 การส่งเสริมด้านทัศนคติ (Effective care attitude) มี 2 วิธีคือ

2.2.1 การใช้คำพูด (Verbal expression) ได้แก่ การใช้คำพูดที่นุ่มนวล การใช้คำพูดกระตุ้น การพูดให้ความมั่นใจ

2.2.2 การใช้ภาษาท่าทาง (Nonverbal expression) ได้แก่ การให้ความสนใจ การมองสบตา ไม่รบกวนโดยจัดให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบและมีความยืดหยุ่น

2.3 การพยาบาล (Nursing presence) ได้แก่ การดูแลด้านร่างกายและอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลด้วยความเชี่ยวชาญ

2.4 การใช้อารมณ์ขันเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of humor) ได้แก่ การช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีอารมณ์ขันเกี่ยวกับการคลอด ทั้งนี้ต้องใช้อย่างเหมาะสม

2.5 การปรับความสนใจ (Refocusing) ได้แก่ การปรับกรอบแนวคิดในด้านลบมาเป็นด้านบวก

2.6 การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) ได้แก่ การสวดมนต์หรืออธิษฐาน การทำสมาธิ

2.7 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การให้กำลังใจ การยกย่องสรรเสริญ ให้ความเชื่อมั่น การอยู่เป็นเพื่อน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) เป็นการให้ข้อมูลถึงระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด พฤติกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีดังนี้

3.1 เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication techniques) ซึ่งมี 2 วิธี คือ

3.1.1 การใช้คำพูด (Verbal) ได้แก่ การใช้เทคนิคสะท้อนการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด การเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม การใช้ถ้อยคำ การเลือกใช้คำพูดที่สอดคล้องตามวัฒนธรรม

3.1.2 การใช้ภาษาท่าทาง (Nonverbal) ได้แก่ การใช้ท่าทางหรือภาษากาย การมองสบตา การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องตามวัฒนธรรม

3.2 การให้คำแนะนำ (Instruction) โดยมีการให้คำแนะนำดังนี้

3.2.1 การใช้เทคนิคการหายใจ (Breathing pattern) ได้แก่ การหายใจล้างปอด การหายใจด้วยท้อง วิธีของการหายใจ

3.2.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation techniques) ได้แก่ การผ่อนคลายด้านร่างกาย การลูบสัมผัส เป็นต้น

3.2.3 เทคนิคการเบ่งคลอด (Pushing techniques)

3.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) มี 2 ด้าน คือ

3.3.1 การปฏิบัติตามกิจวัตร (Routine) ได้แก่ การทำความสะอาดกับสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด บอกแผนการดูแล การอธิบายภาษาทางการแพทย์ และกระบวนการคลอด

3.3.2 การปฏิบัติตามขั้นตอน (Procedures) ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติตามปกติของโรงพยาบาล การใช้เครื่องติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์

3.4 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตน บอกความก้าวหน้าของการคลอด การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) เป็นการปกป้องผู้คลอด ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด มีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแทนของผู้คลอด เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดในเรื่องการคลอด และให้เกียรติ พฤติกรรมการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด มีดังนี้

4.1 การให้เกียรติ (Convey respect) ได้แก่ เคารพความเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ตัดสินใจให้เรื่องการรักษา

4.2 ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย (Ensuring security) ได้แก่ การให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึกทั้งในด้านดีและไม่ดี ดูแลให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์

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

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

4.3.2 ให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจ (Assisting with making informed choices) ได้แก่ การอธิบายถึงความเสี่ยงและผลดีของการคลอด พร้อมทั้งประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ

4.3.3 การวางแผนการคลอด (Birth planning) ได้แก่ การให้การดูแลผู้คลอดทั้งในด้านคำพูดและการกระทำ เป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการวางแผนการคลอด

4.4 การแก้ไขเรื่องความขัดแย้ง (Conflict resolution) ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมแก้ปัญหากันถ้ามีสิ่งมารบกวน

4.5 การดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ (Partner care) ได้แก่ เป็นตัวแทนของผู้คลอด ดูแลจัดลำดับความต้องการของผู้คลอด ให้เกียรติผู้คลอดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด

แหล่งของการสนับสนุนในระยะคลอด

แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด ส่วนใหญ่มีการศึกษาจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และเรียกผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีนักวิชาการได้ศึกษาแหล่งสนับสนุนในระยะคลอดซึ่งสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

บราวน์ (Brown, 1986) กล่าวว่า โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพหรือสังคมอื่นๆ

นิโคลและฮูมินิช (Nichols & Huminich, 1988) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้คลอดประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. สามีและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้คลอดมากที่สุด และถือว่าเป็นอันดับแรกของเครือข่ายทางสังคม เมื่อผู้คลอดมีปัญหาที่จะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บิดา ผู้คลอด เป็นต้น ดังนั้นในครอบครัวจึงเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและสามี ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้คลอดพึงพอใจและต้องการมากที่สุด

2. ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับรองลงมาของผู้คลอด ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและสามีหรือสมาชิกในครอบครัวไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจเนื่องมาจากความขัดแย้งหรือมีความเห็นไม่ตรงกัน กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้คลอดเพื่อรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดต่อไป

3. สมาชิกในชุมชน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับสาม ผู้คลอดอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี สมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องและเพื่อนๆ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการปรึกษาเกี่ยวกับความเชื่อในด้านสุขภาพ ตลอดจนแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอันดับสุดท้าย ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือในด้านสุขภาพจากบุคคลในระดับนี้ และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

ซิมกิน (Simkin, 2002) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนในระยะคลอดออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ที่รับจ้างดูแล (Doula) เป็นบุคคลที่ได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในทุกๆ ระยะของการคลอดมาก่อน สามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

2. สามี เป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดกับผู้คลอด และผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในกลุ่มนี้ เพื่อเป็นกำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนในการคลอดบุตร

3. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ อาจเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์หรือแพทย์ เป็นต้น

4. ญาติหรือเพื่อน ผู้คลอดสามารถเลือกบุคคลที่ผู้คลอดคิดว่ามีความสัมพันธ์และสามารถอยู่กับผู้คลอดได้ตลอดเวลา สามารถให้ความอบอุ่น ผ่อนคลาย และช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลในระยะคลอดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลในห้องคลอดเป็นแหล่งของการสนับสนุนในระยะคลอดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้คลอด และสามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาให้สามารถผ่านกระบวนการคลอดที่ปลอดภัย และช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้

ผลของการโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลของผู้คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พยาบาลซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มสังคมทฤษฎี โดยเป็นกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือด้านสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญ ที่จะสามารถให้การดูแล และช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความอบอุ่น ผ่อนคลาย และช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลในระยะคลอดลงได้ ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การส่งเสริมด้านทัศนคติ โดยการใช้คำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดที่นุ่มนวล ไพเราะ การใช้คำพูดกระตุ้น การพูดให้ความมั่นใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และการใช้ภาษาท่าทาง ได้แก่ การให้ความสนใจ การมองสบตา ไม่รบกวนโดยจัดให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบและมีความยืดหยุ่น มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือแสดงความเห็นอกเห็นใจ

1.2 การพยาบาล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความน่าเชื่อถือ

1.3 การรับฟังปัญหาและอยู่เป็นเพื่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่า จากการศึกษาของ ฮอฟไมเยอร์, นิโคเดิม, โวล์แมน, ชาล์มเมอร์ และคราเมอร์ (Hofmeyr, Nikodem, Wolman, Chalmers & Kramer, 1991) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและการให้นมแม่ โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโคโรเนชั่น ประเทศแอฟริกาใต้ จำนวน 189 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย และกลุ่มควบคุม 97

ราย ในการศึกษาวิจัยได้ทำการวัดปัจจัยด้านจิตใจได้แก่ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ การศึกษาของ แลงเกอร์, แคมเพโร, การ์เซีย และเรย์โนโซ (Langer, Campero, Garcia & Reynoso, 1998) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนด้านจิตสังคมในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเม็กซิโก จำนวน 724 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 ราย และกลุ่มควบคุม 363 ราย โดยวัดความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดทันที พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล และ การศึกษาของ โซเพีย ชูวาลและคณะ (2009) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่มีญาติเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอดกับกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีญาติเฝ้า ในผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 114 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 ราย และกลุ่มควบคุม 57 ราย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้คลอดที่มีญาติเฝ้าน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีญาติเฝ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการศึกษาของ สุวีรัตน์ ธาราศักดิ์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาลที่สนับสนุนการเผชิญความเครียดกับความวิตกกังวลของผู้คลอด โดยศึกษาผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด ภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังคลอด จำนวน 300 ราย ที่หอสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า การพยาบาลที่สนับสนุนการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ผกผันกับความวิตกกังวลของผู้คลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาของ โวลล์แมน, ชาลาเมอร์, ฮอฟไมเยอร์ และนิโคเดิร์ม (Wolman, Chalamers, Hofmeyr & Nikoderm, 1993) ได้ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่แอฟริกาใต้ โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 189 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย และกลุ่มควบคุม 97 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากหญิงในชุมชนโดยการอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลาของการคลอด ซึ่งสนับสนุนใน 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และการติดต่อสื่อสาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดในวันที่ 1 และ 6 สัปดาห์หลังคลอดลดลง ($p < 0.01$) และ การศึกษาของ สก็อต , คลอส และคลอส (Scott, Klaus & Klaus, 1999) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งได้รับการเตรียมมาก่อนต่อผลลัพธ์การคลอดในระยะคลอดและหลังคลอด จำนวน 12 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง ในด้านร่างกายและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษา 8 ใน 12 เรื่อง พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดเกิดประโยชน์ในด้านจิตสังคมคือ คะแนนความวิตกกังวลในขณะ

เผชิญการคลอคลดลง เกิดความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอดในทางบวก ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และ เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและทารก

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อน ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ทั้งจากพยาบาลและเพื่อนจะช่วยให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวลในระยะคลอดได้ ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดี การให้การพยาบาลที่เชี่ยวชาญ และการอยู่เป็นเพื่อน คอยช่วยเหลือหรือให้กำลังใจน่าจะสมารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาได้

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ภาษากาย การมองสบตา

2.2 การให้คำแนะนำ โดยมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการหายใจ ได้แก่ การหายใจล้างปอด วิธีของการหายใจ เทคนิคการเบ่งคลอด

2.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร มี 2 ด้าน คือ

2.3.1 การปฏิบัติตามกิจวัตร ได้แก่ การทำความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด บอกแผนการดูแล การอธิบายภาษาทางการแพทย์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการเร่งคลอด ระยะของการคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา

2.3.2 การปฏิบัติตามขั้นตอน ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา

2.4 การเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตน บอกความก้าวหน้าของการคลอด การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจในระยะต่างๆ ของการคลอด และการเบ่งคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่อความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่า จากการศึกษาของ จุฑารัตน์ เกิดเจริญ (2547) ได้ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลจะเชิงเตา จ. จะเชิงเตา จำนวน 60 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 รายพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)) และการศึกษาของ จวี เบาทรวง (2526) ที่ได้

ศึกษาผลของการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัส มีความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาของ จุฬารัตน์ เกิดเจริญ (2547) ได้ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา จ. ฉะเชิงเทรา จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ อุษา เชื้อหอม (2534) ได้ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดระยะเวลาลคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มาคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่ผู้คลอดได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด จะช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลในระยะคลอดได้ ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องและตรงกับปัญหาของผู้คลอดน่าจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาได้

3. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 การสัมผัส ได้แก่ การนวด

3.2 การดูแลด้านสุขวิทยา ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าและเปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้คลอดเมื่อเปลี่ยนสิ่งคัดหลั่ง

3.3 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิห้องที่ 25 องศา

เซลเซียส

3.4 การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ ท่านอนตะแคงเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดบริเวณอุ้งเชิงกราน ท่านอนยกศีรษะสูง 30-45 องศา หรือ ทำตามความต้องการของผู้คลอด

3.5 การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด ได้แก่ ท่านอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้างเพื่อเบ่งคลอด

3.6 การดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการกระตุ้นให้มีการถ่ายปัสสาวะที่เตียงคลอดด้วยหมอนอนเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านร่างกายต่อความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่า จากการศึกษาของ ชาง, หวัง และเชน (Chang, Wang, & Chen, 2002) ได้ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของไต้หวัน จำนวน 60 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ($p < 0.05$) โดยร้อยละ 87 ในกลุ่มทดลอง พบว่า การนวดช่วยสนับสนุนด้านจิตใจในระหว่างคลอด และการศึกษาของ คิมเบอร์ และคณะ (Kimber, et al., 1998) ที่ศึกษาการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนวดในระยะคลอด โดยทำการสำรวจหญิงตั้งครรภ์จำนวน 230 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับว่าการนวดเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี และการศึกษาของ ฟิลด์ และคณะ (Field, et al., 1997) ที่ศึกษาแบบย้อนหลังถึงผลของการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากรายงาน 19 ฉบับ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดในระยะคลอดมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาของ อุบลรัตน์ สุทธิวนิชศักดิ์ (2551) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวลระยะเวลาของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงรอกคลอดครั้งแรก โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 70 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า การนวด การจัดทำในระยะคลอด จะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านร่างกายเพื่อให้ผู้คลอดคลายความเจ็บปวด ซึ่งมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้คลอดลดลงด้วย ดังนั้น การสนับสนุนด้านร่างกายซึ่งประกอบด้วย การนวด การดูแลด้านสุขวิทยา

การจัดทำในระยะคลอด การควบคุม ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาได้

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1 การให้เกียรติ ได้แก่ เคารพความเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ตัดสินใจให้ในเรื่องการรักษา

4.2 การให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย ได้แก่ การให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึกทั้งในด้านดีและไม่ดี ดูแลให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ สัญญาณชีพของผู้คลอดและบันทึก พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ

4.3 การยอมรับความคาดหวังของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด ได้แก่ การรับฟังความต้องการของผู้คลอด เสนอทางเลือกที่ถูกต้องและให้เวลาแก่ผู้คลอดในการตัดสินใจ การเป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผนการคลอดและความต้องการของผู้คลอด

4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

4.5 การติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดของผู้คลอดกับสมาชิกครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของของการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดต่อความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่า จากการศึกษาของ ชญาสินี บุญพงษ์มณี และคณะ (2548) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด โดยเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด

เพชรบุรี จำนวน 22 คน โดยการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และผลลัพธ์การคลอด ประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดที่ประกอบด้วย การให้เกียรติ การดูแลผู้คลอดให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ การรับฟังความต้องการของผู้คลอด และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และการติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดของผู้คลอดกับสมาชิกครอบครัวน่าจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาได้

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การให้ยาเร่งคลอดทำให้ผู้คลอดมีระดับของความเจ็บปวดจากการคลอดเพิ่มขึ้นจากการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ เนื่องจากการใช้ยาเร่งคลอดเป็นการเสริมการหดตัวของมดลูก และทำให้ผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ ความเจ็บปวดที่มากขึ้นทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และกลัวมากขึ้นตามไปด้วย จึงเกิดเป็นวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในระยะคลอดจากพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลืออื่นๆทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การนวด การจัดทำนอน การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ การช่วยเหลือสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดนั้น สามารถลดความวิตกกังวลในผู้คลอดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน โดยใช้การสนับสนุนในระยะคลอด ตามแนวคิดการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้คลอดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอดแล้ว ยังส่งผลที่ดีต่อผลลัพธ์ทางการคลอดทั้งมารดาและทารกต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่ห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีอายุเท่ากับ 18 ปี หรือมากกว่า
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกอยู่ในท่าปกติ
3. มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
4. ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร เมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา
5. ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินหลังจากได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำหรือถุงน้ำคร่ำแตกเองโดยไม่มีฉีเทาปน
6. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้
7. มีสถานภาพสมรสคู่

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

มีภาวะการผิดปกติส่วนระหว่างทารกกับเชิงกรานของมารดา (CPD) หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

1. ผู้คลอดได้รับการตัดสินใจให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด
2. ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) ซึ่งมีอาการและอาการแสดง ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ มีชีพจรเต้นออกมากับน้ำคร่ำในทารกที่มีศีรษะเป็นส่วนนำ มีการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารก เช่น การเต้นของหัวใจของทารกผิดปกติหลังจากมดลูกคลายตัว (Late deceleration) หรือมีการเต้นของหัวใจทารกช้ากว่า 120 ครั้ง/นาที หรือเร็วกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ
3. ทารกมีความพิการตั้งแต่แรกเกิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ไม่มีกะโหลกศีรษะ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเรื่อง ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นหญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ซึ่งการพยาบาลสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นผู้แทนผู้คลอด และผลลัพธ์การคลอด ประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวดชนิดการคลอด ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดมาคำนวณขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรของ Glass (1976) ดังนี้

$$d = \frac{X_E - X_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.10 (Faul, Erdfelder & Buchner, 2007) ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ย โดยกำหนดค่า Alpha=0.05, Power = 0.8 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 2.65 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ และมีการทดสอบแบบทางเดียวได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน ซึ่งได้จับคู่ตามตัวแปรควบคุมในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การได้รับยาบรรเทาปวด

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการผู้คลอดทั้งที่ฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ โดยจะรับผู้คลอดที่ครรภ์ครบกำหนดเพื่อคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีการยับยั้งการคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่แท้งบุตร ห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีมีเตียงรอคลอดจำนวน 8 เตียง มีเตียงคลอด จำนวน 7 เตียง มีห้องคลอดติดเชื้อจำนวน 1 เตียง และมีห้องทารกแรกเกิดซึ่งมีจำนวนเตียง 5 เตียง สำหรับจำนวนพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีจำนวน 14 คน โดยมีการจัดเวรให้มีพยาบาลเวรเช้าจำนวน 7 คน ส่วนเวรบ่ายและเวรดึกจะมีพยาบาลจำนวนเวรละ 3 คน ซึ่งถ้ามีจำนวนผู้คลอดมากอาจทำให้สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้คลอดยังไม่เหมาะสม และอาจทำให้การบริการยังไม่เป็นแบบองค์รวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่

1. โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามลำดับกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1.1.1 การส่งเสริมด้านทัศนคติ โดยการใช้คำพูด ได้แก่ การใช้คำพูดที่นุ่มนวล ไพเราะ การใช้คำพูดกระตุ้น การพูดให้ความมั่นใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และการใช้ภาษาท่าทาง ได้แก่ การให้ความสนใจ การมองสบตา ไม่รบกวนโดยจัดให้มีบรรยากาศที่เงียบสงบและมีความยืดหยุ่น มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือแสดงความเห็นอกเห็นใจ

1.1.2 การพยาบาล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความน่าเชื่อถือ

1.1.3 การรับฟังปัญหาและอยู่เป็นเพื่อน

1.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1.2.1 การใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ภาษากาย การมองสบตา

1.2.2 การให้คำแนะนำ โดยมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การใช้เทคนิคการหายใจ ได้แก่ การหายใจล้างปอด วิธีของการหายใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ เทคนิคการเบ่งคลอด

1.2.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร มี 2 ด้าน คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกิจวัตร ได้แก่ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด บอกแผนการดูแล การอธิบายภาษาทางการแพทย์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการเร่งคลอด ระยะของการคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวด

โดยไม่ใช้ยาและใช้ยา 2) การปฏิบัติตามขั้นตอน ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา

1.2.4 การเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตน บอกความก้าวหน้าของการคลอด การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจในระยะต่างๆ ของการคลอด และการเบ่งคลอด

1.3 การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ประกอบด้วย
กิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1.3.1 การสัมผัส ได้แก่ การนวด

1.3.2 การดูแลด้านสุขวิทยา ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าและเปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้คลอดเมื่อเปื้อนสิ่งคัดหลั่ง

1.3.3 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิห้องที่ 25 องศาเซลเซียส

1.3.4 การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ ทำนอนตะแคงเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำนอนยกศีรษะสูง 30-45 องศา หรือ ทำตามความต้องการของผู้คลอด

1.3.5 การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด ได้แก่ ทำนอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้างเพื่อเบ่งคลอด

1.3.6 การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการกระตุ้นให้มีการถ่ายปัสสาวะที่เตียงคลอดด้วยหมอนอนเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง

1.4 การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1.4.1 การให้เกียรติ ได้แก่ เคารพความเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ตัดสินใจให้ในเรื่องการรักษา

1.4.2 การให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย ได้แก่ การให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึกทั้งในด้านดีและไม่ดี ดูแลให้มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ สัญญาณชีพของผู้คลอดและบันทึก พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ

1.4.3 การยอมรับความคาดหวังของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด ได้แก่ การรับฟังความต้องการของผู้คลอด เสนอทางเลือกที่ถูกต้องและใช้เวลาแก่ผู้คลอดในการตัดสินใจ การเป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผนการคลอดและความต้องการของผู้คลอด

1.4.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

1.4.5 การติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดของผู้คลอดกับสมาชิกครอบครัว

2. คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่มีเนื้อหาประกอบด้วย ระยะของการคลอด ทำในระยะคลอด การเร่งคลอดด้วยยา การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด และเทคนิคการหายใจ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด เป็นแบบบันทึกข้อมูลด้านประชากรของผู้คลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ ชนิดของการแตกของถุงน้ำคร่ำ เวลาที่ได้รับยาเร่งคลอด เวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด คะแนนแอฟการซ์ของทารกแรกเกิด น้ำหนักของทารกแรกเกิด ระยะเวลาการคลอด

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ จวี เบาทรวง (2526) เพื่อวัดความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับยาเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน มีจำนวน 22 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 11 ข้อ คือ ข้อ 1 2 3 9 10 11 16 17 18 21 22 และเป็นคำถามทางลบ 11 ข้อ คือ ข้อ 4 5 6 7 8 12 13 14 15 19 20แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงลักษณะคำตอบจากเดิมโดยตัดลักษณะคำตอบ “ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบปานกลาง” ออก และเพิ่ม “ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด” เข้ามาแทน ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้ จึงมีดังนี้

ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบในขณะนี้เลย

ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย

ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นกับข้อความเชิงบวกหรือเชิงลบดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย	4	1
ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย	3	2
ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก	2	3
ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด	1	4

แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมต่ำสุด 22 คะแนน และสูงสุด 88 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มีความวิตกกังวลมาก และคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มีความวิตกกังวลน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง

1. โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหัวหน้าห้องคลอด 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษาและการจัดลำดับของเนื้อหา แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอดของ ณวี เบาทรวง (2526) และผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องคลอด 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของ

เนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษาและการจัดลำดับของเนื้อหา แล้วปรับปรุงแก้ไขลักษณะคำตอบของแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ฉวี เบาทรวง (2526) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ได้นำไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.86 นอกจากนี้ จุฑารัตน์ เกิดเจริญ (2547) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้นำแบบสอบถามความวิตกกังวลชุดนี้ไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยสัมภาษณ์ความรู้สึกย้อนหลังในช่วงเวลาที่ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร และนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงโดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.91 และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาคือ ทุกวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ ในเวลา 08.00-16.00 น.
2. หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องคลอดของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยให้พยาบาลประจำการเป็นผู้ขออนุญาตผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ผู้วิจัยเข้าพบ

4. เมื่อผู้คลอดยินดีให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ ถ้าผู้คลอดไม่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและเข้าพบผู้คลอดรายอื่นต่อไป

5. ดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวนแล้วจึงดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลองตามขั้นตอนจนเสร็จสิ้นดังนี้

การดำเนินการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มควบคุม

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้คลอดที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบันทึกรหัสเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือเชิญเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสาร ทั้งนี้ตามความสมัครใจของหญิงตั้งครรภ์
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของผู้คลอดจากแฟ้มประวัติโดยขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน
5. ผู้วิจัยให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที
6. ผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามปกติของห้องคลอดโดยพยาบาลประจำการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดได้รับการดูแล ดังนี้

การเตรียมความสะอาดเพื่อรอคลอด การฟังและบันทึกเสียงการเต้นของหัวใจของทารก ทุก 30 นาที ตรวจภายในช่องคลอดและตรวจการหดตัวของมดลูกเพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง ดูแลเรื่องการให้ออกซิโทซินตามแผนการรักษา ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าให้ผู้คลอดเมื่อเป็นสิ่งที่ควร

ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดได้รับการดูแล ดังนี้

ฟังเสียงการเต้นของหัวใจของทารก และบันทึกการหดตัวของมดลูก
ทุก 15 นาที สอนเบ่งคลอดและท่าคลอดทารก

ระยะที่ 3 ของการคลอด ผู้คลอดได้รับการดูแล ดังนี้

ทำคลอดรก ตรวจและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตอาการและอาการ
แสดงของการตกเลือดหลังคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอด ผู้คลอดได้รับการดูแล ดังนี้

ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยการให้ทารกได้ดูดนม
แม่ ดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและเครื่องดื่มอย่างเพียงพอ ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้คลอด ให้สะอาด

7. หลังจากสิ้นสุดกระบวนการคลอด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดจากแฟ้ม
ประวัติของผู้คลอด และก่อนย้ายออกจากห้องคลอดให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล
ครั้งที่ 2 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กลุ่มทดลอง

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-5 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้วิจัย ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยให้การพยาบาลในระยะแฝงและระยะ
เร่ง ดังนี้

2.1.1 ระยะแฝง (Latent phase) ผู้วิจัยจะให้การดูแลโดย
ใช้โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยดำเนินการ โดยใช้เวลา
ประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทางที่เป็นกันเอง แนะนำตนเอง ยิ้ม
แย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อยู่เป็นเพื่อน พุดคุย
ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ยอมรับพฤติกรรมของ

ผู้คลอด ให้กำลังใจ มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือ และไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่ายผู้คลอด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้ผู้คลอดใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับระยะของการคลอด ทำใน ระยะคลอด การเร่งคลอด การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด เทคนิคการหายใจในระยะคลอด และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ผู้คลอดจะได้รับจากผู้วิจัยในแต่ละระยะของการคลอด ดังนี้

ก. ระยะของการคลอด ประกอบด้วยระยะของการคลอด 4 ระยะ

ข. ทำในระยะคลอด ประกอบด้วย ท่าที่เหมาะสมในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด

ค. การเร่งคลอด ประกอบด้วย การให้ยาออกซิโทซิน ร่วมกับสารละลายทางหลอดเลือดดำ เพื่อเร่งให้มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้นและนานขึ้น ผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ถี่มากหรือตลอดเวลา

ง. การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด ประกอบด้วย การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์แบบใช้ยาและ แบบไม่ใช้ยา

จ. เทคนิคการหายใจ ประกอบด้วย เทคนิคการหายใจใน ระยะแฝง ระยะเร่ง และระยะเบ่ง

ฉ. กิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ผู้คลอดจะได้รับจากผู้วิจัย ในแต่ละระยะของการคลอด ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การตรวจการหดตัวของ มดลูกและฟังเสียงหัวใจของทารกทุก 30 นาที การตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดขยายของปาก มดลูกทุก 2 ชั่วโมง การกระตุ้นให้ผู้คลอดปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง การอยู่เป็นเพื่อนโดยผู้วิจัย การตอบ ข้อสงสัยต่างๆ และการนวดผ่อนคลายให้กับผู้คลอดเป็นระยะๆ ขณะที่ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์

ระยะที่ 2 ของการคลอด ได้แก่ การตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจของทารก การจัดทำผู้คลอดเพื่อเตรียมตัวเบ่งคลอด การสอนเบ่งเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งการตัดฝีเย็บ

ระยะที่ 3 ของการคลอด ได้แก่ การปฏิบัติตนขณะที่พยายามทำคลอดรก

ระยะที่ 4 ของการคลอด ได้แก่ การปฏิบัติตนในขณะซ่อมแซมฝีเย็บ การสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

ทั้งนี้ในขณะทำการสอนผู้วิจัยมอบคู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน แก่กลุ่มทดลองเพื่ออ่านประกอบด้วย

3) การสนับสนุนด้านร่างกาย ผู้วิจัยมีการดำเนินการให้การพยาบาลประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย และปากฟัน การตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจของทารก การตรวจภายใน การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะเป็นระยะ การจัดทำนอนที่เหมาะสม การนวดเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด การกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดช้า เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การประสานติดต่อแพทย์และพยาบาลประจำห้องคลอดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด อาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ และอธิบายให้ญาติทราบเป็นระยะ การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และให้กำลังใจถ้าผู้คลอดรู้สึกท้อแท้ การบันทึกการหดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ การบันทึกสัญญาณชีพของผู้คลอด และการดูแลเรื่องการให้ออกซิโทซิน

2.1.2 ระยะเร่ง (Active phase) ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้คลอดครรภ์แรกมีปากมดลูกเปิด 4-10 เซนติเมตร ผู้วิจัยให้การดูแลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย และปากฟัน การจัดท่านอนให้ผู้คลอดผ่อนคลาย การนวดเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การให้ความเป็นกันเอง การพยาบาลด้วยความการอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอด สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอด ให้กำลังใจ มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือ ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่ายผู้คลอด

3) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การประสานติดต่อแพทย์และพยาบาลประจำห้องคลอดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด อาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ และอธิบายให้ญาติทราบเป็นระยะ การเสริม สร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และให้กำลังใจถ้าผู้คลอดรู้สึกท้อแท้ การบันทึกการหดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ การบันทึกสัญญาณชีพของผู้คลอด และการดูแลเรื่องการให้ออกซิโทซิน

2.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้วิจัยให้การพยาบาลดังนี้

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การกระตุ้นให้แบ่งคลอดอย่างถูกวิธี

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอด สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และปลอบโยนให้กำลังใจเมื่อผู้คลอด ไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้

3) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหดตัวของมดลูก และการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ การดูแลเรื่องการให้ออกซิโทซิน

4) การสนับสนุนด้านร่างกาย ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าของผู้คลอดถ้ามีเหงื่อออก การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าแบ่งคลอด

2.3 ระยะที่ 3 ของการคลอด ผู้วิจัยให้การพยาบาลเฉพาะด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่ทำคลอด

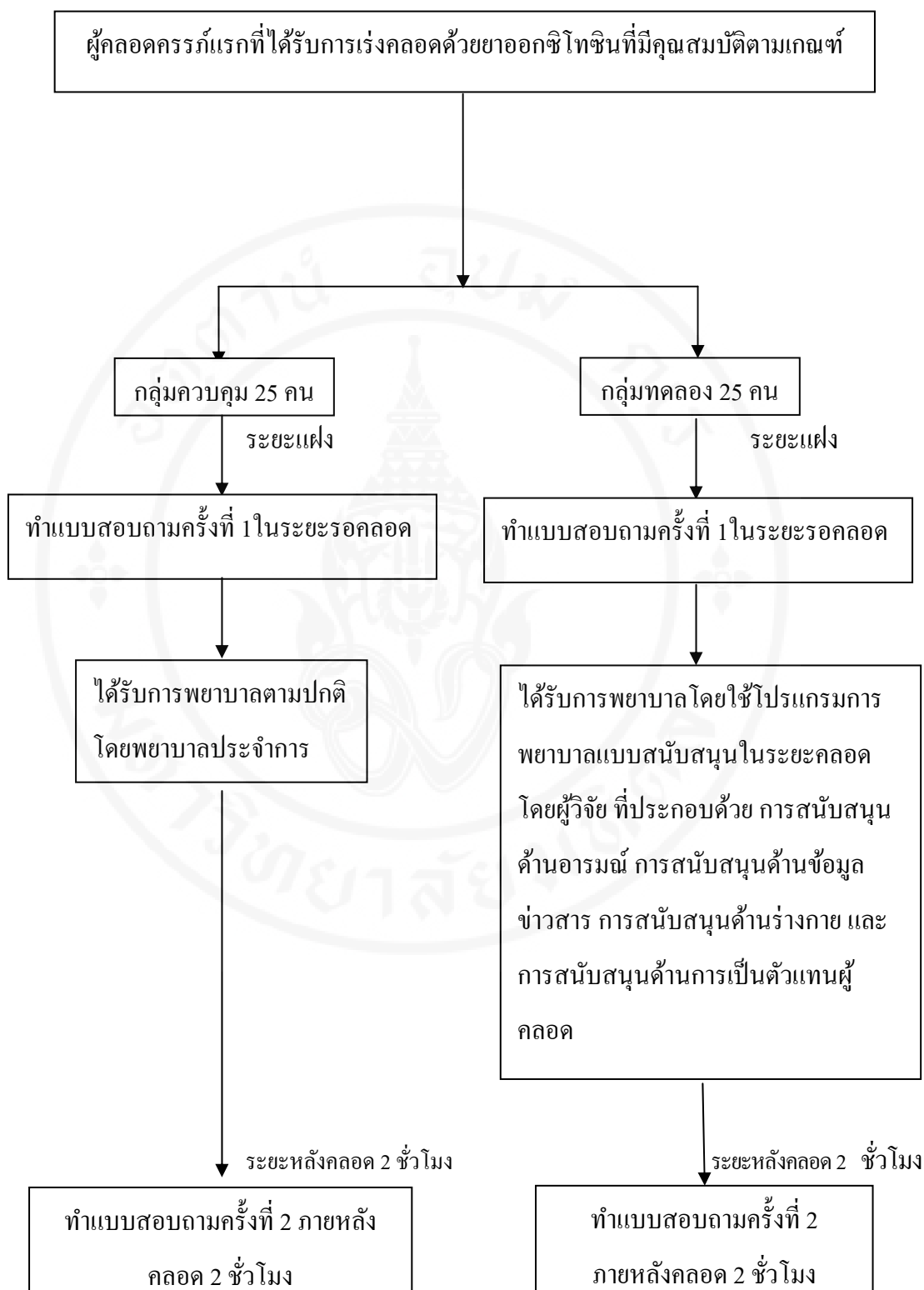
2.4 ระยะที่ 4 ของการคลอด ผู้วิจัยให้การพยาบาล ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่การดูแลให้ผู้คลอดได้รับอาหารและเครื่องดื่มอย่างเพียงพอ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้คลอด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การจัดผู้คลอดเพื่อการซ่อมแซมฝีเย็บ การแนะนำให้ผู้คลอดคลึงมดลูกและให้ผู้คลอดสังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด และอาการผิดปกติ

3) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ผู้วิจัยดำเนินการ ได้แก่ การประสานงานญาติเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดและทารกแรกเกิด

3. ให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 2 ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ซึ่งขั้นตอนการวิจัยสรุปได้ ดังแผนภูมิที่ 3.1



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการขออนุญาตการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ IRB-NS2012/13.0603) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆกับผู้เข้าร่วมวิจัยในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตั้งค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)
3. ทดสอบการกระจายของคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายแบบปกติจึงใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะลดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่มาคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 50 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและภายหลังการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	χ^2	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
อายุ (ปี)			5.98*	0.05
≤ 19	3(12)	6(24)		
20-29	13(52)	17(68)		
≥ 30	9(36)	2(8)		
	Min-Max =18-36	Min-Max=18-36		
	Mean= 27.48 (S.D=5.66)	Mean= 23.80 (S.D=4.75)		
ระดับการศึกษา			0.59	0.70
มัธยมศึกษา	10(40)	15(60)		
อนุปริญญาและ ปริญญาตรี	15(60)	10(40)		
ลักษณะครอบครัว			0.00	1.00
ครอบครัวเดี่ยว	10(40)	10(40)		
ครอบครัวขยาย	15(60)	15(60)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)			1.47	0.36
≤ 15,000	15(60)	19(76)		
15,001 - 20,000	10(40)	6(24)		

* = ฟิชเชอร์ เอคแซค เทสต์ (Fisher's exact test)

1.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ที่มาคลอดโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุเฉลี่ย 27.48 ปี (S.D=5.66) และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 68 มีอายุเฉลี่ย 23.80 ปี (S.D=4.75) ในกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และ คิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากรด้านระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบข้อมูลอายุ โดยใช้สถิติ ฟิชเชอร์ เอกแซก เทส (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	χ^2	p
ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ชนิดการแตกของถุงน้ำคร่ำ			0.11	0.73
แตกเอง	5(20)	6(24)		
เจาะถุงน้ำคร่ำ	20(80)	19(76)		
การได้รับยาบรรเทาปวด			0.13*	0.71
ไม่ได้รับ	4(16)	4(16)		
ได้รับ	21(84)	21(84)		
ชนิดของการคลอด			0.09	0.75
คลอดปกติ	17(68)	18(72)		
คลอดโดยใช้เครื่องดูด	8(32)	7(28)		
สุญญากาศ				
ระยะเวลาการคลอด (ชั่วโมง)			0.39	0.75
≤ 12	17(68)	19(76)		
>12	8(32)	6(24)		
	Min-Max=7-15, Mean=11.28 (S.D=2.17)	Min-Max=7-15, Mean=11.12 (S.D=2.06)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)			2.03*	0.36
2,500-3,000	8(32)	12(48)		
3,001-3,500	14(56)	9(36)		
3,501-4,000	3(12)	4(16)		
	Min-Max=2,580-3,840	Min-Max=2,570-3,710		
	Mean=3,122(S.D=356.76)	Mean=3,156 (S.D=291.59)		
คะแนนเอพการ์				
นาที่ที่ 1 = 9 คะแนน	25(100)	25(100)		
นาที่ที่ 5 = 10 คะแนน	25(100)	25(100)		

* = ฟิชเชอร์ เอคแซค เทสต์ (Fisher's exact test)

1.2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวด ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มมีการคลอดปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 72 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,001-3,500 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 แต่ในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาที่ 1 ได้ 9 คะแนน และคะแนนแอฟการ์นาที่ 5 ได้ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ด้านชนิดของการแตกของถุงน้ำคร่ำ และชนิดของการคลอด ระยะเวลาการคลอดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเปรียบเทียบข้อมูลด้าน น้ำหนักทารก การได้รับยาบรรเทาปวด โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอกแซคเทส (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ก่อนการทดลอง	53.08 (7.54) Min-Max=30 -70	50.32 (6.64) Min-Max=39 -60	1.37	0.50
ภายหลังการทดลอง	36.24 (5.07) Min-Max= 22-50	42.40 (7.99) Min-Max= 29-57	3.25	0.007 ^{**}

^{**}
 $p < 0.01$

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.08 คะแนน (S.D. =7.54) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.32 คะแนน (S.D. =6.64) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

คะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.24 คะแนน (S.D. =5.07) และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.40 คะแนน (S.D. =7.99) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$)

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะตลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มากลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 50 คน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะตลอดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะตลอด มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4.3) ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดมักมีความกลัว ความวิตกกังวลเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้คลอด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลและการที่ผู้คลอดต้องถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยเพื่อนอนพักในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่แปลกใหม่ การที่ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ทำให้รู้สึกขาดที่พึ่งและเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นตลอดจนกิจกรรมการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดที่ผู้คลอดไม่คุ้นเคย การเผชิญเหตุการณ์ในระยะคลอดที่ต่างไปจากความคาดหวังซึ่งผู้คลอดอาจเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดจากการบอกเล่าของผู้อื่น หรือจากสื่อต่างๆ จึงอาจมีความหวังเกี่ยวกับการคลอดไว้ล่วงหน้าตามที่ได้รับรู้มา การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้คลอดบางรายอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องจากบุคคลอื่น การแปลความหมายจากท่าทางหรือคำพูดของเจ้าหน้าที่ไม่ถูกต้อง ทำให้รับรู้ว่าเป็นตนเองหรือทารกในครรภ์อยู่ในอันตราย หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนั้นความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์

คลอดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยายมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลตามมาได้ (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

การที่ผู้คลอดได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินซึ่งมีผลทำให้มดลูกมีการหดตัวที่รุนแรงขึ้นและถี่ขึ้น ทำให้ผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ ความเจ็บปวดที่มากกว่าธรรมชาตินี้อาจส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน อาจทำให้ผู้คลอดรู้สึกกลัวตนเองและทารกในครรภ์อาจเป็นอันตรายในช่วงเวลานั้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกตึงเครียด ตกใจ กลัว กับการคลอดที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ซึ่งถ้าในระยะคลอด ผู้คลอดมีความวิตกกังวลมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด รวมทั้งทารกในครรภ์ได้ (Bonica, 2010) พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้คลอดมากที่สุดและถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้คลอดส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือในด้านสุขภาพและต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีความสามารถเข้าใจถึงปัญหา และมีบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด เพื่อช่วยให้ผู้คลอด เกิดความสบายใจ ไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกทอดทิ้ง และสามารถคลายความวิตกกังวลในระยะคลอดลงได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยใช้กรอบแนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยที่พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ช่วยส่งเสริมความสบายใจและความก้าวหน้าของการคลอดให้กับผู้คลอด ให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย (Physical labor support) และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) โดยที่ผู้วิจัยได้มีการจัดลำดับการสนับสนุนในระยะคลอดตามสถานการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระยะคลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการช่วยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่นและความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยในระยะคลอดผู้คลอดประมาณร้อยละ 70 ที่มีความกลัวในการคลอด จะมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอด (Teshome, Abdella & Kumbi, 2007) ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่

สนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าทางที่เป็นกันเอง แนะนำตนเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ สัมผัสมือและปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อลดความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอด พุดคุย ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้คลอดและอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้ผู้คลอดไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหรือถูกทอดทิ้ง กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในตนเองในเรื่องการปฏิบัติตนในระยะคลอด ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่ายผู้คลอด ให้การพยาบาลอย่างคล่องแคล่ว เหมาะสมเพื่อให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล และลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอร์ฟเมเยอร์ และคณะ (Hofmeyr, et al., 1991) ซึ่งได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและการให้นมแม่ โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดโรงพยาบาลโคโรเนชั่น ประเทศแอฟริกาใต้ จำนวน 189 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 คน และกลุ่มควบคุม 97 คน ในการศึกษาวิจัยได้ทำการวัดปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้คลอด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด แนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การนอนในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวทำให้ศีรษะของอุ้งเชิงกรานอยู่ในมุมที่เหมาะสม ส่งเสริมการหดตัวของมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มการเคลื่อนตัวของทารกในครรภ์ และทำนอนตะแคง โดยที่ผู้คลอดสามารถนอนตะแคงได้ทั้งข้างซ้ายและข้างขวาตามต้องการ ซึ่งจะช่วยลดการกดเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (inferior vena cava) และเส้นเลือดเอออร์ตา (aorta) บริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์มากขึ้นป้องกันการขาดออกซิเจนของทารกและยังสามารถลดอาการปวดหลังและความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการรักษามากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บปวดและการรักษาลดลงได้ นอกจากนั้นการให้ความรู้และสอนสาธิตในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจ ซึ่งเมื่อผู้คลอดมีความเข้าใจและสามารถใช้เทคนิคการหายใจในระยะคลอดได้ จะ

ช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดเมื่อมีการหดตัวของมดลูกที่แรงและถี่ขึ้นเรื่อยๆ เมื่อความเจ็บปวดลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลง ซึ่งเป็นไปตามวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) การที่ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด และแผนการรักษามากขึ้น อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวลดลง และคลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ให้คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ดังกล่าวข้างต้นไว้กับผู้คลอดเพื่ออ่านทบทวนด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดได้ทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่สอนมากขึ้น มีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้คลอดลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ จวี เบาทรวง (2526) ที่ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและร่วมกับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สำหรับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การสนับสนุนด้านร่างกาย เป็นการเพิ่มความสุขสบายเมื่อผู้คลอดเข้าสู่กระบวนการคลอด และเพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน เสื้อผ้า การขับถ่าย สิ่งแวดล้อมและการควบคุมอุณหภูมิในห้องคลอด ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกายให้ผู้คลอด เนื่องจากเมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ มักจะมีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ทำให้ผู้คลอดไม่สบาย ผู้วิจัยได้ใช้ผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำเช็ดเหงื่อตามร่างกายให้ผู้คลอด เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้คลอดให้สะอาดเมื่อมีสิ่งคัดหลั่งเปื้อนเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดของปากฟัน โดยให้ผู้คลอดบ้วนปาก เนื่องจากการดื่มน้ำและอาหารทำให้ปากและคอแห้ง ถ้าริมฝีปากปากแห้งมีการทรมานฝีปากด้วยกลีเซอริน ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้คลอดมีความสุขสบายและเกิดความพึงพอใจ ดูแลเรื่องการขับถ่าย ปัสสาวะเป็นระยะ หรือทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางความก้าวหน้าของการ

คลอด การควบคุมอุณหภูมิห้องที่ 25 องศาเซลเซียส ให้อุณหภูมิห้องคงที่เพื่อให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย มีการนวดผู้คลอดทุก 4 ชั่วโมงและกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติเองเมื่อต้องการ เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดขณะที่มีการหดตัวของมดลูก เพื่อช่วยผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์และอาการปวดหลัง ซึ่งการนวดจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยการสัมผัสผ่านผิวหนังและไปกระตุ้นการทำงานของ เซลล์ จี เซลล์ (SG cell) ให้ไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ ทำให้ไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองจึงปิดประตูความเจ็บปวด (Horgas & Yoon, 2008) และเมื่อความเจ็บปวดลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลงตามวงจร ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาง และคณะ (Chang, et al., 2002) ที่ได้ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของไต้หวัน จำนวน 60 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร โดยร้อยละ 87 ในกลุ่มทดลอง พบว่า การนวดช่วยสนับสนุนด้านจิตใจในระหว่างคลอดได้ดี และจากการศึกษาแบบย้อนหลังอย่างเป็นระบบของฟิลด์ และคณะ (Field, et al., 1997) ที่ศึกษาแบบย้อนหลังถึงผลของการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากรายงาน 19 ฉบับ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดในระยะคลอดมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้ การลดความเจ็บปวดด้วยการนวดก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้คลอดบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ได้ทั้งหมด เนื่องจากการศึกษาพบว่ามีผู้คลอดส่วนใหญ่ยังคงได้รับยาฉีดบรรเทาปวดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาฉีดบรรเทาปวด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับยาเร่งคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าการคลอดตามธรรมชาติ จึงทำให้ผู้คลอดไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ ทำให้ต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด เป็นการปกป้องผู้คลอด ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด มีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแทนของผู้คลอด เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดในเรื่องการคลอด ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินความผิดปกติ ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการดูแล

การให้ยาออกซิโทซินที่ใช้ในการเร่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและรู้สึกรู้ว่าตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย การประสานติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติของผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดคลายความกลัวและความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิน บุญพงษ์มณี และคณะ (2548) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด โดยเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกรู้ว่ามีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด โดยศึกษาหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มควบคุม 46 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน โดยการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย, การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และผลลัพธ์การคลอด ประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และ การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินมีความวิตกกังวลในระยะคลอดลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi , 2008) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลมีคุณสมบัติเฉพาะสามารถให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งมีผลต่อความสบายของผู้คลอด ความก้าวหน้าของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด เพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด รวมทั้งช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่น และความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง(The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่มาคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 50 คน โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้คลอด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ เอกแซค เทส (Fisher's Exact test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุเฉลี่ย 27.48 ปี (S.D=5.66) และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 68 มี

อายุเฉลี่ย 23.80 ปี (S.D.=4.75) ในกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และ คิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากรด้านระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบข้อมูลอายุ โดยใช้สถิติ ฟิชเชอร์ เอกแซค เทส (Fisher's exact test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$)

2. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวด ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มมีการคลอดปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 72 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,001-3,500 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 แต่ในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาทิจี 1 ได้ 9 คะแนน และคะแนนแอฟการ์นาทิจี 5 ได้ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ด้านชนิดของการแตกของถุงน้ำคร่ำ และชนิดของการคลอด ระยะเวลาการคลอดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเปรียบเทียบข้อมูลด้าน น้ำหนักทารก การได้รับยาบรรเทาปวด โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอกแซค เทส (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

3. ผลของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา พบว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.08 คะแนน (S.D. =7.54) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.32 คะแนน (S.D. =6.64) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

เฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$)

คะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.24 คะแนน (S.D. =5.07) และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.40 คะแนน (S.D. =7.99) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในห้องคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดไปจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานและเป็นการพยาบาลผู้คลอดในห้องคลอดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
2. ควรมีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดและแจกคู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดให้ผู้คลอดได้ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติในไตรมาสสุดท้ายของการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด

ด้านบริหาร

นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาล สำหรับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดให้มีการนิเทศ อบรมพยาบาลประจำการในห้องคลอดและนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกงานในห้องคลอดให้มีความเข้าใจและสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ด้านการวิจัย

นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการพยาบาลที่จะค้นคว้า ศึกษาวิจัยในประชากรอื่นๆ เช่น การลดความวิตกกังวลในระยะคลอดในผู้คลอดวัยรุ่น ผู้คลอดครรภ์หลัง ผู้คลอดที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ หรือทารกตายในครรภ์ เป็นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรที่เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. การที่ผู้คลอดได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินทำให้มีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ จึงอาจทำให้ไม่สามารถรับรู้คำแนะนำจากผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

AN EFFECT OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN PRIMIPAROUS PARTURIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION

ณัฏฐิรา วินิจจชัย 5236535 NSAM/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร พย.ด., ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ประ.ด. (การพยาบาล), วรรณ พาทูวัฒนกร, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

การเร่งคลอดเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์หลังจากที่มีการเจ็บครรภ์จริงตามธรรมชาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้มดลูกมีการหดตัวที่สม่ำเสมอ ทำให้ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงและศีรษะของทารกมีการเคลื่อนต่ำลงตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น (สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) และทำให้การคลอดสิ้นสุดลงได้เร็วกว่าการคลอดเองตามธรรมชาติ โดยทั่วไปสูติแพทย์จะพิจารณาเร่งคลอดในผู้คลอดแต่ละรายโดยคำนึงถึงข้อบ่งชี้ของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งการเร่งคลอด มี 2 วิธี ได้แก่ การเร่งคลอดโดยหัตถการและการเร่งคลอดโดยการให้ยา สำหรับการเร่งคลอดโดยการให้ยา ซึ่งมีข้อดีคือ ทำให้ระยะแฝง (latent phase) สั้นลง (สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, 2552) มีผลข้างเคียงน้อย เป็นวิธีที่สะดวกและประสบความสำเร็จมาก สามารถวางแผนการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดและคาดคะเนระยะเวลาการคลอดได้ และถ้ามดลูกมีการหดตัวถี่หรือรุนแรงเกินไปก็สามารถแก้ไขได้ง่ายโดยการหยุดให้ยาเท่านั้น ซึ่งยาที่นิยมใช้ในการเร่งคลอดคือ ออกซิโทซิน เนื่องจากออกซิโทซิน มีระยะเวลาครึ่งชีวิตค่อนข้างสั้น ดังนั้นภาวะนี้จะหายไปเองภายหลังหยุดให้ออกซิโทซิน (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และบุญเลิศ วิริยะภาค, 2553)

การให้ยาเร่งคลอดแม้จะมีข้อดีดังกล่าวแต่ก็มีข้อเสียที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ อันตรายต่อผู้คลอด คือ จะทำให้ผู้คลอดมีระดับของความเจ็บปวดจากการคลอดเพิ่มขึ้นจากการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ เนื่องจากยาออกฤทธิ์ส่งเสริมการหดตัวของ

มดลูก ทำให้มดลูกมีการหดตัวที่แรงขึ้นและถี่ขึ้น (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค, 2553) อาจทำให้เกิดภาวะมดลูกแตก ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้การที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดมากขึ้นจะทำให้ทั้งผู้คลอดและมดลูกมีความเหนื่อยล้า และมีออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกลดลง (จุฬารัตน์ พรไชสง, 2548; มานพ เลิศสาครศิริ, 2549; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2004; Khunpradit, 2004) สำหรับผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia) โดยถ้ามารดาได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ทารกที่คลอดออกมามีโอกาสเกิดภาวะตัวเหลือง เนื่องจากออกซิโทซิน มีผลทำให้เม็ดเลือดแดงของทารกแตกได้ง่าย (Salah, Bothaina, Dalai, & Sayed, 2010) นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ (Khunpradit, 2004; มานพ เลิศสาครศิริ, 2549; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2004) ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลศูนย์สระบุรีมีการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ประมาณร้อยละ 80 ของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด (ห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี, 2552)

การให้ยาเร่งคลอดนอกจากจะส่งผลด้านร่างกายดังกล่าวแล้วยังอาจส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน การที่ผู้คลอดต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลตามลำพัง ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่แปลกใหม่ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ การที่ผู้คลอดต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยทำให้รู้สึกขาดที่พึ่ง การได้ยินการสนทนาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยศัพท์ทางวิชาการ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดจากการบอกเล่าของผู้อื่นหรือจากสื่อต่างๆ ทำให้ผู้คลอดมีความคาดหวังไว้วางหน้า แต่ถ้าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น ผู้คลอดอาจมีความหวังว่า การเจ็บครรภ์คลอดจะเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ถ้าได้รับยาเร่งคลอดอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือเข้าใจไม่กระจ่างชัดทำให้ผู้คลอดตีความหมายของกิจกรรมที่เป็นปกติในระยะคลอดว่าเป็นสิ่งที่อันตราย จึงอาจทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (สุกัญญา ปรีชญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

ความวิตกกังวลในระยะคลอดเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้คลอด เมื่ออยู่ในสถานการณ์ได้รับยาเร่งคลอดที่ทำให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น ความวิตกกังวลในระยะคลอด เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดรวมทั้งทารกในครรภ์ ซึ่งผลกระทบต่อผู้คลอดมีดังนี้ (Bonica, 2010) 1) ระบบต่อมไร้ท่อ อาการเจ็บครรภ์รุนแรงและมีความวิตกกังวลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) จะทำให้มีการเพิ่มของฮอร์โมนเอพิเนฟริน (epinephrine) และฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) สูงขึ้นในกระแสเลือด ทำให้ความแรงและความถี่ของการหดตัว

ของมดลูกลดลง และมีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดนานขึ้น 2) ระบบเมตาบอลิซึม (metabolic system) อาการเจ็บครรภ์และความวิตกกังวลในระยะคลอด จะเพิ่มการทำงานของเมตาบอลิซึมและการใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อผู้คลอดหายใจเร็วขึ้นจะเกิดภาวะระบบหายใจเป็นด่าง จึงส่งผลให้ไตขับไบคาร์บอเนตออกมากขึ้นเพื่อชดเชยการที่ระบบหายใจเป็นด่าง และมีผลต่อกระเพาะอาหาร โดยจะมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น และการทำงานของกระเพาะอาหารและกระเพาะปัสสาวะลดลง และจากการที่ร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตลดลง ทำให้เกิดภาวะเมตาบอลิซึมเป็นกรด ซึ่งจะส่งผลต่อการถ่ายเทของออกซิเจนจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ด้วย 3) ด้านจิตใจ ถ้าผู้คลอดมีความวิตกกังวลในระยะคลอดในระดับรุนแรง จะส่งผลทำให้เกิดการควบคุมตนเองได้ไม่ดี และทำให้ความสนใจและการเรียนรู้ลดลงได้ นอกจากนั้นอาการเจ็บครรภ์รุนแรงที่เกิดจากการใช้ยาเร่งคลอด ทำให้มีผลต่ออารมณ์และสุขภาพจิตของผู้คลอด และมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วงสองวันแรกของการคลอด 4) ผลต่อทารกในครรภ์ การแลกเปลี่ยนออกซิเจนของทารกในครรภ์ที่อินเตอร์วิลลัส สเปซ (intervillous space) จะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะกรดในร่างกาย ซึ่งการที่ออกซิเจนลดลงและคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกในครรภ์

อดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบาย ความก้าวหน้าของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด และให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ซึ่งจากการศึกษาของอาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หึงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โดยใช้การสนับสนุนในระยะคลอดที่ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยใช้แนวคิดของอดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอดตามลำดับ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด เพื่อใช้ในการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด จะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอดให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่ง

คลอดด้วยยาออกซิโทซินได้ อีกทั้งยังนำผลที่ได้จากการศึกษามาวางแผนพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้คลอดกลุ่มอื่นๆเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอด ครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนในระยะคลอดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่ง อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทที่จะช่วยส่งเสริมความสุขสบาย ความก้าวหน้า ของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด และให้การพยาบาลเพื่อลดความ เจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน ทางด้านร่างกาย (Physical labor support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) การ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน ผู้คลอด (Advocacy labor support) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด การจัดทำในระยะที่ 2 ของการคลอด การใช้ความเย็นและความร้อนการดูแลด้านสุข วิทยา การบำบัดด้วยน้ำ การดูแลกระเพาะปัสสาวะ การดูแลเรื่องอาหาร และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การส่งเสริมด้านทัศนคติ การพยาบาล การใช้อารมณ์ขันเพื่อการบำบัด การปรับความสนใจ การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ได้แก่ การให้เกียรติ ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย ขอมรับความคาดหวังของมารดาที่มีต่อการคลอด การแก้ไขเรื่องความขัดแย้ง และการดูแลโดยผู้ช่วยเหลือ

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยนำมาจัดทำเป็น โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน โดยจัดกิจกรรมตามลำดับ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนดังกล่าวจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups) โดยทำการศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2555 ถึง ธันวาคม 2555

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi, 2008) มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนที่จัดขึ้นตามลำดับกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ได้แก่ การให้ความเป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพให้ผู้คลอดมีความไว้วางใจ ให้การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความน่าเชื่อถือ และความนุ่มนวล มีท่าทางกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือแสดงความเห็นอกเห็นใจ พุดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้มองตา พุดคุยและสัมผัสมือให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และอยู่เป็นเพื่อน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational labor support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด การใช้เทคนิคการหายใจ และแผนการรักษา การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และใช้ยา การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจในระยะต่างๆของการคลอด

3. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ได้แก่ การนวด การดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าและเปลี่ยนผ้าปูเตียงให้ผู้คลอดเมื่อเปลี่ยนสิ่งคัดหลั่ง การควบคุมสิ่งแวดล้อม การแนะนำท่าในระลอกที่ 1 และการจัดทำในระลอกที่ 2 ของการคลอด การดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

4. ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ข้อมูลการคลอดของผู้คลอดกับสมาชิกครอบครัว การประสานติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอดเกี่ยวกับความต้องการของผู้คลอด ให้ความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกและการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ สัญญาณชีพของผู้คลอดพร้อมทั้งแจ้งให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ การดูแลให้ยาออกซิโทซินอย่างมีประสิทธิภาพและการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามคำแนะนำ รับฟังความต้องการของผู้คลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดบอกถึงความต้องการ ความกลัว ความวิตกกังวลของตนเอง

ความวิตกกังวลในระยะคลอด หมายถึง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้คลอดครรภ์แรก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการได้รับการเร่งคลอดด้วยยาซึ่งทำให้มีความเจ็บปวดมากกว่า

การเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ และยังไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ว่าการคลอดจะเป็นอย่างไร ทำให้ผู้คลอดรู้สึกตึงเครียด ตกใจ กลัว ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอด ของ จวี เบาทรวง (2526) ซึ่งมีทั้งหมด 22 ข้อ โดยที่คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินมีความวิตกกังวลในระยะคลอดมาก คะแนนร่น้อย หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินมีความวิตกกังวลในระยะคลลดน้อย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลในห้องคลอดจัดกระทำให้กับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินทุกราย ได้แก่ การเตรียมความสะอาดเพื่อรอคลอด การวัดสัญญาณชีพ การฟังเสียงการเต้นหัวใจของทารก การตรวจการหดตัวของมดลูก การตรวจภายในช่องคลอด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนผ้าปูเตียงและเสื้อผ้าให้ผู้คลอดเมื่อเปลี่ยนสิ่งคัดหลั่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่มาคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน **เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย** คือ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกอยู่ในท่าปกติ มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร เมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินหลังจากได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำหรือถุงน้ำคร่ำแตกเองโดยไม่มีจี้เทปปนสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ มีสถานภาพสมรสคู่ **เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย** ได้แก่ มีภาวะการผิดปกติส่วนระหว่างทารกกับเชิงกรานของมารดา (CPD) หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง **เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย** ได้แก่ ผู้คลอดได้รับการตัดสินใจให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) ซึ่งมีอาการและอาการแสดง ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ มีจี้เทปปนออกมากับน้ำคร่ำ มีการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารก เช่น การเต้นของหัวใจของทารกผิดปกติหลังจากมดลูกคลายตัว (Late deceleration) หรือมีการเต้นของหัวใจทารกช้ากว่า 120 ครั้ง/นาที หรือเร็วกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ ทารกมีความพิการตั้งแต่แรกเกิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ไม่มีกะโหลกศีรษะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด
2. คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอดของผู้คลอด
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้คลอด ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด ของ นวี เบาทรวง (2526) ซึ่งมีจำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้ นวี เบาทรวง ได้คำนวณ หาความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.86 และผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้ขออนุญาตการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ IRB-NS2012/13.0603) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจ ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับเช่นกัน และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคนของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

เมื่อก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมอ่านเอกสารพิกัดศัพท์และ ลงนามในเอกสาร จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ทดลองทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติของห้องคลอดโดยพยาบาลประจำการ หลังจากสิ้นสุดกระบวนการคลอด ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 2 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มควบคุมจากแฟ้มประวัติโดยขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เมื่อก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองอ่านเอกสารพิกัดศัพท์และ ลงนามในเอกสาร จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ทดลองทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนใน ระยะคลอด ตั้งแต่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินและสิ้น สุดโปรแกรมเมื่อครบ 2 ชั่วโมง หลังคลอด หลังจากสิ้นสุดกระบวนการคลอด ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 2 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองจากแฟ้มประวัติโดยขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ เอกแซค เทส (Fisher's exact test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอดโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุเฉลี่ย 27.48 ปี (S.D=5.66) และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 68 มีอายุเฉลี่ย 23.80 ปี (S.D=4.75) ในกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากรด้านการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบข้อมูลอายุ โดยใช้สถิติ ฟิชเชอร์ เอคแซก เทส (Fisher exact test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$)

2. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวด ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มมีการคลอดปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 72 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมงมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 76 ในกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,001-3,500 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 แต่ในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาทิจี 1 ได้ 9 คะแนน และคะแนนแอฟการ์นาทิจี 5 ได้ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ด้านชนิดของการแตกของถุงน้ำคร่ำ และชนิดของการคลอด ระยะเวลาการคลอดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเปรียบเทียบข้อมูลด้าน น้ำหนักทารก การได้รับยาบรรเทาปวด โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอกแซกเทส (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

3. ผลของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา พบว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.08 คะแนน (S.D. =7.54) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.32 คะแนน (S.D. =6.64) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) คะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.24 คะแนน (S.D. =5.07) และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.40 คะแนน (S.D. =7.99) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยที่ผู้วิจัยได้มีการจัดลำดับการสนับสนุนในระยะคลอดตามสถานการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระยะคลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่สนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดด้วยท่าทางที่เป็นกันเอง แนะนำตนเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ สัมผัสมือ และปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อลดความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอด พุดคุย ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ไพเราะ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้คลอดและอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้ผู้คลอดไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหรือถูกทอดทิ้ง กล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในตนเองในเรื่องการปฏิบัติตนในระยะคลอด ไม่แสดงท่าทีเบี่ยงเบนหรือหนีผู้คลอด ให้การพยาบาลอย่างคล่องแคล่วเหมาะสมเพื่อให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล และลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอฟไมเยอร์, นีโคเดิร์ม, โวลแมน, ชาล์มเมอร์ และคราเมอร์ (Hofmeyr, Nikoderm, Wolman, Chalmers & Kramer, 1991) ซึ่งได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและการให้นมแม่ โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโคโรเนชั่น ประเทศแอฟริกาใต้ จำนวน 189 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 คน และกลุ่มควบคุม 97 คน ในการศึกษาวิจัยได้ทำการวัดปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้คลอด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด แนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การนอนในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวทำให้ศีรษะของอุ้งเชิงกรานอยู่ในมุมที่เหมาะสม ส่งเสริมการหดตัวของมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์ จัดทำนอนตะแคง ผู้คลอดสามารถนอนตะแคงได้ทั้งข้างซ้ายและข้างขวาตามต้องการ ซึ่งจะช่วยลดการกดเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาว่า (inferior vena cava) และเส้นเลือดเอออร์ตา (aorta) บริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์มากขึ้นป้องกันการขาดออกซิเจนของทารกและยังสามารถลดอาการปวดหลังและความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการรักษามากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บปวดและการรักษาลดลงได้ นอกจากนั้นการให้ความรู้และสอนสาธิตในเรื่องการใช้เทคนิคการหายใจ ซึ่งเมื่อผู้คลอดมีความเข้าใจและสามารถใช้เทคนิคการหายใจในระยะคลอดได้ จะช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดเมื่อมีการหดตัวของมดลูกที่แรงและถี่ขึ้น

เรื่อยๆ เมื่อความเจ็บปวดลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลง ซึ่งเป็นไปตามวงจรความกลัว - ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) การที่ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเร่งคลอด การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ใช้เร่งคลอด ระยะของการคลอด และแผนการรักษามากขึ้น อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวลดลง และคลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ให้คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ดังกล่าวข้างต้นไว้กับผู้คลอดเพื่ออ่านทบทวนด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดได้ทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่สอนมากขึ้น มีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้คลอดลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ จวี เบาทรวง (2526) ที่ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด โดยศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และยังกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและร่วมกับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และยังกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและร่วมกับการสัมผัสมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การสนับสนุนด้านร่างกาย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกายให้ผู้คลอด โดยใช้ผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำเช็ดแห้งตามร่างกายให้ผู้คลอด เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้คลอดให้สะอาดเมื่อมีสิ่งคัดหลั่งเปื้อนเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดของปากฟัน ให้ผู้คลอดบ้วนปากเนื่องจากการงดน้ำและอาหารทำให้ปากและคอแห้ง ถ้าริมฝีปากแห้งมีการทาครีมลิปปากด้วยกลีเซอรินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้คลอดมีความสุขสบายและเกิดความพึงพอใจ ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะเป็นระยะ หรือทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอด ควบคุมอุณหภูมิห้องที่ 25 องศาเซลเซียส ให้อุณหภูมิห้องคงที่เพื่อให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย มีการนวดผู้คลอดทุก 4 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติเองเมื่อ เพื่อช่วยผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์และอาการปวดหลัง ซึ่งการนวดจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยการสัมผัสผ่านผิวหนัง และไปกระตุ้นการทำงานของ เอส จี เซลล์ (SG cell) ให้ไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ ทำให้ไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองจึงปิดประตูความเจ็บปวด (Horgas , &

Yoon, 2008) และเมื่อความเจ็บปวดลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลงตามวงจร ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) (Dick-Read, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาง, หวัง และเชน (Chang, Wang, & Chen, 2002) ที่ได้ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของไต้หวัน จำนวน 60 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติ ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการดูแลการให้ยาออกซิโทซินที่ใช้ในการเร่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ในระยะคลอด และทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและรู้สึกรู้ว่าตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย การประสานติดต่อสื่อสารข้อมูลการคลอดระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติของผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีคลายความกลัวและความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่ประกอบด้วยระยะเวลาการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด และผลลัพธ์การคลอด ซึ่งศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน โดยการสนับสนุนในระยะคลอดที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินมีความวิตกกังวลในระยะคลอดลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดของอดัม และเบียนชี (Adams & Bianchi , 2008) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลที่มีคุณสมบัติเฉพาะสามารถให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งมีผลต่อความสุขสบายของผู้คลอด ความก้าวหน้าของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการคลอดในทางที่ดีของผู้คลอด เพิ่มความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด รวมทั้งช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่น และความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในห้องคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดไปจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานและเป็นการพยาบาลผู้คลอดในห้องคลอดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
2. ควรมีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดและแจกคู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดให้ผู้คลอดได้ทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติในไตรมาสสุดท้ายของการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด

ด้านบริหาร

นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาล สำหรับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดให้มีการนิเทศ อบรมพยาบาลประจำการในห้องคลอดและนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกงานในห้องคลอดให้มีความเข้าใจและสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

ด้านการวิจัย

นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการพยาบาลที่จะค้นคว้า ศึกษาวิจัยในประชากรอื่นๆ เช่น การลดความวิตกกังวลในระยะคลอดในผู้คลอดวัยรุ่น ผู้คลอดครรภ์หลัง ผู้คลอดที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ หรือทารกตายในครรภ์ เป็นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรที่เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. การที่ผู้คลอดได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินทำให้มีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ จึงอาจทำให้ไม่สามารถรับรู้คำแนะนำจากผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้

AN EFFECTS OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN PRIMIPAROUS PATIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION

NATCHIRA WINICHAH 5236535 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: YAWALAK SERISATHIAN, D.N.S., PIYANUN LIMRUANGRONG, Ph.D. (NURSING), WANNA PHAHUWATANA KORN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Augmentations are accelerated to boost contractions for greater strength after women in childbirth have had natural contractions. The purposes are uterine contracts regulary, cervix is changing, the head of fetus is descend more quickly (Somsil Petyim, 2552) and ending birth more quickly than natural birth. Obstetricians generally consider augmentation in each mother based on indicators concerning women in childbirth and fetuses. Augmentation comprises two methods covering performance of surgical augmentation of labor and the method of medical augmentation of labor, which has advantages in order to shorten the latent phase (Somsil Petyim, 2552), has fewer side effects and this method is highly convenient and successful, obstetricians can plan care for women in childbirth in delivery rooms and estimate time of birth with ability to solve problems with excessively frequent or severe contractions by simply stopping medication administration because oxytocin has a short half-life (Prasong Tanmahasamut & Boonlert Wiriyapak, 2553). Hence, the aforementioned conditions disappear after stopping administration of oxytocin. Although medical augmentation has the aforementioned advantages, there are disadvantages with potential harm to women in childbirth and fetuses because

medications have the effect of enhancing uterine contraction intensity and frequency. Hence, women in childbirth with oxytocin have more pain woman with natural uterine contraction (Prasong Tanmahasamut & Boonlert Wiriyapak, 2010). , which may result in uterine rupture, placenta abruption and postpartum hemorrhaging. Furthermore, the fact that women in childbirth are faced with greater pain will cause both mother and fetus to become fatigued with less oxygen supply to the uterus (Jutarat Puttisong, 2005; Manop Lertsakornsiri, 2006; Attapol Kertarunsugri, 2004; Khunpradit, 2004). The effects on the fetus include neonatal hyperbilirubinemia. If women in childbirth receive oxytocin augmentation for longer than six hours, infants will usually be at risk for hyperbilirubinemia because oxytocin has the effect of leaving the fetus' red blood cells of infants susceptible to rupture (Salah, Bothaina, , Dalai, & Sayed, 2010). Furthermore, oxytocin may cause fetal distress (Khunpradit, 2004; Manop Lertsakornsiri, 2549; Attapol Kertarunsugri, 2004). In 2009, Saraburi Hospital had an oxytocin augmentation rate of approximately 80% of all women in childbirth who gave birth vaginally (Labor room in Saraburi Hospital, 2009).

In addition to physical effects, pharmacological augmentation may cause women in childbirth to have greater fear and anxiety about birth, especially in primiparous parturients. The factors causing anxiety in primiparous parturients during the birth phase consist of the fact that women in childbirth are hospitalized alone, faced with strange hospital environments in terms of staff, instruments and equipments, the fact that the women in childbirth are separated from family and familiar persons, causing feelings of deficient reliance, the fact that women in childbirth overhear conversations with technical terms among staff. Moreover, women in childbirth receive information about birth from others or various media which causes women in childbirth to have preconceived expectations whereas situations do not occur as expected. For example, women in childbirth may hope for contractions to occur naturally but may have anxiety when women in childbirth are administered augmentation medications. Furthermore, deficiently accurate knowledge or failure to clearly understand causes women in childbirth to interpret routine activities during birth as harmful, which may cause primiparous parturients to have greater fear and anxiety (Sukannya Parisantakul & Nantaporn Sansisripan, 2010).

Anxiety during birth is an emotional response of women in childbirth when they are administered augmentation medications causing greater pain. When anxiety during birth occurs, the physical and psychological impacts of women in childbirth, and fetuses, are as follows (Bonica, 2010) : 1) Endocrine System – Severe contractions and anxiety during the active phase increase epinephrine and cortisol in the bloodstream, thereby causing the severity and frequency of uterine contractions to be reduced and lengthening childbirth duration; 2) Metabolic System – Contractions and anxiety during birth will increase metabolism and oxygen consumption. When women in childbirth breathe more rapidly, respiratory alkalosis will occur and further result in the kidneys excreting more carbonates to compensate for respiratory alkalosis, which influences the stomach by increasing gastrointestinal acid secretions and inhibiting stomach and bladder function. The body's reduced carbohydrate intake will cause metabolic acidosis, which also influences oxygen transfer from mother to fetus; 3) Psychological Impacts – If women in childbirth have high anxiety during the birth phase, women in childbirth will have poor self-control, thereby reducing interest and learning. Furthermore, severe contractions from the use of augmentation medications will have impacts on the emotions and mental health of women in childbirth. Augmentation medication have negative effects on relationships between mothers and newborns during the second day postpartum and 4) Effects on Infants – Fetal oxygen exchange will be reduced at the intervillous space, thereby causing fetal distress and acidosis. Oxygen decreases and carbon dioxide increases are a significant cause of fetal mortality.

Adam and Bianci (2008) stated that nurses have roles to promote comfort, delivery progress and positive birth confrontation behaviors of women in childbirth with the provision of non-pharmacological care to relieve pain in order to help and support women in childbirth, including, physical labor support, emotional labor support, informational labor support and advocacy labor support for women in childbirth. According to the study of Athitaya Peumsuk (2007) who explored the effects of labor support by a female family members on childbirth outcomes of primigravidas by using support during birth, including, physical labor support, emotional labor support, informational labor support and advocacy labor support for

women in childbirth, the experimental group was found to have lower mean anxiety scores than the control group with statistical significance ($p < 0.05$).

From the above, the researcher was interested to prepare the nursing support program using the concept of Adam and Bianchi (2008) by preparing support activities during birth consisting of physical labor support, emotional labor support, informational labor support and advocacy labor support for women in childbirth to be used in caring for primiparous parturients augmented with oxytocin. The researcher expected the nursing support program to help reduce anxiety during birth in primiparous parturients augmented with oxytocin and the research findings will be able to be used in planning nursing practice guidelines for the care of other groups of women in childbirth to further increase effectiveness.

Research Objectives

To study an effects of the labor support program on anxiety in primiparous parturients with oxytocin augmentation.

Research Hypothesis

Primiparous parturients with oxytocin augmentation who receive the labor support program will have less anxiety than primiparous parturients with oxytocin augmentation who receive routine care only.

Conceptual Framework

In this study, the researcher used the labor support program during the childbirth practice guideline framework of Adam and Bianchi (2008) as a base for the study. Adam and Bianchi stated that nurses have key roles in providing comfort, labor and delivery progress with positive birth confrontation behaviors of women in childbirth and the provision of non-pharmacological care to reduce pain in order to support women in childbirth in the birth phase consisting of physical labor support,

emotional labor support, informational labor support and advocacy labor support for women in childbirth with the following details:

1. Physical labor support comprised environmental control, positioning in first stage and second stage of labor, application of cold and heat, hygienic care, hydrotherapy, urinary elimination, nourishment and partner care.
2. Emotional labor support consisted of distraction, effective care attitude, nursing presence, therapeutic use of humor, refocusing, spirituality, and partner care.
3. Informational labor support consisted of effective communication techniques, instruction, information, and partner care.
4. Advocacy labor support consisted of convey respect, ensuring security, acknowledging mother's expectations for labor and birth, conflict resolution, and partner care.

From the above conceptual framework , the researcher used the labor support program during the childbirth to reduce anxiety in primiparous parturients with oxytocin augmentation by preparing support activities during birth consisting of emotional labor support, informational labor support, physical labor support and advocacy labor support for women in childbirth and expected the labor support program to help reduce anxiety during birth in primiparous parturients augmented with oxytocin.

Scope of the Study

This study was a quasi-experimental study on an effects of a labor support program on anxiety in primiparous parturient with oxytocin augmentation in The Pretest-Posttest Design with Nonequivalence Groups. The research was conducted in primiparous parturients with oxytocin augmentation who came to give birth at the delivery room, Saraburi Hospital from June to December of 2012.

Definition of Variables

Labor support program means nursing activities arranged by the researcher using the labor support program using the childbirth practice guidelines of Adam and Bianchi (2008) as a base for arranging the program, which consisted of support activities prepared in the following order:

1. Emotional labor support consisted of providing familiarity, building relationships so women in childbirth have trust, providing nursing with expertise, reliability and gentleness with enthusiasm in providing support, expression of sympathy, speaking with gentle and polite tones, praising when the women in childbirth were able to practice in line with recommendations, eye contact, speaking and touching to offer encouragement, listening the problems and accompanying the women in childbirth.

2. Informational labor support consisted of provision of knowledge regarding the actions and side-effects of augmentation medications, stage of labor, and delivery progress, breathing techniques, treatment plans, non-pharmacological and pharmacological pain relief with demonstrations on the use of breathing techniques in various stages of birth.

3. Physical labor support comprised massage, maintaining physical hygiene of the oral cavity, teeth and reproductive organs, changing clothes and bed sheets when soiled, controlling the environment, recommending positions in the first stage, and the second stage of childbirth and providing care to ensure the bladder is empty.

4. Advocacy labor support comprised communicating childbirth information for the women in childbirth with family members, coordinating with delivery room staff regarding the needs of women in childbirth, assuring security, assessing and recording birth progress, uterine contractions, fetal heart rates and the vital signs of the women in childbirth together with periodic notifications for the women in childbirth, administrating oxytocin with efficiency and monitoring for potential risks for mother and fetus, empowering by praising when the women in childbirth were able to practice properly in line with recommendations, listening to the

needs of women in childbirth and encouraging the women in childbirth to express their needs, fears and anxiety.

Anxiety during childbirth means the emotional responses of primiparous parturients during pharmacological labor augmentation, which increased pain, thereby causing the women in childbirth to feel tense, frightened and anxious about inability to predict the childbirth outcome. Anxiety was assessed using the questionnaire on anxiety among women in childbirth of Chawee Baosuang (1983), which had a total score of twenty-two questions. High overall scores meant high anxiety during birth in primiparous parturients while low overall scores meant primiparous parturients had low anxiety during childbirth.

Routine Care means nursing activities prepared by midwives for all women in childbirth with oxytocin augmentation consisting of cleaning in preparation for delivery, measuring vital signs, listening fetal heartbeats, checking uterine contractions, performing vaginal examinations, cleaning the reproductive organs, changing the bed sheets and clothes for women in childbirth when they became soiled.

Research Methodology

The sample group for this study comprised fifty primiparous parturients with oxytocin augmentation who came to give birth at Saraburi Hospital, Saraburi, from June to December, 2012. The subjects were divided into an experimental group with twenty-five members and a control group with twenty-five members. **The inclusion criteria for selecting participants** consisted of women in childbirth aged eighteen years and up, singleton pregnancy, gestational ages of thirty-seven weeks and up, cervical dilation of no more than three centimeters, artificial or spontaneous rupture of membranes with no meconium stained before oxytocin augmentation at the beginning of the study, ability to read and understand Thai, and married status. **The exclusion criteria for selecting participants consisted** of cephalopelvic disproportions, pharmacological and obstetrical complications such as diabetes militus, heart disease,

hypertensive disorder, placenta previa, immunodeficiency. **The termination criteria participation consisted** of women in childbirth who had decided to give birth by caesarean section, which has signs symptoms show as follow fetal distress, meconium stained in infants who were born a head presentation, infants with abnormal heart rate (Late deceleration), fetal heart rates of less than 120 times/minute or more than 160 times/minute or irregular heartbeats and congenital anomaly, such as cleft lip, cleft palate and anencephaly.

Research Instrumentation

The instrumentation comprised the following:

1. Labor support program with emotional labor support, informational labor support, physical labor support and advocacy labor support for women in childbirth.
2. Childbirth educational handbooks for women in childbirth with oxytocin augmentation.

Data collection instruments comprised the following:

1. Personal data questionnaire and obstetrical data questionnaires.
2. Anxiety of women in childbirth questionnaires - In this study, using anxiety during birth questionnaires of Chawee Baosuang (1983), which had twenty-two items. Chawee Baosuang has had calculated for accuracy using Cronbach's Alpha Coefficient and acquired a reliability value of 0.86. The researcher had a panel of five qualified experts test for content validity and calculated accuracy using Cronbach's Alpha Coefficient, which reliability a value equal to 0.87

Protecting the Rights of the Sample Group

In this study, the researcher respected the rights of the participants by requesting permission to conduct research on human subjects from the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects, Faculty of Nursing, Mahidol

University (IRB-NS2012/13.0603), and the human research ethics committee of Saraburi Hospital. After selecting the sample group, the researcher notified the participants of the research objectives and benefits of the research. The researcher allowed the participants to decide whether to agree or refuse to participate in this study. Furthermore, if the participants wanted to cease participating in the study at any time during the course of the research, participants were able to terminate participation in the study without effects on treatment or nursing care. The participants were able to ask the researcher any questions about the study which might have arisen during the course of the research.

Data Collection

Data Collection Procedures after receiving approval to conduct the research from the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects, Faculty of Nursing, Mahidol University, and the Human Research Ethics Committee of Saraburi Hospital, were carried out by the researcher as follows:

Data Collection Procedures for the Control Group

After the control group agreed to participate in the study, the researcher had the control group read the documents on protecting the rights of the sample group and had the participants sign the documents for the consent of the control group. The researcher then interviewed the participants to obtain personal data and had the women in childbirth complete the anxiety questionnaire for the first time for a period of approximately twenty minutes. The control group received routine delivery room care only from nurses. After giving birth and before transfer from the delivery room, the researcher had the control group complete the anxiety questionnaire for the second time for a period of approximately twenty minutes and recorded the birth data of the control group from the background files with permission from the participants.

Data Collection Procedures for the Experimental Group

After the experimental group had agreed to participate in the study, the researcher had the experimental group read and sign the consent documents. The researcher then interviewed the participants to obtain personal data and had the women in childbirth complete the anxiety questionnaire for the first time for a period of approximately twenty minutes. The experimental group receiving the nursing support program from oxytocin augmentation to two hours after delivery. After giving birth and before transfer from the delivery room, the researcher had the experimental group complete the anxiety questionnaire for the second time for a period of approximately twenty minutes and recorded the childbirth data of the control group from the background files with permission from the participants.

Data Analysis

The researcher analyzed the personal data of the sample group using frequency distribution, calculation of percentage, range, mean values and standard deviation. The researcher tested the differences in the personal data and obstetric data between the control group and the experimental group by analyzing Chi-square test statistics or the Fisher's exact test statistics test and compared differences in the mean anxiety scores during childbirth between the control group and the experimental group using Independent t-test statistics.

Research Findings

1. Personal Characteristics Data for the Sample Group – For the most part, both groups were found to be aged 20-29 years with 52% of the experimental group having a mean age of 27.48 years (S.D=5.66) and 68% in the control group with a mean age of 23.80 years (S.D=4.75). Most of the experimental group graduated at the associate degree level (60%) and most of the control group graduated at the high school level (60%). Most of both groups were found to have extended families at

equal percentages of 60%. Most of both groups had mean monthly income of $\leq 15,000$ baht at 60% in the experimental group and 76% in the control group.

Comparing the sample group was categorized by population characteristics, level of education, mean monthly income and family characteristics by using Chi-square statistics, both groups were found to have differences without statistical significance. Age data was compared using the Fisher ' s exact test probability and both groups were found no different with statistical significance ($p \geq 0.05$).

2. Obstetrical Information from the sample group, most of the samples were found to have received artificial rupture of membranes at 80% in the experimental group and 76% in the control group. Most of the experimental group and the control group received pain medication at equal percentages of 84% each. Most of both groups were found to have normal labor at 68% in the experimental group and 72% in the control group. Most of both groups had child birth duration of less than or equal to twelve hours at 68% in the experimental group and 76% in the control group. Most of the experimental group had infant birth weights of 3,001-3,500 grams at 56% while most of the control group had infant birth weights of 2,500-3,000 grams at 48%. Both groups were found to have Apgar scores of nine points at the first minute and ten points at the fifth minute at an equal percentage of 100%.

When the data from the sample group was categorized by childbirth data concerning the types of membranes rupture, receipt of pain relief medication, type of birth and birth time by using Chi-square statistics, both groups were found to have differences without statistical significance. Comparison of infant birth weight data using the Fisher ' s exact test found both groups to have differences without statistical significance. ($p > 0.05$).

3. Pre- and Posttest Anxiety Scores for the Sample Group – According to the findings, the mean pre-test anxiety scores before experiments equaled 53.08 points (S.D. =7.54) in the experimental group and 50.32 points (S.D. =6.64) in the control group. And when the mean pre-test scores were compared between both

groups by using Independent t-test, the mean anxiety scores of both groups were found to be different with no statistical significance ($p > 0.05$).

The mean post-test anxiety scores after experiments equaled 36.24 points (S.D. =5.07) in the experimental group who received the labor support program and 42.40 points (S.D. =7.99) in the control group who received routine nursing care only. When the two groups were compared in terms of mean posttest scores by using Independent t-test, the findings showed the mean posttest anxiety scores to be lower in the experimental group than in the control group with statistical significance ($p = 0.007$).

Discussion of the Findings

The study found the primiparous parturients with oxytocin augmentation who received the nursing support program during labor and delivery to have less anxiety than the women in childbirth who received routine nursing care with statistical significance ($p = 0.007$), which supported the research hypothesis and can be explained as follows: In this study, the researcher arranged a nursing support program for use during labor and delivery comprising emotional, news, information, physical and advocacy support whereby the researcher organized the nursing support during labor and delivery in line with the situations faced by the women in childbirth according to the following details:

Emotional labor Support – The researcher arranged the following emotional support activities: building relationships with the women in childbirth with friendly gestures, introductions, brightening and smiling face administering nursing care with a soft touch in order to gain the trust of the women in childbirth with hand contact, comfort and encouragement to minimize the fears and anxiety of the women in childbirth, speaking in soft, soothing tones, listening to the women's problems and needs while accompanying the women to prevent feelings of loneliness, isolation or abandonment. The researcher further spoke words of praise when the women in childbirth were able to practice correctly as recommended to ensure the women in

childbirth had self-confidence in self-practice during labor and delivery, refraining from expressing and boredom with the women in childbirth and nimbly administering nursing care as suitable for instilling confidence in the expertise of the nursing practice and duties administered and minimizing anxiety during labor and delivery. The above activities concurred with the study of Hofmeyr, Nikodem, Wolman, Chalamers, & Kramer. (1991) who studied the effects of support during childbirth by accompanying women in labor and childbirth on labor and delivery progress, satisfaction in childbirth experience and breastfeeding by studying 189 primiparous parturients who came to give birth at Coronation Hospital, South Africa, who were divided into an experimental group of 92 subjects and a control group of 97 subjects. The study involved the measurement of the following psychological factors: anxiety, pain level and satisfaction in childbirth experience within the first twenty-four hours following childbirth, finding the experimental group to lower have anxiety scores during labor than the control group with statistical significance ($p < 0.001$).

Informational Labor Support – The researcher arranged the following nursing activities: informing the women in childbirth about labor augmentation, the actions and side effects of the medication, duration of labor and delivery. The research also offered the following advice about positions during The First stage of labor: Lying with the head raised to a height of 30-45 degrees to help the muscles relax and keep the pelvis in a suitable position promoting efficient uterine contractions and increasing the descent of the fetus. The researcher also taught the women in childbirth to lie on their sides whereby the women in childbirth were permitted to lie on either the left or right side to help reduce pressure on the inferior vena cava and the aorta in the pelvic region to ensure oxygen supply for the fetus and prevent fetal distress, which can also relieve back pain and labor pain. The researcher instructed the women in childbirth about treatment plans and made sure the women gained better understanding of the labor, delivery and treatment process to ease anxiety and stress associated with pain and treatment. In addition, the researcher provided instruction and demonstrations about using breathing techniques. Once the women in childbirth had gained understanding and ability in using the breathing techniques during childbirth, they were able to relieve pain from the growing strength and frequency of

contractions. Once the pain and anxiety were reduced, which occurred as part of Fear-Tension-Pain cycle, the fact that the women in childbirth possessed greater knowledge and understanding about labor augmentation, the actions and side effects of medication used in labor augmentation, labor and delivery duration and treatment plans with ability to practice as recommended was able to reduce the fear and relieve the anxiety of the women in childbirth. Moreover, the researcher gave the women handbooks with instructions about childbirth for women with oxytocin augmentation which contained content with the above information for the women in childbirth to read and review, which would help the women in childbirth gain greater understanding about the content taught with the effect of minimizing the anxiety of the women in childbirth. The above findings concur with the study of Chawee Baosawong (1983) who investigated the effects of providing advice and samples of planned practice with touch on reducing anxiety and childbirth stress confrontation behavior by studying 120 primiparous parturients delivering by vaginal birth at Siriraj Hospital. The samples were divided into three groups with 30 subjects each as follows: Group 1 received advice about planned practice samples; Group 2 received advice about planned practice samples combined with touch and Group 3 was the group that received routine nursing care only. According to the findings, the group receiving advice and planned practice samples together with touch had lower anxiety scores than the group receiving advice and planned practice samples. Furthermore, the group receiving advice and planned practice samples and the group receiving advice and planned practice samples combined with touch had lower anxiety scores than the group receiving routine nursing care only. And the group receiving advice and planned practice samples had lower anxiety scores than the group receiving routine nursing care only with statistical significance with statistical significance ($p < 0.01$).

Physical Labor Support – The researcher arranged the following nursing activities: cleansing the bodies of the women in childbirth by using a wash cloth dipped in water and wiping the women's perspiration, changing the women's clothes when they became soiled, caring for oral and dental hygiene and having the women rinse out their mouths because abstaining from food and water leaves the mouth and throat dry, applying glycerin lip ointment to dry lips every four hours to give the

women in childbirth comfort and satisfaction, caring for urinary periodically or every two hours to ensure the bladder is empty to prevent obstruction of labor and delivery progress, controlling room temperature at 25 degrees Celsius to steadily maintain room temperature to ensure the comfort of the women in childbirth, massaging the women every four hours and prompting the women to practice massage themselves to help relieve labor and back pain. Massaging stimulates the large nerve fibers by touching the skin and triggering SG cell function to inhibit neurotransmitter function. Thus, there are no nerve waves to transmit feelings of pain to the brain, thereby closing the pain gateway (Horgas, & Yoon, 2008). As pain diminishes, anxiety also fades in the Fear-Tension-Pain cycle (Dick-Read, 1984). The above findings concur with the study of Chang, Wang, & Chen. (2002) who investigated the effects of massage on aches, pain and anxiety during childbirth by studying 60 pregnant women with normal births at a hospital in South Taiwan who were divided into experimental and control groups of 30 subjects each, finding the experimental group to have less anxiety than the control group with statistical significance ($p < 0.05$).

Advocacy Labor Support– The researcher arranged nursing activities, namely, empowerment by speaking words of praise when the women in childbirth were able to practice correctly as advised to do so, evaluating and recording vital signs for the women in childbirth every four hours in order to assess for abnormalities, evaluate the uterine contractions and fetal heart rate every thirty minutes to monitor labor and delivery progress and see that the oxytocin used for augmentation is used efficiently with monitoring of potential risks for women and the fetus during childbirth and to give the women in childbirth confidence with feelings of safety regarding mother and child. Coordinating in terms of informations between staff and relatives of the women in childbirth in order to relieve the fears and anxiety of the women in childbirth corresponded with the study of Athitaya Peumsuk (2005) who investigated the effects of childbirth support by female family members on the childbirth outcomes of primiparous paturients comprising duration, delivery time, labor anxiety, satisfaction in the childbirth experience and delivery outcome. The study was conducted in 22 primiparous paturients receiving antenatal and delivery care at Phra Chom Klao Hospital, Petchaburi, by dividing the subjects into control and

experimental groups of 11 subjects each. The support provided during delivery comprised physical, emotional, and information support with patient advocacy for the women in childbirth. According to the findings, the experimental group had lower mean anxiety scores during labor than the control group with statistical significance ($p<0.05$).

As mentioned above, it can be concluded that the nursing support program created by the researcher with nursing activities the researcher arranged for primiparous paturients with oxytocin augmentation comprising emotional labor support, informational labor support, physical labor support ,and advocacy labor support reduced anxiety for the primiparous paturients with oxytocin augmentation, which concurs with the concept of Adam and Bianchi (2008) who asserted that support during childbirth whereby qualified nurses are able to help women in childbirth, which has positive effects on the comfort of women in childbirth, childbirth progress, childbirth confrontation behavior while increasing satisfaction in the childbirth experience and helping minimize fear, apprehension and anxiety for women in childbirth.

Recommendations for Implementing the Results

Nursing Practice

1. Midwives should implement the labor support program in the arrangement of guidelines, practice and use for midwives to help relieve anxiety during childbirth among primiparous women with oxytocin augmentation.
2. Using labor support program and give childbirth educational handbooks for women in childbirth with oxytocin augmentation for understanding and practice in third trimester to help relieve anxiety during childbirth.

Service

Implement the research findings as preliminary data for presentation to executives for the improvement of nursing standards for primarous women in childbirth with oxytocin augmentation.

Education

Arrange regular nursing orientation and training in the labor and delivery roomto ensure that nursing students training in the labor and delivery roomgain understanding and ability in using the nursing support program for implementation to reduce anxiety among primiparous paturients with oxytocin augmentation.

Research

Implement the research findings as guidelines for nursing staff to other topics, such as reducing anxiety during childbirth in cases involving adolescent pregnancy, multiparous women, terminated pregnancy or death fetus in utero.

Research Limitations

1. This study use purposive sampling sampling no random sampling. Therefore, limitations might be encountered in terms of using the research findings in reference to primiparous paturients with oxytocin augmentation only.
2. That paturients with oxytocin augmentation, women in childbirth have more pain than they would have naturally, may not be receive advice from the researcher, which affect to research.

บรรณานุกรม

- กอบจิตต์ ติมปพยอม และกระเมียร ปัญญาคำเลิศ. (2538). *สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติ ศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 48-59.*
- จตุพล ศรีสมบุญ. (2535). *สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์ 511-518.*
- จินดาวรรณ บั้งเที่ยง. (2549). *ความต้องการการดูแลและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการในระยะคลอดของผู้คลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2(2), 1-12.*
- จิราพร วรวงศ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2 : ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด., 2-12.*
- จุฑารัตน์ เกิดเจริญ. (2547). *ผลของคนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- จำลอง ดิษขณิข และพริ้มเพรา ดิษขณิข. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ฉวี เบาทรวง. (2526). *ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2533). *ผลของการจัดทำคลอดต่อระยะเวลาการคลอด ความพึงพอใจต่อการคลอด และสภาวะของทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ชญาสิน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวล และเยาวเรศ สมทรัพย์. (2548). *ผลของการเสริมสร้างอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวด และผลลัพธ์ของการคลอด. สงขลาเวชสาร, 23(1).*

- ชาญชัย วันทนาศิริ และดวงสิทธิ์ วัฒนการาร. (2550). *สูตินรีเวชทันสมัย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ รัมภารัตน์. (2009). การศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังกับการพยาบาลที่ผู้คลอดได้รับในระยะคลอดงานห้องคลอด โรงพยาบาลระยอง. *Rayong Hospital Medical Journal*, 8(16), 1-16.
- นุชสโรช เพ็ชฌัญญ์. (2548). *ตำราวิสัญญีวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 389-417.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญทวี สุนทรถิรมศิริ. (2551). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุรยา พัฒนจินดากุล และสมศักดิ์ ไหลเวชวิทยา. (2553). *ตำราสูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ลิฟฟี่.เอ. วัง จำกัด, 105-114.
- ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ วินิต พัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. (2539). *สูติศาสตร์ รามาธิบดี 1*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด, 253-269.
- ประสงค์ ดันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค. (2553). *ตำราสูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ และ พิ.เอ. ลิฟฟี่ จำกัด, 92-104.
- ปราณี ทุ่งโพธิ์. (2552). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership, 155.
- พฤษต์ ต่ออุดม. (2546). *ตำราสูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต จำกัด, 265-278.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2544). *แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมสุขภาพจิต*.
- ปิริยา ศุภศิริ. (2546). *การพยาบาลในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.
- พุ่มพวง จิรากุล. 2539. *ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มารดาและทารกบัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานพ เลิศสารศิริ. (2549). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลลำปาง*. *ลำปางวารสาร*, 28, 1-11.
- มณี รัตนไชยานนท์. (2553). *ตำราสูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พิ.เอ. ลิฟฟี่ จำกัด, 50-58.

- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2545). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิรัชนิ สุวัฒนนานนท์. (2551). การชักนำการคลอด. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 16(2), 77-87.
- ศศิธร พุมดวง. (2005). อุปสรรคและปัญหาการคลอดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 53-59.
- ศศิธร พุมดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59-63.
- สกล มนุสสุและ ชำนาญ แท่นประเสริฐกุล. (2546). ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต จำกัด, 248-264.
- สมชัย นิรุตติศาสตร์. (2538). *สูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 263-273.
- สมภพ เรืองตระกูล (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม. (2552). การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์. *เวชบันทึกศิริราช*, 2(1), 21-30.
- สุกัญญา ปริสฺณกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา รัชกุล. (2546). *ผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอด*. กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิต คุนประดิษฐ์. (2546). ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารแพทย์เขต 8(11)*, 131-143.
- สุริรัตน์ ธาราศักดิ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาลที่สนับสนุนการเผชิญความเครียดกับความวิตกกังวลของผู้คลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถพล เกิดอรุณศรี. (2004). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์. *วชิรเวชสาร*, 48, 49-76.

- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารีรัตน์ สีกกล้า. (2551). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้คลอด. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลรัตน์ สุทธิวนิชศักดิ์. (2551). ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาของการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดของหญิงรพคลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abushaikh, & A., L. (2007). Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of transcultural nursing : Official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 18(1), 35-40.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Angela, M. (2003). Bonica's Management of Pain: 3rd edition, edited by J.D. Loeser and Associate Editors S.H. Butler, C.R. Chapman and D.C. Turk; 2001. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 109.
- Arulkumaran, S., & Symonds, I. M. (1999). Psychosocial support or active management of labour or both to improve the outcome of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 617-619.
- Ballen, L. E., & Fulcher, A. J. (2006). Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 304-311.

- Barker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labor. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492-497.
- Basbaum, A. I., & Bushnell, M. C. (2009). Science of Pain. *Psychophysics of Pain*, 1-10.
- Basson, E., Odendaal, H. J., & G., D. (2004). Oxytocin use in South Africa. *South African Medical Journal*. 94(10).
- BeaZley, J. M. (1975). Neonatal hyperbilirubinaemia following the use of oxytocin in labour. *British Medical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 82, 265-271.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & S.E., P. (2003). *Maternity nursing*. St. Louis: Mosby Year Book., 4 th ed.
- Bonica, J. J. (2010). The Management of Pain. 113 (6), 1482-1483.
- Bowers, B. B. (2002). Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 31(6), 742-752.
- Briggs, G. G., & Awan, S. R. (2006). Drug therapy during labor and delivery , part 1. *American Journal Health Syst-Pharmacy*, 63, 1038-1047.
- Brown, L. (1986). Social support during pregnancy and unidimensional or multidimensional construct ?. *Nursing Research*, 35, 4-9.
- Brown, S. T., Douglas, C., & Flood, L. P. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods Use during labor. *The Journal of Perinatal Education.*, 10(3), 1-8.
- Carter, S. K. (2009). Gender Performances During labor and birth in the midwives model of care. *Gender Issues*, 26(3), 205-223.
- Chalmers, I., Campbell, H., & Turnbull, A. C. (1975). Use of oxytocin and incidence of neonatal jaundice. *British Medical Journal* 2, 116-118.
- Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effect of massage on pain and anxiety during labour : randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68- 73.
- Chen, C. H., Wang, S. Y., & Chang, M. Y. (2001). Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A Study in Taiwan. *Birth*, 28(3), 180-185.
- Cheung, W., Ip, W. Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feeling of control during labour. *Midwifery Journal.*, 23(2), 123-130.

- Chunuan, S., Kala, S., & Kochapakdee, W. (2004). Childbirth policy in Thailand: Is it a time to change ? . *Songkla Medicine Journal.*, 22(4), 263-272.
- Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Thitimapong, S., Nangham, S., & Ongpalanupat, F. (2009). Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a Provincial Hospital, in Songkla Province, Thailand. *Thai Journal of Nursing Research.*, 13(1), 16-26.
- Clark, A. L., Affonso, D. D., & Harris, T. R. (1979). Childbearing: a nursing perspective. Philadelphia, F.A. Davis Company., 2 nd ed.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C., & Coleman, P. K. (2004). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion. *Journal of anxiety disorders.*, 19(1), 137-142.
- Cunningham. F. G, Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Labor induction: 23 rd ed. Williams Obstetrics, 500-508.
- Cunningham. F. G, Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Normal labor and delivery. :23 rd ed. Williams Obstetrics, 374-409.
- Davies, B. L., & Hodnett, E. (2002). Labor Support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(1), 48-56.
- Dencker, A., & al., e. (2009). Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolong labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 530-536.
- Dick-Read, G. (1984). Childbirth without fear. New York: Harpor & Row.
- Duff, C., & Sinclair, M. (2000). Exploring the risks associated with oxytocin of labour. *Journal of Advanced Nursing.*, 31(2), 410-417.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Taylor, S., Quintino, O., & Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 18(4), 286-291.
- Fraser, W., & al., e. (1998). Effect of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 189-194.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). Family nursing: Research, theory, & practice. New Jersey: Prentice-Hall, 5th ed.

- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Research*, 5, 3-8.
- Gorrie, T. M., Mckinney, E. S., & Murray, S. S. (1994). *Foundation of maternal newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Gregory, J. M. (1996). Teaching Lamaze childbirth techniques to undergraduate nursing students. *The Journal of Perinatal Education*, 5(4), 17-20.
- Gumlae, P. (2004). The effect of supportive nursing care and upright position during labor on labor pain, duration of labor and apgar scores of newborn in the first-time mothers. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree, Master of Nursing Science, Maternity and newborn Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Hannah, M. (1996). Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *The New England Journal of Medicine*, 334(16), 1005-1010.
- Hodnett, E. D. (1996). Nursing Support of the Laboring Woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(3), 257-264.
- Hodnett, E. D., et al. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American Hospitals. *American Medical Association*, 28(11), 1373-1381.
- Hodnett, E. D., Gate. S. , Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2011). Continuous support for woman during childbirth (review). The Cochrane Collaboration.(3).
- Hofmeyr, G., Nikodem, V., Wolman, W.L., Chalmers, B.E., & Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: Effect on progress and perceptions of labor and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 756-764.
- Holmes, J., & Magiera, L. (1987). *Maternity Nursing*. New York: Macmillan.
- Horgas, A. L., & Yoon, S. L. (2008). Pain management. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3rd ed. New York. 199-222.
- Hotelling, B., Amis, D., & Green, J. (2004). Continuous Labor Support. *Journal of Perinatal Education*, 13(2), 16-22.

- Ip, W. Y. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 265-272.
- Jennifer, M. (1999). Relaxation techniques for a lifetime of comfort. *International Journal of Childbirth Education*, 14(3), 12.
- Karami, N. K., Safarzadeh, A., & Fathizadeh, N. (2006). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome. *Iran Journal of Nursing and Modwifery Research Winter*, 12(1), 6- 9.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B. & Albers, L. L. (2001). Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetric and Gynecol.* 44(4), 692-703.
- Keenan, P. (2000). Benefits of massage therapy and use of a double during labor and childbirth. *Alternative Therapies.*, 6(1), 66-74.
- Kennell, J. e. a. (1991). Continuous emotional support during labor in a US Hospital. *Journal of the American Medical Association*, 265(17), 2197-2201.
- Kerdcharoen, J. (2004). The effect of relaxing music with breathing technique on anxiety and pain in labour. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requiremen for the Degree, Master of Nursing Science, Maternity and newborn Nursing, Facculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Khalil, K., & al., e. (2006). Labor augmaentation in an teaching hospital. *International Journal Gynaecol Obstetric*, 85(1), 74-80.
- Khunpradit, S. (2004). Risk factors for birth asphyxsia: A Case Control Study. *Journal Medical Association Thai*. 87(3), 264.
- Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *European journal of pain (London, England)*, 12(8), 961-969
- Kjaergaard, H., Foldgast, A. M., & Dykes, A. K. (2007). Experiences of non-progressive and augmented labour among nulliparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth.*, 7(15), 1- 10.
- Kruachottikul, S. (2009). The relationship between select factors, Social support, anxiety in maternal role and need of nursing support of teenage prenanacy. *International of Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science.*, 20(2), 95-96.

- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263-270.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effect of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1056- 1063.
- Lee, M. S., Pittler, M. H., & Ernst, E. (2009). Internal qigong for pain conditions: A Systematic Review. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 10(11), 1121- 1127.
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *American family physician*, 68(6), 1109-1112.
- Lothian, J. A., Amis, D., & Cremshaw, J. (2007). No Routine Interventions. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 29-34.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 16-24.
- Lurie, S. et al. (2005). Maternal mean corpuscle volume and oxytocin augmentation during vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.*, 272, 232-234.
- Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R., & Macleod, C. (1999). Effect of a female relative support in labor. *Obstetrics and Gynecology Survey.*, 54(1), 627-628.
- Mander, R. (2008). Primiparas with or without oxytocin augmentation. *Journal of Clinical Nursing.*, 16, 179-184.
- Marcy, W. (2006). We should listen to our mothers. *International Journal of Childbirth Education*, 21(3), 16.
- McDonald, J. S. (2006). Obstetricpain. *Textbook of Pain*, 7-16.
- MeriBeth, M. (2004). The value of labor support: Help for woman during childbirth: Expectant mother's guide. n.p.
- Miltner, R. S. (2000). Identifying labor support actions of intrapartum nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 29(5), 491-499.

- Miltner, R. S. (2002). More than support: Nursing interventions provided to woman in labor. *The Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 31(6), 753-761.
- Moran, A., Wahed, T., & Afsana, K. (2010). Oxytocin to augment labour during home births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.*, 117, 1608-1615.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). Processes of Birth. *Foundation of Maternal-Newborn and Woman's Health Nursing*. 5th ed., 237-359.
- Nachum, Z., et al. (2010). Comparison between amniotomy, oxytocin, or both augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized control trial. *Reproductive Biology and Endocrinology.*, 8(136), 1-8.
- Nichols, F. H. (1992). The Psychological Effects of Prepared Childbirth on Single Adolescent Mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 1(1), 41-49.
- Nichols, F. H., & Humenick, S.S. (1988). *Childbirth education : Practice, research and theory*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Oliver J, B. Maternal nurturing is dependent on her innate anxiety: The behavioral roles of brain oxytocin and vasopressin. *Hormones and Behavior*, 59(2), 202-212.
- P.E., B. (1995). The effect of Lamaze childbirth preparation on anxiety. *The Journal of Perinatal Education.*, 4(2), 15-19.
- Peplau, H. E. (1989). *Psychiatric Nurse of the Century*. Springer Publishing Company.
- Phumdoung, S. (2003). Factors related to labor pain. *Songkla Medicine Journal*.(2), 155-162.
- Phumdoung, S. (2007). The effect of PSU cat position and music on progress of labor and labor pain. *Thai Journal nursing of Research.*, 11(2), 64-80.
- Pilevarzadeh, M., Salari, S., & Shafiei, N. (2002). Effect of massage on reducing pain and anxiety during labour. *Journal of Reproduction & Infertility.*, 3(4).
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and Child health nursing: Case of the childbearing and childbearing family*. New York: J.B. Lippincott., 2nd ed.
- Read, A. M., Frank, C., & Paul, R. H. (1981). Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: A preliminary report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.*, 139(6), 669-672.

- Salah, A. H. , Bothaina, A. E. D., Dalai, A. P. & Sayed, A. N. (2010). Neonatal Hyperbilirubinemia in Oxytocin Augmented Labour. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 11(1), 69-73.
- Sanya, A. O., & Adebiyi, A. M. (2000). Effect of controlled breathing on pain tolerance. *African Journal of Biomedical Research*, 3, 81-84.
- Sauls, D. J. (2006). Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 36-41.
- Schaefer, C., C., C. J., & Lazarus, R., S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*., 4(4), 381-406.
- Scott, K. D., Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's health & Gender-Based Medicine* ., 8(10), 1257-1264.
- Scott M. Fishman, Jane C. Ballantyne, & Rathmall., J. P. (2010). Bonica,s Management of pain.Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Klumer business.Philadephia. (4 th edition).
- Shives, L. R. (2005). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing, 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A Guide for Busy Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732.
- Simkin, P. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labour pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*., 49(6), 489-504.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dyatocia. 2nd ,Blackwell Publishing , Oxford.
- Simkin, P. P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 131- 159.
- Sodsong, W. (2005). The effect of nursing support during labor on labor pain coping behavior and the perception of childbirth experience of first-time Mothers. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requiremen for the Degree, Master of Nursing Science, Maternity and newborn Nursing, Facculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D. Spielberger & Diaz- (Guerrero Eds.). Cross-cultural anxiety. Washington: Hemisphere Publishing Co., 3-12.
- Spielberger, C. D. (1977). Anxiety and behaviors. New York: Academic Press Inc. McGraw- Hill.
- Spielberger, C. D., & Diaz-Guerrero., R. (1982). Cross-cultural anxiety. New York:Hemisphere
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2005). Handbook of Psychiatric nursing, 8th ed. St. Louis : Mosby.
- Svardby, K., Nordstrom, L., & Sellstrom, E. (2006). Primiparas with or without oxytocin augmentation. *Journal of Clinical Nursing.*, 16, 179-184.
- Teshome, M., Abdella, A., & Kumbi, S. (2007). Parturients 's need of continuous labor support in labor wards. *Ethiopian Journal of Health Development* 21(1), 35-39.
- Videbeck, S. L. (2006). Psychiatric mental health nursing.Philadephia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Wolman, W. L., Chalmers, B., Hofmeyr, G. J., & Nikoderm, V. C. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(5), 1388-1393.
- Wolman, W. L., Chalamers, B.E., Hofmeyr, G. & Nikoderm, V.C., (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomize, control study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(5), 1388-1393.
- Yildirim, G., & Sahin, N. (2004). The effect of breathing and skon stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *The Journal of Canadian Pain Society*, 9(4).
- Yim, W. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. 183-187. *Journal of Clinical Nursing.*, 9(2), 265-272.



ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA No. IRB-NS2012/128.2105

Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

Title of Project: AN EFFECT OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN PRIMIPAROUS PARTURIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION

Project Number: IRB-NS2012/13.0603

Principle Investigator: Miss Natchira Winitchai

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

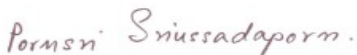
- 1) IRB-NS Submission form version received date 3 May 2012
- 2) Participant Information sheet version date 3 May 2012
- 3) Consent form version date 3 May 2012
- 4) Questionnaire version received date 3 May 2012

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 21 May 2012

Date of Expiration: 20 May 2013

Signature of Chair:


 (Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)
 Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing


 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
 Dean, Faculty of Nursing

Copyright by Mahidol University

Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University
2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ



วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รศ. ดร. ฉวี เบาทรวง

ด้วย นางสาว ณัฐจิรา วินิจนัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง (แผน ก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน” (AN EFFECT OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY IN PRIMIPAROUS PARTURIENTS WITH OXYTOCIN AUGMENTATION) โดยมี ผศ.ดร. เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้คลอด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2526 เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

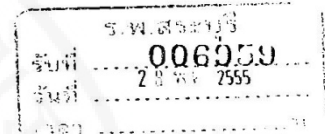
อนุศาสตราจารย์ ดร. ฉวี เบาทรวง

รศ. ดร. ฉวี เบาทรวง

(รองศาสตราจารย์. ดร. ฉวี เบาทรวง)

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสีงแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร.๐-๒๔๓๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๓๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๖๕๓

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณัฐจิรา วินิจนัย นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โดยใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Ann MC

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ณัฐจิรา วินิจนัย
นางสาวณัฐจิรา วินิจนัย
ตำแหน่งนางสาว

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร

โทรศัพท์ ๐๘๖-๕๒๔-๒๐๗๖

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด
- 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด
- 1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัย

- 2.1 โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด
- 2.2 คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ ปี

2. สถานภาพสมรส

() อยู่ร่วมกันกับสามี () แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา () ปริญญาตรี

4. ลักษณะครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย

5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

() น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน () 5,001-10,000 บาท/เดือน

() 10,001-15,000 บาท/เดือน () 15,001-20,000บาท/เดือน

() มากกว่า 20,000 บาท/เดือน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด (สำหรับผู้วิจัย)

1. อายุครรภ์ สัปดาห์

2. เริ่มเจ็บครรภ์จริง วันที่ เวลา.....น.

3. ชนิดของการแตกของถุงน้ำคร่ำ

() แตกเอง () เจาะถุงน้ำคร่ำ เวลา.....น.

4. ได้รับยาเร่งคลอด เวลา.....น.

5. ได้รับยาบรรเทาปวด เวลา.....น.

6. คะแนนแอฟการ์ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1..... นาทีที่ 5

7. รวมระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ชั่วโมง

ระยะที่ 2 ของการคลอด นาที

ระยะที่ 3 ของการคลอด นาที

8. เพศทารก น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม

1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลในระยะคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะที่ท่านพักและผ่อนคลายจากการเจ็บครรภ์ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามที่เป็จริงในขณะนี้มากที่สุด ไม่มีคำตอบใดที่จะถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกของท่าน ในแต่ละข้อขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบในขณะนี้เลย

ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย

ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก

ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

ความรู้สึก	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก ท่านเลย	ตรงกับ ความรู้สึก ท่าน เล็กน้อย	ตรงกับ ความรู้สึก ท่านมาก	ตรงกับ ความรู้สึก ท่านมาก ที่สุด
1. ฉันรู้สึกสบายใจ . . .				
22. ฉันรู้สึกหายใจได้อย่างสบาย				

2. เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัย

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด	
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอด (ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร) ที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน
สถานที่	ห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
วัตถุประสงค์	เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนแล้ว ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน 1. มีความเข้าใจในเรื่อง การคลอด การเร่งคลอดด้วยยา ทำในระยะคลอด และ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด 2. มีความวิตกกังวลในระยะคลอดลดลง
ประกอบด้วย	1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านร่างกาย 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด
ผู้ให้การพยาบาล	นางสาว ณัฐจิรา วินิจนัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยมหิดล

2.2 คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคลอดสำหรับผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอด ด้วยยาออกซิโทซิน



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผศ. ดร. ณวิวรรณ อยู่สำราญ

อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลสูติ-นรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ. กันขรัญญ์ เกษเจริญ

อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลสูติ-นรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ. วาสนา จิตติมา

อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลสูติ-นรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ. มัลลิกา สุวรรณศิริ

สูติ-นรีแพทย์ หัวหน้าแผนก สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

นาง พรรณี ไตวิริยะเวช

หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวณัฏฐิรา วินิจชัย

วัน เดือน ปีเกิด

4 ธันวาคม พ.ศ. 2517

สถานที่เกิด

จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2541-2543

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ที่อยู่ปัจจุบัน

1 หมู่ 10 ต. หนองโดน อ.หนองโดน จ.สระบุรี 18190

โทรศัพท์ 081-7343548

Email: lamudtom@gmail.com

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำห้องคลอด

โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

โทรศัพท์ 081-7343548

Email: lamudtom@gmail.com