

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามิในระยะที่ 1 ของการคลอต่อความเครียด
ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอในผู้คลอดครรภ์แรก

ศิวพร สูดเพชร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด
ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

ศิริพร สุดเพชร

นางสาวศิริพร สุดเพชร

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศิวาเน ๐๙/๕/๒๕๖๓

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

1-1-1 1-1-1

อาจารย์ชานนท์ เนืองตัน,

พ.บ., ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สิ้นสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด
ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557

.....
คำาเน อสงเอน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

อาจารย์ชานนท์ เนื่องคัน,
พ.บ., ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
พย.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

ผู้วิจัย

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา ลินสุกใส,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาวศิวพร สุดเพชร

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และอาจารย์นายแพทย์ชานนท์ เนืองตัน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สีนสุกใส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจนมีความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ หัวหน้าห้องคลอดสามัญ พยาบาลผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลศิริราช ที่อำนวยความสะดวกและเป็นกำลังใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและสามีของกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนในการศึกษาครั้งนี้จากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช สำหรับศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง

ท้ายที่สุด ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา น้องทั้งสองคน และเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนทั้งร่างกายและแรงใจ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ศิวพร สุดเพชร

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

EFFECTS OF SPOUSE SUPPORT PROGRAM DURING THE FIRST STAGE OF LABOR ON STRESS, LABOR PAIN, AND CHILDBIRTH SATISFACTION IN PRIMIPAROUS WOMEN

ศิวพร สุตะเพชร 5337328 NSAM/M

พย.ม. (การปกครองระดับชั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (NURSING), นวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D. (NURSING), ชานนท์ เนื่องตัน, พ.บ., ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเจ็บปวด แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดและความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดครั้งแรกเพื่อช่วยลดความเครียด ลดความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนโดยสามี ระยะที่ 1 ของการคลอด ความเครียด ความเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อ

การคลอด

EFFECTS OF SPOUSE SUPPORT PROGRAM DURING THE FIRST STAGE OF LABOR ON STRESS, LABOR PAIN, AND CHILDBIRTH SATISFACTION IN PRIMIPAROUS WOMEN

SIVAPORN SUDPHET 5337328 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NANTHANA THANANOWAN, Ph.D.,
CHAWEEWAN YUSAMRAN, Ph.D., CHANON NEUNGTON, M.D.

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental design. The objective of this study was to examine the effects of a spouse support program during the first stage of labor on stress, labor pain, and childbirth satisfaction in primiparous women. The sample was comprised of sixty primiparous women who received antenatal care and delivered their babies at a delivery room, Siriraj Hospital. They were equally divided into two groups: control group and experimental group (30 primiparous women per group). The participants were recruited by using purposive sampling with inclusion criteria. The control group received only routine nursing care at the antenatal care unit and delivery room. The experimental group received routine nursing care and a spouse support program at the antenatal care unit and delivery room. The instruments consisted of the : Demographic Characteristics Questionnaire, Pain Measurement Questionnaire, Pregnancy and Delivery Questionnaire, State Anxiety Inventory Form, and Labor Agency Scale. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-Square tests, and independent t-tests.

The results revealed that participants in the experimental group had mean scores of stress and labor pain significantly lower than those in the control group ($p < .001$). The participants in the experimental group had a mean score of childbirth satisfaction significantly higher than those in the control group ($p < .001$). Based on the research findings, it is recommended that nurses in antenatal care units and delivery rooms should apply the spouse support program to take care of primiparous women in order to reduce their stress, labor pain, and increase their childbirth satisfaction.

KEY WORDS: SPOUSE SUPPORT / THE FIRST STAGE OF LABOR / STRESS
/ LABOR PAIN / CHILDBIRTH SATISFACTION

139 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
ความเจ็บปวดในระยะคลอด	13
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอด	15
ผลกระทบของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด	19
ความพึงพอใจต่อการคลอด	20
วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด	21
การสนับสนุนในระยะคลอด	30
สื่อในการเตรียมผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทดลองและสามี	58
ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ทดลอง	61
เปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	63
เปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	64
เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	65
บทที่ 5 การอภิปรายผล	66
สมมุติฐานการวิจัย	66
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	71
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	72
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อจำกัดของการวิจัย	74
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	74
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	92

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	121
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	122
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	132
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	136
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล	137
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	138
ประวัติผู้วิจัย	139

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)	58
4.2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests	61
4.3	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)	62
4.4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests	63
4.5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests	64
4.6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests	65

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1	1
1.2	2
3.1	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกโดยผ่านช่องคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ มดลูก เอ็นต่างๆ ที่ยึดมดลูก ปากมดลูก (มานิ ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, 2552; สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) สาเหตุของความเจ็บปวดในระยะคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการที่มดลูกหดตัวและมีการเปิดขยายของปากมดลูก ในขณะที่มดลูกหดตัวพบว่าการไหลเวียนของเลือดไปที่มดลูกจะลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว มีการกั่งของกรดแลคติกพร้อมกับมีการยืดขยายของปากมดลูก เส้นเอ็นที่ยึดมดลูก กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน และเยื่อช่องท้องที่คลุมยอดมดลูก ทำให้เส้นประสาทเกี่ยวกับความเจ็บปวดถูกกระตุ้น (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, สักนันทะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2551) ทั้งนี้ความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการคลอดและจะรุนแรงมากที่สุดในช่วงท้ายของระยะที่หนึ่งของการคลอด เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงขึ้นและถี่ขึ้นตามลำดับ (พิริยา ศุภศรี, 2546)

ในระยะคลอด ผู้คลอดอาจเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ซึ่งความกลัวนี้อาจมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ กลัวความเจ็บปวด กลัวอันตรายจากการคลอด กลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว กลัวทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอด เป็นต้น (สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Nilsson & Lundgren, 2007) นอกจากนี้ผู้คลอดอาจเกิดความรู้สึกเครียด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (Alehagen, Wijma, Lundberg, & Wijma, 2005; Sercekus & Okumus, 2007) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความกลัวและความเครียดในระยะคลอดนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในห้องคลอด (Yuenyong, 2008) เนื่องจากการคลอดในปัจจุบันเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลมากกว่าที่บ้านเมื่อผู้คลอดถูกแยกจากครอบครัวมาอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่และไม่คุ้นเคยกับบุคลากรของโรงพยาบาลจึงทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว หวาดกลัวและส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (Essex & Pickett, 2008)

จากทฤษฎีของ Dick-Read (1984) ที่กล่าวว่า ความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดมีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ซึ่งในระยะคลอດเมื่อผู้คลอດมีความกลัวเพิ่มขึ้นจะทำให้มีความเครียดสูงและส่งผลให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น วิธีลดความเจ็บปวดในระยะคลอດจึงต้องตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดดังกล่าว โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอດ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอດ เป็นต้น (Dick-Read, 1984; Pascali-Bonaro, 2003) หากผู้คลอດมีความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวดในระยะนี้มากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอດเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คลอດจนทารกในครรภ์อีกด้วย (Morhason-Bello et al., 2008; Salomonsson, Wijma, & Alehagen, 2010) เช่น ผลกระทบทางกาย อาจทำให้ระยะเวลาของการคลอດยาวนานขึ้นหรือการคลอດดำเนินผิดปกติไปจากที่ควรจะเป็น ผู้คลอດเกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า มีอัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551; พิริยา สุขศรี, 2546; Laursen, Johansen, & Hedegaard, 2009; Trueba, Contreras, Velazco, Lara, & Martinez, 2000) ส่วนผลกระทบทางจิตใจ อาจทำให้ผู้คลอດเกิดความหวาดกลัวต่อการคลอດมากขึ้น มีทัศนคติและประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอດ (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010) ไม่พึงพอใจกับประสบการณ์การคลอດ (Oweis, 2009) มีความรู้สึกไม่มั่นคง ท้อแท้ ไม่สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดในระยะคลอດหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้ โวยวาย ก้าวร้าว เป็นต้น (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอດมักจะ ไม่พึงพอใจกับประสบการณ์ในการคลอດ ซึ่งอาจส่งผลต่อการคลอດในครั้งต่อไปได้ โดยผู้คลอດอาจมีความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอດเพิ่มขึ้น ควบคุมพฤติกรรมของตนเองไม่ได้หรืออาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นไปในทางลบ เป็นต้น (Oweis, 2009) สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์นั้นพบว่า เมื่อความเจ็บปวดในระยะคลอດรุนแรงมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตและมีผลกระตุ้นเบต้ารีเซพเตอร์ (β receptor) ของมดลูกเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว เลือดมาเลี้ยงที่บริเวณมดลูกและรกลดลงทำให้การนำออกซิเจนจากรกไปสู่ทารกลดลง ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน และหัวใจเต้นผิดปกติ ถ้าให้การช่วยเหลือล่าช้าทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้ (Campbell, Lake, Falk, & Backstrand, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอດเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้คลอດและทารกในครรภ์นั้นมีหลายวิธีทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาส่วนใหญ่มักเป็นยาที่ใช้

ระงับความรู้สึกปวดที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางและสมอง ยาในกลุ่มนี้ เช่น Pethidine มีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ คือ กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ เหงื่อออก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์อีกด้วย โดยเฉพาะผู้คลอดที่ได้รับยาภายใน 2-3 ชั่วโมงก่อนคลอด เนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้และกดการหายใจของทารกแรกเกิดจึงทำให้ทารกมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

ส่วนวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้นมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การให้การสนับสนุนในระยะคลอด การใช้น้ำบำบัด การฉีดยาน้ำกลั่นเข้าใต้ผิวหนังบริเวณหลังส่วนล่าง การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการจัดทำ การฝังเข็ม การนวด การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่ผิวหนัง การสะกดจิต การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การผ่อนคลายร่วมกับการหายใจ การใช้ความร้อนและความเย็น การกดจุด การใช้กลิ่นบำบัด และการใช้เสียงดนตรี (Simkin & Bolding, 2004) อย่างไรก็ตาม พบว่าการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ผู้ใช้จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ (เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต) ต้องใช้เวลานานในการฝึกฝนก่อนนำมาปฏิบัติจริงกับผู้คลอด (เช่น การกดจุด) หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้คลอดได้ (เช่น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่ผิวหนัง) บางวิธีต้องใช้นักสหสาขาการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการจัดทำ) หรือต้องมีอุปกรณ์ในการปฏิบัติร่วมด้วย (เช่น การใช้น้ำบำบัด การใช้ความร้อนและความเย็น) ส่วนวิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการใช้กลิ่นบำบัดและการใช้เสียงดนตรีอาจจะรบกวนผู้คลอดรายอื่นได้ ดังนั้น วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาบางชนิดจึงไม่สามารถปฏิบัติได้โดยตรง (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่ายและปลอดภัยกับผู้คลอด (Adams & Bianchi, 2008; Sleutel, 2003) นอกจากนี้ยังประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ มีผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น (Banda, Kafulafula, Nyirenda, Taulo, & Kalilani, 2010; Romano & Lothian, 2008; Ruhl et al., 2006) อาจเป็นเพราะการสนับสนุนในระยะคลอดช่วยลดความกลัวของผู้คลอด ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว จึงเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดในระยะคลอดสอดคล้องกับ Dick-Read (1984) ที่กล่าวว่าเมื่อผู้คลอดมีความกลัวลดลงก็จะทำให้มีความเครียดและความเจ็บปวดลดลงตามไปด้วย ในที่นี้พบว่า การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์สามารถช่วยลดความ

กลัวได้ดีที่สุด ในขณะที่เดียวกันผู้คลอดเองก็ต้องการการสนับสนุนด้านนี้มากที่สุดเช่นกัน (ปิยฉัตร ปธานราษฎร์, 2549)

ส่วนข้อดีของการสนับสนุนในระยะคลอดพบว่าหลายประการเช่น ผู้คลอดมีความพึงพอใจในการคลอดมากขึ้น (ศิริวรรณ ยืนยง, 2550; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti, & Neto, 2007; McGrath & Kennell, 2008) มีการรับรู้ในประสบการณ์คลอดที่ดี (บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; อัจฉรา คำแหง, พิสมัย มากักดี, ศิริวรรณ ปิยะกุลดำรง, อมรเลิศ พันธ์วัตร์ และรัชฎา วิหครัตน์, 2553; Campbell, Scott, Klaus, & Falk, 2007) มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม (วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) มีความเครียดและวิตกกังวลน้อยลง (ณัฐจิรา วินิจนัย, 2556; บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; โสเพ็ญ ชูมวล และคณะ, 2552; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) สามารถเริ่มให้นมแม่หลังคลอดเร็วขึ้น (Morhason-Bello, Adedokun, & Ojengbede, 2009; Mottl-Santiago et al., 2007) ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 เพิ่มขึ้น (Campbell et al., 2006) มารดาและทารกแรกเกิดมีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น (นภาพร มามาก, 2550) ที่สำคัญยังช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด (กนิดา คำแหง, 2547; Morhason-Bello et al., 2008) ทำให้มีการใช้ยาบรรเทาปวดลดน้อยลง (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Khresheh, 2008) ใช้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Kashanian, Javadi, & Haghighi, 2010) และลดอัตราการผ่าตัดคลอด (Morhason-Bello et al., 2008; Mottl-Santiago et al., 2007; Trueba et al., 2000) เป็นต้น

จากทฤษฎีของ Dick-Read (1984) ที่กล่าวมาข้างต้น ปรากฏว่า Dick-Read ยังไม่ได้พัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ ต่อมาจึงมีผู้คิดค้นรูปแบบเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดตามลำดับ ได้แก่ Hodnett (1996), Kayne และคณะ (2001), Simkin & Bolding (2004), Adams & Bianchi (2008) อย่างไรก็ตามพบว่า รูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดของ Kayne และคณะ (2001) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพ (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett, 1996; Simkin & Bolding, 2004) อีกทั้งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Dick-Read (1984) มากที่สุด เนื่องจากให้ความสำคัญของการสนับสนุนในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก (Kayne, Greulich, & Albers, 2001) จึงทำให้ตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ Kayne และคณะ (2001) แบ่งการสนับสนุนในระยะคลอด (Model of Support during Labor) ออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดให้เกิดความมั่นใจ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ชมเชย สบตา เป็นต้น (2) ด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด การอธิบายให้ทราบกิจกรรมในระยะคลอดและการให้คำแนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การฝึกรูปแบบการหายใจชนิดต่างๆ และการใช้เทคนิคผ่อนคลายที่ลดความเจ็บปวดในระยะ

คลอด เป็นต้น (3) ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย เช่น การนวดมือ-ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหาร-น้ำ จัดท่า ช่วยพยุงขณะเดิน ดูแลสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ การจัดท่านอน การปรับแสงสว่างและอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม เป็นต้น และ (4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด อาจทำได้โดยการเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจ ช่วยสื่อสารกับพยาบาล สูติแพทย์ และญาติ รวมทั้งช่วยในการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนในระยะคลอดมีผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้วยกันหลายกลุ่ม ได้แก่ สามี มารดา พี่สาว น้องสาว เพื่อนหญิง ญาติหญิงของผู้คลอด พยาบาลผดุงครรภ์ หรือผู้เฝ้าคลอดที่ไม่มีความรู้ด้านการพยาบาล (doula) เป็นต้น (Campbell et al., 2006; Morhason-Bello et al., 2009) ในที่นี้ พยาบาลผดุงครรภ์น่าจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่เหมาะสมมากที่สุดเพราะเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดโดยตรง แต่จากการสำรวจพบว่า ภาระงานของพยาบาลผดุงครรภ์มากกว่าร้อยละ 70 เป็นการพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบายในระยะคลอดทั่วไป การบริหารยาตามคำสั่งการรักษา การเฝ้าระวังสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ (เช่น การบันทึกการหดตัวของมดลูก การบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์) และการบันทึกเวชระเบียนต่างๆ (Ballen & Fulcher, 2006) สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มักนิยมให้ผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (doula) มาให้การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดแทนพยาบาลผดุงครรภ์แต่ก็ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Ballen & Fulcher, 2006) ส่วนการสนับสนุนในระยะคลอดจากมารดา พี่สาว น้องสาว หรือญาติหญิงของผู้คลอดอาจปฏิบัติได้ยากเนื่องจากสังคมเมืองในปัจจุบันมีการแยกครอบครัวมาอยู่ตามลำพังสามีภรรยามากขึ้น จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดมากที่สุดคือ สามี คิดเป็นร้อยละ 67.8 (ปิยฉัตร ปธานราษฎร์, 2549) ร้อยละ 47.6 (Bruggemann et al., 2007) ร้อยละ 86 (Morhason-Bello et al., 2007) และร้อยละ 65.4 (Morhason-Bello et al., 2008) อีกทั้งสามีทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด (IP, 2000; Price, Noseworthy, & Thornton, 2007) เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอด ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน และยังเป็นบิดาของทารกในครรภ์อีกด้วย สามีจึงเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากที่สุด (Oboro, Oyeniran, Akinola, & Isawumi, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดในประเทศไทยพบว่า มีจำนวน 10 เรื่อง (นวพร มามาก, 2550; ญัฏฐิรา วินิจฉัย, 2556; บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; บุญส่ง สุประดิษฐ์, 2546; ภนิกา กำแหง, 2547; วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548; ศิริวรรณ ยืนยง, 2550; โสเพ็ญ ชูवाल และคณะ, 2552; อัจฉรา กำแหง, 2553; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ซึ่งแต่ละเรื่องต่างมีข้อจำกัดของการวิจัย เช่น มีการเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในช่วงสั้นๆ ก่อนเข้าห้องคลอด

(อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) มีการใช้สื่อเพียงชนิดเดียว คือ คู่มือในการเตรียมผู้ให้การสนับสนุน โดยไม่มีการสอนสาธิต (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) การเก็บข้อมูลทำในช่วงหลังคลอดทันทีทำให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากการคลอด (นวพร มามาก, 2550) นอกจากนี้ ยังพบว่างานวิจัยบางเรื่องมีผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนแตกต่างกัน เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ (ฉัญจิรา วินิจจย์, 2556; บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; ภาณุดา กำแหง, 2547; วิภารณ์ สอดส่อง, 2548) ญาติหญิง (ศิริวรรณ ยืนยง, 2550; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) สามีหรือญาติหญิง (โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ, 2552)

ในที่นี้พบงานวิจัย 3 เรื่องที่นำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด โดยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด มีผลทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางที่ดี และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นวพร มามาก, 2550) นอกจากนี้ บุญส่ง สุประดิษฐ์ (2551) พบว่า กลุ่มมารดาครรภ์แรกและมารดาครรภ์หลังที่ได้รับการเตรียมสามีเพื่อสนับสนุนในระยะคลอด มีความพึงพอใจของสามีและภรรยา พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและคะแนน APGAR ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการศึกษาที่นำสามีมามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดพบว่า ผู้คลอดมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดไปในทางที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัจฉรา คำแหง, 2553)

แม้ว่างานวิจัยทั้ง 3 เรื่องข้างต้นจะใช้กรอบแนวคิดและแนวทางการสนับสนุนที่แตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read (1984) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และยังพบว่าแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) เป็นแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดที่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Dick-Read มากที่สุด เพราะเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พร้อมทั้งนำแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ทั้ง 4 ด้านมาสร้างเป็นโปรแกรมการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยนำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด ตามลำดับ

คำถามวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดมีผลต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

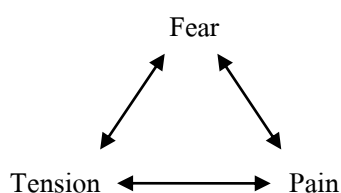
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจะมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

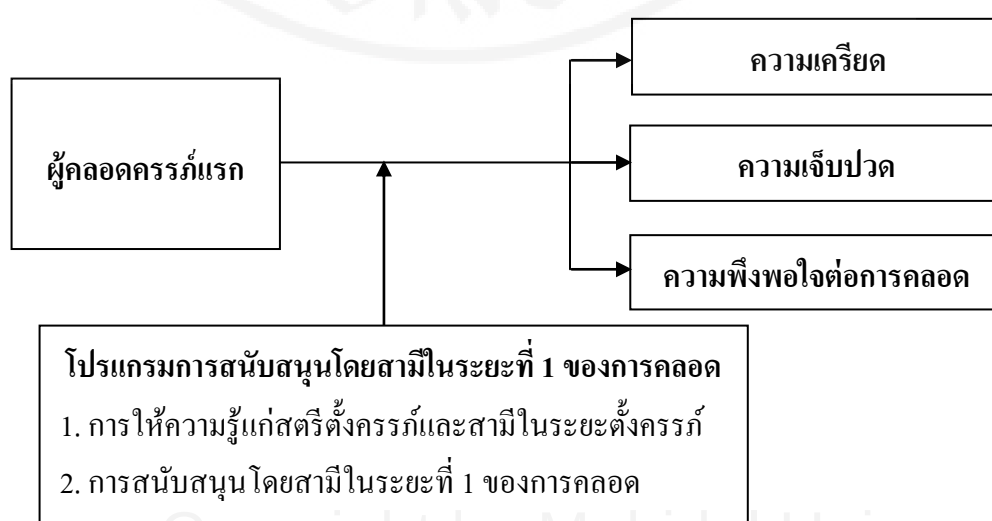
ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain theory) ของ Dick-Read (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะหลั่งสารแคทีโกลามีนเพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตของผู้คลอด ซึ่งมีผลกระตุ้นเบต้ารีเซพเตอร์ของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดมาเลี้ยงที่มดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มขึ้น เมื่อผู้คลอดมีความกลัวจะทำให้รู้สึกเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น กลไกดังกล่าวนี้เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ดังรูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle)

ความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถบรรเทาได้โดยการลดความกลัวของผู้คลอด ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดข้างต้น วิธีการลดความกลัวของผู้คลอดในระยะคลอดนี้ประกอบด้วย การให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การให้ความรู้ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด และการดูแลด้านร่างกาย (Dick-Read, 1984) ทั้งนี้ทฤษฎีของ Dick-Read ไม่ได้อธิบายรูปแบบของการสนับสนุนและการนำไปใช้กับผู้คลอดอย่างชัดเจนมากนัก ในเวลาต่อมา Kayne และคณะ (2001) ได้พัฒนารูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอด (Model of Support during Labor) โดยนำทฤษฎีของ Dick-Read มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (2) ด้านให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร (3) ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และ (4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด เพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้คลอดให้มากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดข้างต้นมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อช่วยลดความเครียดและความเจ็บปวดของผู้คลอด ในขณะเดียวกันก็เพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น ดังรูปภาพที่ 1.2



รูปภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้คลอดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2556

นิยามตัวแปร

1. โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเตรียมสามีในขณะที่ผู้คลอดมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้สามีมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้การสนับสนุนผู้คลอด การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด การช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่งคลอด) โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากรูปแบบการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลารวม 30 นาที ประกอบด้วย

- การบรรยายตามแผนการสอน โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

- การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 3 วิธี ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ ให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 1-2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

- การมอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดให้สตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนและฝึกปฏิบัติที่บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

1.2 การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นการนำสามีมาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้คลอดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ชั่วโมง จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สามีเป็นผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนในด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด กล่าวคือ ช่วยลดความกลัวในระยะคลอด เนื่องจากสามีเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอด ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน อีกทั้งเป็นบิดาของทารกในครรภ์ ในที่นี้สามีให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดตั้งแต่ผู้คลอดมีปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่งคลอด โดยใช้รูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน (Kayne et al., 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional support) โดยการอยู่เป็นเพื่อน พูดยให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ชมเชย สบตา การสัมผัส จับมือ เป็นต้น

- ด้านให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร (Advice and information) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด ซึ่งสามีเป็นผู้รับทราบข้อมูลและนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอดเป็นระยะๆ เป็นต้น

- ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย (Tangible assistance / Physical comfort measures) โดยการช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ ถูบน้ำที่อง นวด บริเวณก้นกบ แนะนำเทคนิคการหายใจ การนวดมือ-ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหาร-น้ำ จัดท่า พยุงขณะเดิน ดูแลสิ่งแวดล้อม (เช่น การจัดท่านอน การปรับแสงสว่างและอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม) เป็นต้น

- ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) โดยช่วยในการตัดสินใจหรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้คลอดรับทราบความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ

2. ความเครียด หมายถึง การตอบสนองทางความคิดและอารมณ์ของผู้คลอด เป็นภาวะที่ผู้คลอดมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย วิตกกังวล หรือมีความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น ความวิตกกังวลหรือความเครียดเพิ่มขึ้นในขณะเผชิญปัญหานั้นๆ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg, Gursuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation โดย ดาราวรรณ ติ่งปิ่นตา (2534)

3. ความเจ็บปวด หมายถึง ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายของผู้คลอดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินโดยใช้แบบวัดจำนวน 2 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ (1) Visual Rating Scales แบบวัดนี้สร้างโดย

Revil และคณะ (1976) เพื่อใช้ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวด โดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แบ่งเป็น 10 ช่องๆ ละ 1 เซนติเมตร แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 เพื่อแสดงระดับของความเจ็บปวด และ (2) Wong Baker Faces Pain Rating Scale แบบวัดนี้สร้างโดย Wong และคณะ (2001) เป็นรูปใบหน้าคนที่แสดงอารมณ์อันบ่งบอกถึงความเจ็บปวดพร้อมกับมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 ประเมินอย่างต่อเนื่องทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) เพื่อวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวดของผู้คลอด

4. ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง หรือประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้คลอดได้รับจากการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจในระยะคลอด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดของ Hodnett & Simmons-Tropea (1987) จำนวน 10 ข้อซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation โดย ศิริวรรณ ยืนยง (2550)

5. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการในหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราช โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 หน่วยฝากครรภ์

- สตรีตั้งครรภ์รับฟังการสอนสุขศึกษาจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 1 ครั้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลเต้านม การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นต้น

5.2 ห้องคลอดสามัญ

- เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (3 เซนติเมตรขึ้นไป) ให้ผู้คลอดดื่มน้ำและน้ำดื่มทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ประเมินการหดตัวของมดลูก การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ความเจ็บปวดในระยะคลอดทุก 1 ชั่วโมง และเตรียมผู้คลอดเพื่อการตรวจทางช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

- เมื่อปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) เตรียมผู้คลอดและอุปกรณ์ในการทำคลอด โดยให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่าทั้ง 2 ข้างและเริ่มเบ่งคลอด หลังจากทารกเกิดและรกคลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้คลอดจะได้รับการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บโดยสูติแพทย์ จากนั้นพยาบาลห้องคลอดจะทำการประเมินสัญญาณชีพของผู้คลอด ชวนนำทารกแรกเกิดมาดูจนแม่ประมาณ 15 นาที ผู้คลอดจะนอนพักอยู่ที่ห้องคลอดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หากไม่พบความผิดปกติใดๆ เช่น แผลฝีเย็บมีเลือดกั่ง มดลูกไม่แข็งตัว จึงย้ายผู้คลอดไปหน่วยหลังคลอด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำรูปแบบการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช
2. ด้านการวิจัย เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาในผู้คลอดกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้คลอดที่เป็นสตรีวัยรุ่น ผู้คลอดที่มีโรคแทรกซ้อนได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากบทความทางวิชาการ ตำรา และผลงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. ผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะคลอด
4. ความพึงพอใจต่อการคลอด
5. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
6. การสนับสนุนในระยะคลอด
7. ขั้นตอนการเตรียมผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูกเพื่อขับทารกในครรภ์ รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกผ่านช่องคลอดออกสู่ภายนอก โดยทั่วไปแล้วการคลอดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 36-42 สัปดาห์ มีศีรษะของทารกเป็นส่วนนำโดยหันท้ายทอยอยู่ด้านหน้าของช่องเชิงกรานและใช้เวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์จริง กระบวนการคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551; Stables & Rankin, 2010) ได้แก่

ระยะที่ 1 ของการคลอด นับตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง มดลูกจะมีการหดตัวสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร

ระยะที่ 2 ของการคลอด เริ่มเมื่อปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ระยะหนึ่งชั่วโมงหลังจากรกคลอด

ในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของกระบวนการคลอด ผู้คลอดครั้งแรกโดยเฉลี่ยประมาณ 9 ชั่วโมงและไม่ควรเกิน 18.5 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครั้งหลังโดยเฉลี่ยประมาณ 6 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 13.5 ชั่วโมง ระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง เมื่อมดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที จนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างช้าๆ เพื่อให้ปากมดลูกมีความบางมากขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดไม่มาก เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวไม่รุนแรงมากนักและหดตัวนานๆ ครั้ง กล่าวคือ ในระยะแรกมดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 20-30 วินาที ความถี่ทุก 10-20 นาทีและมีความรุนแรงระดับต่ำ ส่วนในระยะท้าย มดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 30-40 วินาที ความถี่ทุก 5-7 นาทีและมีความรุนแรงระดับปานกลาง (moderate)

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างรวดเร็ว ในระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าระยะปากมดลูกเปิดช้า เนื่องจากการหดตัวของมดลูกจะรุนแรงขึ้นและนานขึ้น กล่าวคือ ในระยะแรกมดลูกหดตัวครั้งละประมาณ 45-60 วินาที ความถี่ทุก 3-5 นาที และมีความรุนแรงระดับปานกลาง ในระยะนี้ผู้คลอดครั้งแรกมีการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครั้งหลังมีการเปิดขยายของปากมดลูก 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร มดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 60-90 วินาที ความถี่ทุก 2-3 นาทีและมีความรุนแรงระดับมาก ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดในระยะนี้ (มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2552; ละเอียต แจ่มจันทร์ และสุริ ขันธรักษวงศ์, 2549; Cunningham et al., 2010)

การหดตัวของมดลูกจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการคลอด เมื่อการคลอดก้าวหน้าขึ้นระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งจะนานขึ้น ถึ้นและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยเฉพาะความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจัดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงมากที่สุดและนานที่สุด เนื่องจากกินเวลานานเมื่อเทียบกับระยะอื่นๆ ของการคลอด (สุกัญญา ปริสัณณกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) สาเหตุของความเจ็บปวดเนื่องจากในขณะที่มดลูกหดตัวจะมีการไหลเวียนของเลือดไปที่มดลูกลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจน มีการกั่งของกรดแลคติก รวมทั้งมีการยึดตัวของปากมดลูก เส้นเอ็นที่ยึดมดลูก กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานและเยื่อช่องท้องที่คลุมยอดมดลูก ประกอบกับแรงกดดันของมดลูกบนกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ และทวารหนักทำให้เส้นประสาทพิวเดนดัล (pudendal nerve) ถูกกระตุ้น และส่งผ่านกระแส

ประสาทความเจ็บปวดไปยังเส้นประสาทไขสันหลังปีกบน (dorsal horn) แล้วเข้าสู่ไขสันหลังส่วนปลาย (T10 ถึง L1) ไปยังเส้นประสาทขาขึ้น (ascending system) แล้วเข้าสู่สมองซึ่งแปลการรับรู้และความรู้สึกเจ็บปวด (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551)

ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดจะมีความรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่มดลูกหดตัว และความเจ็บปวดจะลดลงเมื่อมดลูกคลายตัว โดยมีอาการปวดที่บริเวณหลังก่อน เมื่อการคลอดก้าวหน้ามากขึ้น ความเจ็บปวดจะร้าวมาที่บั้นเอว หน้าท้องส่วนล่าง และหน้าขาทั้งสองข้าง อาการปวดจะรุนแรงมากที่สุดช่วงท้ายๆ ของระยะที่ 1 ของการคลอด และลดน้อยลงเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการยืดขยายของเนื้อเยื่อของฝีเย็บและกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน การนิโคขาดของปากมดลูก ช่องคลอดและฝีเย็บ นอกจากนี้การที่ทารกเคลื่อนต่ำลงมาในอุ้งเชิงกรานทำให้ศีรษะของทารกซึ่งเป็นส่วนนำไปกดกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้และอุ้งเชิงกรานทำให้เส้นประสาทพิวเดนตัลถูกกระตุ้นและส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังโดยผ่านเส้นประสาทไขสันหลังที่ระดับกระเบนเหน็บ (sacral 2-4) และระบบพาราซิมพาธิค สำหรับความเจ็บปวดในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอดมีสาเหตุมาจากการหดตัวของมดลูกที่มีความคล้ายคลึงกับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า (ปริยา สุภศรี, 2546; สุกัญญา ปรีชญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอดทั้งหมด 3 ทฤษฎีได้แก่ (1) ทฤษฎีควบคุมประตู (2) ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (3) ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack และ Wall (1965) อธิบายว่า ความเจ็บปวดเกิดจากกลไกการปิด-เปิดประตู กล่าวคือ มีการส่งผ่านพลังประสาทของความเจ็บปวดจากส่วนต่างๆ ของร่างกายผ่านไขสันหลังไปยังสมองส่วนบน โดยจะมีการปรับสัญญาณที่ไขสันหลังก่อนส่งพลังประสาทขึ้นไปทำให้รับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง โดยมีไขสันหลังทำหน้าที่เป็นเหมือนประตูที่สามารถเพิ่มหรือลดพลังประสาทที่ส่งเข้ามา เมื่อประตูปิดการส่งผ่านของพลังประสาทความเจ็บปวดจะถูกยับยั้ง ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าประตูเปิดบางส่วนจะมีความเจ็บปวดลดลง การ

ส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังสมองมี 3 ทาง (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน พิริยา สุขศรี, 2546) ได้แก่

1. กลไกประตูไขสันหลัง (Spinal gate) โดยมีกลไกการปรับสัญญาณที่ไขสันหลัง บริเวณสับสแตนเชีย จีลาติโนซา (substantia gelatinosa) ทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าจากพลังประสาท 2 กลุ่ม คือ พลังประสาทจากใยประสาทการรับรู้ขนาดใหญ่และขนาดเล็ก โดยพลังประสาทจากใยประสาทการรับรู้ขนาดเล็กจะไปเปิดประตู ส่วนพลังประสาทจากใยประสาทการรับรู้ขนาดใหญ่จะไปปิดประตู เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้เข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังก็จะปิด ทำให้สัญญาณที่ส่งต่อไปยังสมองลดลงหรือหมดไป การรับรู้ความเจ็บปวดจะน้อยลงหรือหมดไป ดังนั้น การที่จะลดการรับรู้ความเจ็บปวดที่สมองจะต้องส่งพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ให้มากกว่า โดยที่ใยประสาทขนาดใหญ่พบมากที่ผิวหนัง การกระตุ้นผิวหนังด้วยการนวด การลูบหรือการถู จึงช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

2. การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ ฟอร์เมชันในก้านสมอง (Projections from the brain stem reticular formation) ทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาทั้งจากการได้ยินและการเห็น ถ้าพลังประสาทนำเข้าจากทางหูหรือทางตามีจำนวนมาก ระบบการทำงานของเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน จะมุ่งเน้นไปยังสิ่งกระตุ้นจากการได้ยินและการเห็น มีผลทำให้สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวดผ่านทางไขสันหลังได้น้อยลง ดังนั้น การที่จะลดการรับรู้ความเจ็บปวดจึงต้องมีการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การดูทีวี การฟังความสนใจ การจินตนาการ เป็นต้น (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

3. การส่งสัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัส (Projections from the cerebral cortex and thalamus) สัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัส ทั้งที่มาจากทางอ้อมโดยผ่านจากเรติคูลาร์ ฟอร์เมชันหรือทางตรงจากกลไกประตูไขสันหลังจะทำให้ประตูปิดหรือเปิดได้จากพลังประสาทในเปลือกสมอง ซึ่งเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการคิด (cognitive) และความรู้สึกหรืออารมณ์ (affective) กล่าวคือ ความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการส่งผ่านของพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้ ซึ่งความรู้สึกและความคิดของบุคคล เช่น การให้ความหมายของความเจ็บปวด ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วัฒนธรรม ความเชื่อของบุคคล ความวิตกกังวล ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต เป็นต้น ดังนั้น การที่จะลดการรับรู้ความเจ็บปวดสามารถทำได้โดยการให้ความรู้ การเตรียมคลอด และการประคับประคองจิตใจทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ (พิริยา สุขศรี, 2546)

เมื่อพลังประสาทความเจ็บปวดถูกส่งผ่านไปยังสมอง ร่างกายจะมีความทำงานของระบบที่เกี่ยวข้อง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ ระบบควบคุมส่วนกลาง โดยระบบทั้งสามนี้จะทำงานประสานงานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถทราบตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะความเจ็บปวดและคุณสมบัติของตัวกระตุ้นได้อย่างละเอียด (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน พริยา ศุภศรี, 2546)

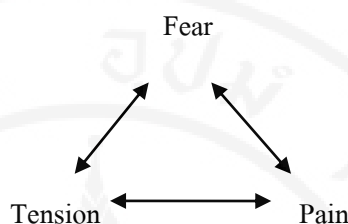
2. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory)

ในปี 1977 Jessell และ Iverson ได้อธิบายเกี่ยวกับกลไกการส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดของ Melzack และ Wall (1965) ให้ชัดเจนขึ้นโดยกล่าวว่า กลไกการปรับสัญญาณนำเข้าในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู่เป็นการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ เอนเคฟาลิน (enkephalin) และสารพี (substance P.) กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น โยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารพีที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลังทำให้มีการนำกระแสความเจ็บปวดไปสู่สมอง ในขณะที่เดียวกันโยประสาทขนาดใหญ่และโยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ให้หลั่งสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปออกฤทธิ์ที่ opiate receptor ที่สามารถยับยั้งการทำงานของสารพีทำให้ไม่มีสัญญาณนำกระแสความเจ็บปวดในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย แต่ถ้าเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารพีได้ไม่หมดจะทำให้มีสัญญาณนำกระแสความเจ็บปวดไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น สารเอนเคฟาลินที่มีคุณสมบัติในการลดความเจ็บปวดได้ดีที่สุดคือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งเป็นสารคล้ายมอร์ฟินที่เกิดขึ้นภายในร่างกายตามธรรมชาติ ดังนั้น การรับรู้ความเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจึงขึ้นอยู่กับปริมาณของเอนดอร์ฟินที่หลั่งออกมา ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝังเข็ม การนวด การผ่อนคลาย และการกระตุ้นปลายประสาท ส่วนปัจจัยที่จะทำให้การหลั่งเอนดอร์ฟินลดลง ได้แก่ ความเครียด ความกลัว ระยะการคลอดยาวนานและภาวะซึมเศร้า (สุกัญญา ปรินัญญกุลและนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

3. ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Theory)

จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ทฤษฎีข้างต้นมุ่งเน้นทางด้านสรีรวิทยาเพียงอย่างเดียว ในขณะที่ Dick-Read (1984) เห็นว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดมีสาเหตุจากการที่ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดของผู้คลอดในระยะคลอดเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง ระบบประสาทซิมพาเทติกจะหลั่ง catecholamines เพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตของผู้คลอด ซึ่งมีผลกระตุ้น β receptor ของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูก

คล้ายตัว การหดรัดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดมาเลี้ยงที่มดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด เมื่อผู้คลอดมีความกลัว จะทำให้รู้สึกเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ดังรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle)

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถทำได้โดยการลดความกลัวของผู้คลอด เพื่อตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดข้างต้น ซึ่งวิธีการลดความกลัวของผู้คลอดดังกล่าว ประกอบด้วย

- 1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอด โดยสามีหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความรู้สึกโดดเดี่ยวออกไป ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
- 2) การให้ความรู้แก่ผู้คลอด เช่น ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดำเนินการคลอด การเปลี่ยนแปลงตามปกติในระยะคลอด วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด เป็นต้น
- 3) การเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการคลอด เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การดูแลด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย เป็นต้น

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอด สรุปได้ว่าทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack และ Wall (1965) มีความเกี่ยวข้องกับการส่งผ่านพลังประสาทของระบบในร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายในของ Jessell และ Iverson (1977) จะกล่าวถึงสารเคมี 2 ชนิดในร่างกาย ในขณะที่ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Theory) ของ Dick-Read (1984) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะคลอด

นอกจากความเจ็บปวดในระยะคลอดจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้คลอดแล้วยังทำให้ความกลัว และความเครียด เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจอารมณ์ รวมทั้งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน การคลอดผิดปกติ การคลอดโดยใช้หัตถการ การคลอดยาก รวมทั้งมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรสูงขึ้น (Laursen, Johansen, & Hedegaard, 2009; Sercekus & Okumus, 2007) เนื่องจากความเจ็บปวดในระยะคลอดที่รุนแรงมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิคให้หลั่ง catecholamine corticosteroid และ ACTH เพิ่มขึ้น ซึ่ง catecholamine ที่เพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตมีผลกระตุ้น β receptor ของมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว เลือดจึงมาเลี้ยงที่บริเวณมดลูกและรบกวนการหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ ผู้คลอดจะมีอัตราการหายใจเร็วขึ้น เนื่องจากความเจ็บปวดทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ผู้คลอดอาจเกิดภาวะหายใจเร็วและแรง (hyperventilation) ร่วมกับภาวะหายใจเป็นด่าง (respiratory alkalosis) เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากการที่ร่างกายใช้พลังงานอย่างมากในการต่อสู้กับความเจ็บปวด รวมทั้งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นประมาณ 20-30 มิลลิเมตรปรอท และมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หากผู้คลอดรายใดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ การตั้งครรภ์ร่วมกับความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สุกัญญา ปรีสัณยกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว เสรี โกรธ รู้สึกไม่มั่นคง และไม่ปลอดภัยจากการคลอด ไม่สามารถเผชิญหรือควบคุมความเจ็บปวดได้ เป็นต้น (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2551) นอกจากนี้ ผู้คลอดอาจแสดงอาการเจ็บปวดโดยการร้องไห้ ร้องครวญคราง มือเท้าเกร็ง หรือเอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ไม่ยอมทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอดที่รุนแรงมากจะส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ ไม่ต้องการเผชิญกับความเจ็บปวด มีทัศนคติและประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด รวมทั้งเกิดความกลัวต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป (พริยา ศุภศรี, 2546; สุกัญญา ปรีสัณยกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอดและ

ความเครียดสูงมักจะคลอดยาก รู้สึกถึงเครียด ควบคุมตนเองได้น้อย ไม่พึงพอใจในประสบการณ์คลอด ซึ่งความรู้สึกไม่พึงพอใจในประสบการณ์คลอดนี้อาจมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารก และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้ นอกจากนี้พบว่า หากประสบการณ์คลอดในครรภ์แรกไม่ดีจะยังทำให้ผู้คลอดมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปอีกด้วย ผู้คลอดมักจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง มีความสามารถในการเป็นมารดาลดลง โดดเดี่ยว รู้สึกว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ไม่คุ้นเคย กลัว ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการคลอดบุตร ไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลในระยะคลอด เป็นต้น (Nilsson & Lundgren, 2007; Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Oweis, 2009)

3. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดมากในระยะคลอดย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตและมีผลกระตุ้นเบต้ารีเซพเตอร์ (β receptor) ของมดลูกเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัวเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณมดลูกและรกลดลงจึงทำให้การนำออกซิเจนจากรกไปสู่ทารกลดลงผลที่ตามมาคือ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน หรืออัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลงกว่าปกติ หากได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้การหดตัวของมดลูกอาจทำให้เกิดความดันในศีรษะทารกเพิ่มขึ้นจนสมองของทารกได้รับความกระทบกระเทือน เช่น หลอดเลือดในสมองฉีกขาด มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นคูรา หรือใต้ชั้น arachnoid (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) Essex และ Pickett (2008) พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวน้อย มีพัฒนาการล่าช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของโสเพีย ชุนวล (2547) ที่พบว่า ความเครียดในระยะคลอดมีผลเชิงลบต่อคะแนน Apgar score นาทีที่ 1 ของทารก และเพิ่มอัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

ความพึงพอใจต่อการคลอด

ในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเพราะแสดงถึงการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดที่มีคุณภาพ (McCrea & Wright, 1999) ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในของบุคคลซึ่งมีความซับซ้อน โดยไม่สามารถอธิบายขอบเขตหรือลักษณะที่ชัดเจนได้ ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง หรือประสบการณ์เชิงบวกที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการหรือ

คาดหวังไว้ในระยะคลอด โดยความพึงพอใจของแต่ละบุคคลขึ้นกับพื้นฐานความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจแตกต่างกันตามอายุ รายได้ การศึกษา วัฒนธรรม เชื้อชาติ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด

มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเกิดความรู้สึกของบุคคล ซึ่งทำให้ความพึงพอใจมีความซับซ้อน อธิบายได้ยาก ปัจจัยต่างๆมีดังนี้

1. บุคลิกภาพ กล่าวคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาวะอารมณ์ของบุคคลมีผลต่อความพึงพอใจ เช่น บุคคลที่เป็นคนอารมณ์เสีง่ายจะมีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อเหตุการณ์ต่างๆได้ง่ายด้วย (La Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986)
2. ประสบการณ์และทัศนคติ กล่าวคือ ประสบการณ์ที่ผ่านมาและทัศนคติต่อระบบสุขภาพ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์มีผลในการตัดสินใจของบุคคลต่อความรู้สึกพึงพอใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Oberst, 1984)
3. ระดับการศึกษา พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการแสดงความพึงพอใจต่างกัน (Oberst, 1984)
4. ความคาดหวัง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังต่อสิ่งใดหรือเหตุการณ์ใดสูง เมื่อไม่ได้ตามที่คาดหวังก็จะส่งผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจได้ (Oberst, 1984)
5. รูปแบบการสื่อสารและการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด โดยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจะมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด (Oweis, 2009)
6. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ความเครียดและความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดมีความไม่พึงพอใจในประสบการณ์คลอด (Oweis, 2009)

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอดจัดเป็นระยะที่มีระดับของความเจ็บปวดรุนแรงมากที่สุดและนานกว่าระยะอื่นๆ ดังนั้น เป้าหมายหลักในการดูแลผู้คลอดในระยะนี้คือ การบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อลดความไม่สบาย ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตลอดจนทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดแบ่งเป็น 2 วิธี คือ วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยา

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้น แต่มีข้อเสียคือ ยาออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางและสมองและสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ เช่น กดการหายใจ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ เหงื่อออก เป็นลม และเสี่ยงต่อการกดศูนย์หายใจทารกแรกเกิด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สุกัญญา ปรีชญญกุล และ นันทพร แสณศิริพันธ์, 2550) ดังนี้

1. ยาระงับความรู้สึกแบบมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย (Systemic analgesia) ในที่นี้ได้แก่ ยาซึ่งออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางและสมอง เช่น

1.1 Barbitulates ช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้หลับ ใช้ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ในระยะที่ 1 ของการคลอด

1.2 Pethidine เป็นยาระงับปวดที่นิยมใช้มากเพราะสามารถลดความเจ็บปวดที่รุนแรงได้โดยมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง สมอง และรีเฟล็กซ์การไอ ช่วยลดความวิตกกังวลทำให้ง่วงนอนและหลับ มักใช้ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ในระยะที่ 1 ของการคลอด มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อผู้คลอด ได้แก่ กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ เหงื่อออก เป็นลม และปัสสาวะคั่ง ที่สำคัญยาสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ทำให้กดระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์ หากผู้คลอดได้รับยาภายใน 2-3 ชั่วโมงก่อนคลอด อาจทำให้การหายใจของทารกแรกคลอดไม่มีประสิทธิภาพได้

1.3 Phenergan เป็นยากล่อมประสาทออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และลดความรุนแรงของยาระงับปวด ช่วยระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลับ แต่ไม่มีฤทธิ์ต่อการลดความเจ็บปวด มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อผู้คลอด ได้แก่ ทำให้เกิดอาการง่วงซึมและวิงเวียนศีรษะ กดการหายใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงหรือต่ำชั่วคราว ปากและคอแห้ง ตาพร่ามัว เป็นต้น

2. ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ยาประเภทนี้เป็นการระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ lidocaine hydrochloride (xylocaine), bupivacaine (marcaine), procaine, pentocaine และ cocaine มีคุณสมบัติในการยับยั้งการนำ nerve impulse ของเส้นประสาท โดยมีผลต่อเส้นประสาททุกชนิด เมื่อยาหมดฤทธิ์แล้วเส้นประสาทจะทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่สามารถระงับอาการปวดได้ดีกว่าการให้ยาระงับปวดทั่วไป

ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของมดลูก ถ้าบริหารยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะไม่มีอันตรายต่อทั้ง ผู้คลอดและทารกในครรภ์ ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับการลดความเจ็บปวดในการคลอด แต่ผู้บริหายต้องมีทักษะและความชำนาญในการให้ยา ยาประเภทนี้จะดูดซึมได้ดีทางผิวหนังและเยื่อเมือก จึงดูดซึมได้ดี รวดเร็ว และมีฤทธิ์อยู่นาน 1-2 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้น ยาส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ ยาส่วนน้อยจะถูกขับออกทางปัสสาวะ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อผู้คลอด ได้แก่ อาการบวมที่หน้าหรือผื่นขึ้นตามตัว บางรายอาจมีปฏิกิริยาที่เรียกว่า ปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกาย (systemic toxic reactions) ซึ่งเกิดจากการฉีดยาเข้ากระแสโลหิตหรือได้รับยาในปริมาณมากเกินไป ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง หูอื้อ ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว ผิวหนังซีด เย็นและแห้งออก หายใจลำบาก กลืนลำบาก ในระยะแรกความดันโลหิตจะสูงขึ้นและหัวใจเต้นเร็ว ต่อมาความดันโลหิตจะต่ำลง หัวใจเต้นผิดปกติ มีอาการเขียว กล้ามเนื้อกระตุก ชัก หมดสติ และหยุดหายใจ วิธีบริหารยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในปัจจุบันสามารถให้ได้หลายวิธี เช่น

2.1 Local infiltration เป็นการฉีดยาระงับความรู้สึกในบริเวณที่ต้องการให้หมดความรู้สึก ใช้ลดความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด โดยเฉพาะการฉีดบริเวณฝีเย็บก่อนตัด ฝีเย็บในขณะที่ทำการคลอดทางช่องคลอด และใช้ฉีดก่อนเย็บซ่อมฝีเย็บ วิธีนี้เป็นการบริหารยาที่ทำได้ง่าย สะดวก ไม่มีผลต่อการหดตัวของมดลูก แต่ห้ามใช้ในผู้คลอดที่มีการติดเชื้อที่บริเวณฝีเย็บ ยาที่ใช้ ได้แก่ 1% Xylocaine HCL ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ การเกิดปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกายจากยา การติดเชื้อบริเวณฝีเย็บ ซึ่งอาจทำให้การติดเชื้อของแผลไม่ดีเท่าที่ควร

2.2 Paracervical block เป็นการฉีดยาชาให้ออกฤทธิ์ที่ sensory nerve fibers ที่มาจากมดลูกและปากมดลูกโดยฉีดเข้าไปที่ lateral vaginal fornix ข้างๆ ปากมดลูกเพื่อระงับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเกิดจากการหดตัวของมดลูก โดยทั่วไปจะฉีดยาเมื่อปากมดลูกเปิดประมาณ 5 เซนติเมตร วิธีการนี้เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายเมื่อปากมดลูกยังเปิดไม่หมด ยาที่ใช้ ได้แก่ 0.25% Bupivacaine หรือ 1% lidocaine ออกฤทธิ์นาน 60-75 นาที การบริหารยาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกาย ในกรณีของการฉีดเข้าเส้นเลือดอาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง (fetal bradycardia) เกิดหลอดเลือดแฟบ (vascular collapse) และทำให้ทารกหยุดหายใจได้

2.3 Pudendal block เป็นการฉีดยาชาให้ออกฤทธิ์ที่ Pudendal nerve โดยฉีดที่ sacrospinous ligament ใกล้ๆ กับ ischial spines ทั้งสองข้าง โดยนิยมฉีดผ่านทางช่องคลอดมากกว่าผ่านผิวหนังบริเวณฝีเย็บ วิธีการนี้ใช้ระงับความเจ็บปวดบริเวณผนังช่องคลอดและฝีเย็บในระยะที่ 2 ของการคลอด วิธีนี้ไม่มีผลต่อการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด นิยมใช้ใน

ผู้คลอดที่คลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้เข็มฉีดยาช่วยคลอด การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เป็นต้น ยาที่ใช้ ได้แก่ 1% lidocaine อย่างไรก็ตาม อาจเกิดปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกาย รวมทั้งการเกิดก้อนเลือดคั่ง (hematoma) บริเวณที่ฉีดยา หรือทำให้เกิดการติดเชื้อได้

2.4 Spinal block (Subarachnoid block) เป็นการฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังเข้าสู่ subarachnoid space ตรงตำแหน่ง L3-L4 หรือ L4-L5 การบริหารยาชนิดนี้ ทำให้ผู้คลอดหมดความรู้สึกตั้งแต่ระดับ xiphoid process ของกระดูก sternum ลงมา มักจะทำในผู้คลอดที่ผ่าตัดทารก ออกทางหน้าท้อง วิธีนี้ใช้ระงับความเจ็บปวดได้ดีและเร็วทั้งในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ทำได้ง่าย ยาที่ใช้ ได้แก่ 5% lidocaine หรือ 1% tetracaine ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกาย ปวดศีรษะ กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ (bladder dysfunction) หรือหยุดหายใจ (respiratory paralysis) เป็นต้น

2.5 Epidural block (Peridural block) เป็นการฉีดยาเฉพาะที่เข้าไปใน epidural หรือ peridural space โดยแทงเข็มเข้าไประหว่าง lumbar space ตรงตำแหน่ง L2-L3 หรือ L3-L4 เพื่อระงับความเจ็บปวดตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ของการคลอด ใช้ในการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด เป็นวิธีการระงับความเจ็บปวดที่นิยมมากในปัจจุบัน เนื่องจากช่วยให้ผู้คลอดคลอดบุตรโดยไม่มีความเจ็บปวด (painless labor) การบริหารยาชนิดนี้สามารถเติมยาได้เป็นระยะๆ มีผลข้างเคียงน้อยกว่าการทำ Spinal block แต่ทำได้ยากกว่าเพราะเข็มอาจแทงทะลุ dura เข้าไปในช่องไขสันหลัง ทำให้มีอาการปวดศีรษะภายหลังทำ ดังนั้น ผู้ทำต้องมีความชำนาญมาก ยาที่ใช้ ได้แก่ 1% lidocaine หรือ 0.25% bupivacaine ภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก ได้แก่ ปฏิกิริยาเป็นพิษต่อระบบของร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ปวดหลัง เป็นต้น

3. ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) เป็นการระงับความรู้สึกที่ทำให้ผู้คลอดหมดความรู้สึกโดยสมบูรณ์ ใช้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่วนมากจะทำในรายที่มีข้อห้ามของการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ epidural หรือ spinal block การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดนี้จะต้องงดอาหารและน้ำทางปาก เพื่อป้องกันการสำลักการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปนี้อาจกดศูนย์หายใจของทารกในครรภ์ทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากยาที่ใช้สามารถผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว และยังมีผลทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะหลังคลอด (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551; มานี ปิยะอนันต์ และคณะ, 2552; สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

กล่าวโดยสรุป การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยาด้วยกัน 3 วิธี ได้แก่ (1) ยาระงับความรู้สึกแบบมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย (2) ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (3) ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งทั้ง 3 วิธีมีผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ค่อนข้างมาก วิธี

บรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาจึงนิยมใช้ในกรณีจำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ควรพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ให้น้อยที่สุด ในปัจจุบันพบว่า การใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีการใช้แพร่หลายมากขึ้นและมีหลายวิธีให้เลือกปฏิบัติตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ วิธีนี้มีความปลอดภัยสูงสามารถใช้ร่วมกันได้หลายวิธี มีค่าใช้จ่ายน้อย รวมทั้งปฏิบัติได้ง่าย วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยายังช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ด้วย (พิริยา สุขศรี, 2546; ศศิธร พุ่มดวง, 2551; สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Bolding, 2004; Smith, Collins, & Crowther, 2010) อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้ทำต้องมีความเชี่ยวชาญ แต่ละวิธีใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ บางวิธีต้องใช้สูติแพทย์และพยาบาลร่วมด้วย หรือจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ร่วมด้วย วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่พบในปัจจุบัน ได้แก่

1. การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Continuous labor support)

เป็นวิธีที่ใช้บุคคลมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง (สุกัญญา ปรีชญญกุลและนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) โดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ไม่เกิดความรู้สึกกลัว โดยผู้ให้การสนับสนุนจะทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้คลอดตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วจนถึงคลอด หรืออยู่ด้วยตลอดเวลาโดยปราศจากการรบกวน บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนในที่นี้ได้แก่สามี มารดา พี่สาว น้องสาว เพื่อนหญิงญาติหญิงของผู้คลอด พยาบาลผดุงครรภ์ รวมทั้งผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (doula) เป็นต้น การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดความเจ็บปวด ลดระยะเวลาการคลอด มีผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้คลอดโดยสามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด ข้อดีคือ ปลอดภัย ปฏิบัติง่ายและมีค่าใช้จ่ายน้อย ข้อเสียคือ ต้องมีบุคคลมาทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งพบว่าบางโรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายให้สามีหรือญาติเข้ามาในห้องคลอด (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Adams & Bianchi, 2008; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011; Simkin & Bolding, 2004)

2. การใช้น้ำบำบัด (Hydrotherapy)

วิธีนี้ทำโดยให้ผู้คลอดอาบน้ำด้วยฝักบัวหรือแช่ตัวในอ่างที่ใส่น้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวดได้ และลดความเครียดด้านจิตใจ ข้อเสีย คือ ในรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกแล้วอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และต้องมีอุปกรณ์ในการปฏิบัติ เช่น อ่างน้ำ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสณศิริพันธ์, 2550) ควรเริ่มให้ผู้คลอดแช่ในน้ำเมื่ออยู่ในระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) การศึกษาของ Simkin & Bolding (2004) พบว่าการแช่ในน้ำอุ่นให้ถึงหน้าท้องช่วยเพิ่มการผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด และส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดสามารถแช่น้ำตั้งแต่ 2-3 นาทีถึง 2-3 ชั่วโมงในระยะที่ 1 ของการคลอด อย่างไรก็ตาม การแช่น้ำควรหยุดเป็นช่วงๆ เพื่อประเมินสภาพของทารกในครรภ์และการก้าวหน้าของการคลอด

3. การฉีดน้ำกลั่นเข้าใต้ผิวหนังบริเวณหลังส่วนล่าง (Intradermal water blocks)

เป็นการฉีดน้ำกลั่นเข้าใต้ผิวหนังเพื่อลดอาการปวดหลังช่วงล่างในระยะคลอด การฉีดใช้น้ำกลั่น 0.05-0.1 ซีซี (ใช้เข็มเบอร์ 25) ฉีดเป็นตุ่มนูน 4 ตุ่มเล็กๆ ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บบริเวณที่ฉีดประมาณ 20-30 วินาที หลังจากนั้นอาการเจ็บจะหายไป ซึ่งการฉีดน้ำกลั่นเข้าใต้ผิวหนังที่บริเวณหลังช่วยลดความเจ็บปวดหลังที่รุนแรง มีผลลดความเจ็บปวดได้ถึง 2 ชั่วโมง สามารถปฏิบัติได้ง่าย และมีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีฉีดและตำแหน่งที่เหมาะสม รวมทั้งการต้องใช้อุปกรณ์ในการปฏิบัติ (Simkin & Bolding, 2004)

4. การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการจัดท่า (Maternal movement and positioning)

ผู้คลอดควรอยู่ในท่าที่สุขสบายมากที่สุดและควรเปลี่ยนท่าทุก 30 หรือ 60 นาที การเคลื่อนไหวจะช่วยลดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานได้ดีขึ้นและทำให้มดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสณศิริพันธ์, 2550) สามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด ลดระยะเวลาการคลอด เพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดและปฏิบัติได้ง่าย (Simkin & Bolding, 2004) ข้อเสียคือ อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้

5. การฝังเข็ม (Acupuncture)

เป็นการรักษาแบบจีน วิธีการฝังเข็มคือ การแทงเข็มซึ่งทำด้วยโลหะ เช่น เงิน ทองแดง หรือสแตนเลส ที่มีความยาวแตกต่างกันแล้วแต่ความต้องการ บริเวณที่ฝังเข็มคือ ผิวหนังบริเวณที่อยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ สามารถช่วยลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย การฝังเข็มจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มการหดตัวของมดลูกโดยไม่เจ็บปวด แต่ต้องปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; Simkin & Bolding, 2004; Smith et al., 2010)

6. การสัมผัสและการนวด (Touch and Massage)

การสัมผัสและการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งเอนดอร์ฟินไปควบคุมความเจ็บปวด การสัมผัสจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกถึงความห่วงใย สนใจดูแล ให้ความรู้สึกมั่นใจ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และลดความวิตกกังวล เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย การสัมผัสอาจเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่ การลูบเบาๆ เป็นต้น (Simkin & Bolding, 2004) การนวดส่วนใหญ่จะทำบริเวณก้นกบโดยใช้มือกดนวดด้วยแรงระดับปานกลาง อาจทำโดยตัวผู้คลอดเองหรือสามีรวมทั้งญาติด้วย (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

7. การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Transcutaneous electrical nerve stimulation)

เป็นการกระตุ้นผิวหนังส่วนหลังโดยใช้แผ่น electrode ติดไว้บริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมาก แล้วกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าจำนวนน้อยๆ เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นการหลั่งสารเอนดอร์ฟินด้วย สามารถช่วยลดความเจ็บปวดได้รวดเร็ว (Simkin & Bolding, 2004) แต่ไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดที่รุนแรงในระยะใกล้คลอด ทั้งนี้กระแสไฟฟ้าอาจรบกวนคลื่นไฟฟ้าของหัวใจทารกในครรภ์ได้ (ศศิธร พุมดวง, 2551; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

8. การสะกดจิต (Hypnosis)

เป็นวิธีที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด ทำโดยการเพ่งมองตา ใช้มือแตะหน้าผากผู้คลอดและชักจูงด้วยคำพูดให้ผู้คลอดปลดปล่อยความตึงเครียดออกจากร่างกาย ทำประมาณ 6-7 ครั้ง ครั้งละครึ่งชั่วโมง เป็นวิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด เพิ่มความพึงพอใจและทัศนคติที่ดีต่อการคลอด (Simkin & Bolding, 2004) ข้อเสียคือ ทำได้ยาก ต้องใช้ผู้ที่เชี่ยวชาญและใช้เวลามาก (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Smith et al., 2010)

9. การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (Childbirth education)

การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์ก่อนตั้งครรภ์และก่อนคลอดเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เรียนรู้เทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอด ได้แก่ การบริหารร่างกาย ท่านอนที่ถูกต้อง วิธีการผ่อนคลาย การหายใจ การนวด โดยแนะนำให้ฝึกทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาใช้ในระยะคลอด เป็นวิธีที่ช่วยลดความกลัวจากการขาดความรู้ในระยะคลอด (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Bolding, 2004)

10. การผ่อนคลายร่วมกับการหายใจ (Relaxation and Breathing)

การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด วิธีนี้เป็นการฝึกให้ผู้คลอดสามารถควบคุมกล้ามเนื้อให้ผ่อนคลายและเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของจิตใจให้มีความรู้สึกสุขสบายและปลอดโปร่งขึ้น รวมทั้งลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ส่วนการหายใจเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการผ่อนคลาย โดยแบบแผนการหายใจที่ใช้ได้ดีที่สุดและใช้ได้ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด คือ การหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ ในขณะที่มดลูกหดตัว (slow-chest breathing) เทคนิคนี้ต้องมีการเรียนรู้และฝึกหายใจให้ถูกต้อง ข้อดีคือ ปฏิบัติง่ายและไม่ต้องมีอุปกรณ์ แต่ผู้คลอดต้องได้รับการแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและต้องฝึกต่อเนื่อง (สุกัญญา ปรีสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Bolding, 2004; Smith et al., 2010)

11. การใช้ความร้อนและความเย็น (Hot and cold application)

การใช้ความร้อนวิธีปฏิบัติคือ ใช้กระเป๋าน้ำร้อน หรือผ้าห่มอุ่นๆ หรือผ้าชุบน้ำร้อนอุณหภูมิประมาณ 38 องศาเซลเซียส ประคบบริเวณหลังของผู้คลอดส่วนที่ต่ำกว่าหน้าท้อง ขาหนีบ และบริเวณฝีเย็บ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ความร้อนช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยงและทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น ข้อจำกัดของการใช้ความร้อนคือ ผู้คลอดที่มีไข้หรือมีความเสี่ยงที่จะตกเลือดหลังคลอด ส่วนการใช้ความเย็นทำโดยการวางกระเป๋าน้ำแข็งหรือประคบด้วยผ้าเย็นประคบบริเวณหลังของผู้คลอด หน้าอก ใบหน้าระหว่างรอคลอด ความเย็นจะช่วยลดอุณหภูมิของกล้ามเนื้อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกสบายขึ้น การใช้ความร้อนและความเย็นปฏิบัติง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อย ไม่จำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติ ข้อเสียคือ ความร้อนและความเย็นที่ใช้อาจทำให้เนื้อเยื่อในบริเวณที่ประคบได้รับอันตราย (พิริยา สุภศรี, 2546; สุกัญญา ปรีสัณญกุลและนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550; Simkin & Bolding, 2004)

12. การกดจุด (Acupressure)

เป็นศาสตร์โบราณของชาวจีน ที่ใช้นิ้วมือหรือมือกดลงบนส่วนต่างๆ ของร่างกายกลไกการลดความเจ็บปวดของการกดจุด คือ แนวคิดที่เชื่อว่าร่างกายมีจุดพลังที่สำคัญ 12 จุด และจุดใกล้เคียงอีก 8 จุด เมื่อมีการกระตุ้นจุดเหล่านี้ด้วยมือจะทำให้มีการหลั่งของเอ็นดอร์ฟิน จึงทำให้ความเจ็บปวดลดลง เป็นวิธีที่ไม่ต้องมีอุปกรณ์ร่วมด้วย แต่ผู้ปฏิบัติต้องผ่านการฝึกปฏิบัติจนชำนาญ (พิริยา สุภศรี, 2546; ศศิธร พุ่มดวง, 2551)

13. การใช้กลิ่นบำบัด (Aromatherapy)

ส่วนใหญ่เป็นการใช้น้ำมันเข้มข้นที่กลั่นจากพืชนำมาใช้ในการบำบัด บุคลากรทาง การแพทย์ผู้ที่จะใช้ควรมีความระมัดระวังในการใช้เนื่องจากน้ำมันที่ใช้มีคุณสมบัติเหมือนยา มีทั้ง ประโยชน์และโทษถ้าใช้ในปริมาณไม่เหมาะสม ข้อดีคือ เป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ข้อเสียคือ อาจจะรบกวนผู้คลอดรายอื่นๆ ได้ (Simkin & Bolding, 2004)

14. การใช้เสียงดนตรี (Music and Audio analgesia)

ดนตรีมีคุณสมบัติก่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำ ให้ต่อมใต้สมองมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของ ผู้คลอดจากความเจ็บปวด จังหวะของเสียงดนตรีมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อของผู้คลอด ซึ่งดนตรีที่ใช้ในการลด ความเจ็บปวดในระยะคลอดควรมีจังหวะอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที ข้อดีคือ มีค่าใช้จ่ายน้อย ทำ ได้ง่าย ข้อเสียคือ เสียงเพลงอาจรบกวนผู้คลอดคนอื่นๆ ควรใช้เสียงนุ่มนวลและระดับเสียงไม่เบา หรือดังเกินไป (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

กล่าวโดยสรุป วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีด้วยกันหลายวิธี การนำไปใช้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาส่วนใหญ่เป็น วิธีที่มุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก แต่วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีที่สามารถให้การ ดูแลผู้คลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับ Dick-Read (1984) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอดสามารถช่วยลดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ จึงกล่าวได้ว่าวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านให้คำแนะนำ ข่าวสาร ข้อมูล ด้านร่างกายและการเป็นผู้ช่วย และด้าน เป็นตัวแทนผู้คลอด) น่าจะเป็นวิธีที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีและเหมาะสม

การสนับสนุนในระยะคลอด

ในที่นี้จะกล่าวถึง ความหมายและวิธีการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด ผลของการสนับสนุนในระยะคลอด ดังนี้

ความหมายและวิธีการสนับสนุนในระยะคลอด

มีผู้ให้คำนิยามและแบ่งวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดออกเป็นด้านต่างๆ โดยรูปแบบส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันอาจแตกต่างกันอยู่บ้างในการให้ความสำคัญของการสนับสนุนในแต่ละด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Hodnett (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีการดูแลในระยะคลอดที่สำคัญ เพราะมีผลเชิงบวกต่อการคลอด โดยแบ่งการสนับสนุนออกเป็นด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ

(1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (emotional support) เช่น ให้กำลังใจ ชมเชย ปลอบใจ เป็นต้น

(2) ด้านการดูแลความสบายของร่างกาย (comfort measures) เช่น การนวด การเช็ดหน้า เช็ดตัว เป็นต้น

(3) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เช่น การสนับสนุนโดยช่วยในการตัดสินใจหรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น เป็นต้น

(4) ด้านการสนับสนุนแก่สามีร่วมกับผู้คลอด (supporting a husband/partner) เช่น ให้คำปรึกษาสามีในการดูแลผู้คลอด เป็นต้น

5) ด้านข้อมูลคำแนะนำ (information/advice) เช่น ให้คำแนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เป็นต้น

จากวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett นี้พบว่ามีข้อดีคือ เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ แต่ก็มีข้อเสียอยู่บ้างคือ ต้องให้สนับสนุนทั้งผู้คลอดและสามีไปพร้อมๆ ซึ่งอาจทำให้การสนับสนุนผู้คลอดไม่เต็มที่เท่าที่ควร

2. Kayne และคณะ (2001) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่บุคคลอื่นที่อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ไม่เกิดความรู้สึกกลัว โดยวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วยการให้การสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (emotional support) เช่น การสนับสนุนโดยการอยู่เป็นเพื่อนอย่างต่อเนื่อง พูดยืนยันความมั่นใจ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ชมเชย สบตา เป็นต้น

(2) ด้านให้คำแนะนำ ข่าวสาร ข้อมูล (advice and information) เช่น การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการตลอด อธิบายให้ทราบกิจกรรมในระยะตลอด ให้คำแนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เช่น การใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลาย เป็นต้น

(3) ด้านร่างกายและการเป็นผู้ช่วย (tangible assistance/physical comfort measures) เช่น การสนับสนุนโดยการนวดมือ-ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ดื่มการพุงขณะเดิน การดูแลสิ่งแวดล้อมในขณะรอกตลอด เช่น การจัดท่านอน การปรับแสงสว่าง และอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม เป็นต้น

(4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เช่น การสนับสนุนโดยช่วยในการตัดสินใจหรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งช่วยในการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้คลอดทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด เป็นต้น

วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดของ Kayne และคณะ (2001) เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมโดยให้ความสำคัญในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dick-Read ที่กล่าวว่าความกลัว และความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นวงจร ดังนั้น การตัดวงจรนี้จึงต้องลดความกลัวและความเครียดทางด้านจิตใจให้ได้ก่อน

3. Simkin และ Bolding (2004) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดหมายถึง การดูแลผู้คลอดโดยไม่ใช้ยาในระยะรอคลอดและระยะแบ่งคลอดโดยนำบุคคลที่ได้รับการฝึกเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเวลาในระยะคลอด การสนับสนุนในระยะคลอดแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

(1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (emotional support) เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การปลอบใจ พุดให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจ เป็นต้น

(2) ด้านความสุขสบายของร่างกาย (physical comfort) เช่น ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ การสัมผัส การนวด การใช้ความร้อน-ความเย็น การใช้น้ำบำบัด การจัดทำ การเคลื่อนไหว เป็นต้น

(3) ด้านให้คำแนะนำ ข่าวสาร ข้อมูลแก่ผู้คลอดและคู่สมรสของผู้คลอด
(information/advice)

(4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสาร (advocacy) เช่น
ช่วยในการบอกความต้องการของผู้คลอด เป็นต้น

วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดของ Simkin & Bolding (2004) มีข้อดีคือ เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยให้ความสำคัญในด้านจิตใจและอารมณ์เช่นกัน

แต่มี ข้อเสียคือ ต้องให้การสนับสนุนทั้งผู้คลอดและสามีไปพร้อมๆ กันทำให้ดูแลผู้คลอดไม่เต็มที่เท่าที่ควรและผู้ที่ให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับรูปแบบนี้น่าจะต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเป็นอย่างดี

4. Adams และ Bianchi (2008) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การดูแลโดยไม่ใช้ยาในระยะคลอดแก่ผู้คลอด เพื่อให้มีความสุขสบายและผ่านกระบวนการคลอดได้ด้วยดี แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านคือ

(1) ด้านร่างกาย (physical labor support) เช่น ดูแลสิ่งแวดล้อม (เช่น อุณหภูมิห้อง เสียง แสงสว่าง กลิ่น) ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคต่างๆ (ได้แก่ จัดท่า การนวด การใช้ความร้อน-ความเย็น การใช้น้ำบำบัด เป็นต้น) ดูแลความสะอาดร่างกาย (ได้แก่ ปากฟัน บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน เป็นต้น) และดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ ดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม เป็นต้น

(2) ด้านจิตใจและอารมณ์ (emotional labor support) เช่น การมองเห็นหน้าสบตา พูดย้ำกำลังใจ พูดย้ำความมั่นใจ ชมเชย แสดงความห่วงใย การปลอบใจ เป็นต้น

(3) ด้านคำแนะนำ-ข่าวสาร (instructional / informational labor support) เช่น การให้คำแนะนำในการควบคุมการหายใจ การเลือกใช้เทคนิคผ่อนคลาย อธิบายให้ทราบกิจกรรมในระยะคลอด กฎระเบียบของโรงพยาบาล ตลอดจนแผนการรักษาของสูติแพทย์ เป็นต้น

(4) ด้านการเป็นตัวแทนของผู้คลอด (advocacy labor support) เช่น ช่วยในการตัดสินใจ รับฟังความต้องการของผู้คลอด เป็นต้น

วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดของ Adams & Bianchi (2008) มีข้อดีคือ เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่วนข้อเสียคือ เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการวิจัยใดในประเทศไทยที่นำรูปแบบการสนับสนุนนี้ไปใช้

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่มีบุคคลอื่นซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติอยู่กับผู้คลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด เพื่อช่วยทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกกลัว วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดที่กล่าวมาข้างต้นมีความคล้ายคลึงกัน โดยแบ่งการสนับสนุนออกเป็นด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ (1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (2) ด้านให้คำแนะนำ ข่าวสาร ข้อมูล (3) ด้านร่างกายและการเป็นผู้ช่วย และ (4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด ในแต่ละแนวทางมีการเรียงลำดับความสำคัญของการสนับสนุนแต่ละด้านที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามพบว่าการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก สอดคล้องกับ

ทฤษฎีของ Dick-Read ที่กล่าวว่าการสนับสนุนดังกล่าวสามารถตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ วิธีการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ยังใช้เป็นแนวทางในงานวิจัยที่ผ่านมาหลายเรื่อง เช่น งานวิจัยของศิริวรรณ ยืนยง (2550) พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดช่วยลดระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดและช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ที่พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดช่วยลดระยะเวลาการคลอด ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการสนับสนุนข้างต้นมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด (Support person)

ผู้มาทำหน้าที่ให้การสนับสนุน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีด้วยกันหลายกลุ่ม โดยจัดเรียงลำดับตามความต้องการของผู้คลอด ดังนี้

1. สามี

สามีจัดเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด รวมทั้งเป็นบิดาของทารกในครรภ์ทั้งนี้ผู้คลอดส่วนใหญ่มีความต้องการให้สามีมาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดมากที่สุด (ปิยฉัตร ปธานราษฎร์, 2549; Bruggemann et al., 2007; Morhason-Bello et al., 2007; Morhason-Bello et al., 2008) นอกจากนี้สามียังเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุดอีกด้วย (IP, 2000; Price, Noseworthy, & Thornton, 2007; Oboro, Oyeniran, Akinola, & Isawumi, 2011) แต่เนื่องจากสามีส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการคลอดจึงควรเตรียมสามีให้มีความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sengane, 2009) อย่างไรก็ตามพบว่าในงานวิจัยที่นำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเพียง 3 เรื่อง (นวพร มามาก, 2550; บุญส่ง สุประดิษฐ์, 2546; อัจฉรา คำแหง, 2553) จึงทำให้ขาดข้อมูลที่เพียงพอและสามารถอ้างอิงได้ในภาพรวม

2. ญาติหญิง

ในที่นี้ ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว หรือญาติหญิงอื่นๆ ของผู้คลอด เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเนื่องจากการเป็นเพศหญิงเหมือนกันอาจจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกอายน้อยกว่าการนำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด อย่างไรก็ตาม การนำญาติหญิงมาทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในกลุ่มนี้มักใช้ในสังคมที่ไม่ต้องการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด (Mosallam, Rizk, Thomas, 2002; Oboro et al., 2011) ตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพของ ปิยฉัตร

ปธานราษฎร์ (2549) ในกลุ่มผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังพบว่า ผู้คลอดต้องการให้ญาติหญิงเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นอันดับสองรองจากสามีคิดเป็นร้อยละ 28.74 ส่วนการศึกษาของ Morhason-Bello และคณะ (2007) ที่ทำการศึกษาระวังแบบภาคตัดขวางในกลุ่มผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังพบว่า ผู้คลอดร้อยละ 12 เลือกญาติหญิงเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นอันดับสองรองจากสามีเช่นกัน

3. พยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่สำคัญโดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายหรือไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปในห้องคลอด เนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดจึงสามารถให้การสนับสนุนด้านร่างกายและการให้คำแนะนำ ข่าวสาร ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kashanian et al., 2010) อย่างไรก็ตามพบว่า ภาระงานของพยาบาลผดุงครรภ์มากกว่าร้อยละ 70 เป็นการทำงานเกี่ยวกับการบริหารยา การบันทึกเวชระเบียน การเฝ้าระวังสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ (Ballen & Fulcher, 2006) เป็นต้น อีกทั้งการที่พยาบาลผดุงครรภ์ยังต้องให้การดูแลผู้คลอดหลายคนพร้อมๆ ในเวลาอันสั้น ทำให้การให้การสนับสนุนในระยะคลอดทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร (Oweis, 2009)

4. ผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (Doula)

ผู้เฝ้าคลอดที่ไม่มีความรู้ด้านการพยาบาล (doula) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการคลอดและวิธีการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้เฝ้าคลอดกลุ่มนี้เป็นทางเลือกในกรณีของผู้คลอดที่สามีหรือญาติหญิงไม่สามารถมาสนับสนุนในระยะคลอดได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การนำผู้สนับสนุนมาทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดนั้นมีค่าใช้จ่ายสูงมากและนิยมใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้วเท่านั้น (Ballen & Fulcher, 2006; McGrath & Kennell, 2008; Pascaliobaro & Kroeger, 2004) จึงไม่เหมาะสมกับบริบทของการสนับสนุนในระยะคลอดในประเทศไทย

สรุปได้ว่าผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ สามี ญาติหญิง พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (Doula) ในที่นี้พบว่าสามีเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนในระยะคลอดได้ดีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอารมณ์ เนื่องจากสามีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุดและเป็นบิดาของทารกในครรภ์ นอกจากนี้สามียังเป็นผู้ที่ผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอด

จากการศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอดโดยผู้ให้การสนับสนุนกลุ่มต่างๆ (ได้แก่ สามี ญาติหญิง พยาบาลผดุงครรภ์ หรือผู้เฝ้าคลอดที่ไม่มีความรู้ด้านการพยาบาล (doula)) พบว่า ผู้คลอดมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยลง (บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ, 2552; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด (ภนิกา กำแหง, 2547; วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548; Morhason-Bello et al., 2008) ผู้คลอดมีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดเพิ่มขึ้น (ศิริวรรณ ยืนยง, 2550; อัจฉรา กำแหง และคณะ, 2553; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Bruggemann et al., 2007; Campbell et al., 2007; McGrath & Kennell, 2008) ลดอัตราการไ้ยาบรรเทาปวด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Khresheh, 2008; Madi, Sandall, Bennett, & MacLeod, 1999) ลดระยะเวลาการคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Campbell et al., 2006; Kashanian, Javadi, & Haghighi, 2010) และลดอัตราการผ่าตัดคลอด (McGrath & Kennell, 2008; Morhason-Bello et al., 2008; Mottl-Santiago et al., 2007; Trueba et al., 2000) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด เช่น งานวิจัยของ นวพร มามาก (2550) พบว่า ผู้คลอดมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์การคลอด มีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา บิดาและทารกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา และคณะ (2553) ที่พบว่า ผู้คลอดมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์การคลอดเช่นกัน

การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีลดความเจ็บปวดในระยะคลอดที่สามารถลดความเจ็บปวด ลดความเครียด และความวิตกกังวลในระยะคลอด เพิ่มความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด ลดอัตราการไ้ยาบรรเทาปวด เป็นต้น ดังนั้น การสนับสนุนในระยะคลอดจึงน่าจะเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีต่อการคลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

สื่อในการเตรียมผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

เนื่องจากผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดส่วนมากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตร หรือไม่รู้วิธีการสนับสนุนที่ถูกต้อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมโดยเฉพาะความรู้ให้กับผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sengane, 2009) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการเตรียมโดยใช้สื่อการสอนทั้งประเภทเดี่ยวและประเภทผสม ดังต่อไปนี้

1. การใช้สื่อประเภทเดียวในการเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่

1.1) แผ่นภาพพลิก

แผ่นภาพพลิก (flip-chart) คือ การแสดงรูปภาพหรือข้อความบนแผ่นกระดาษที่สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก อาจเป็นแผ่นซ้อนกันหลายๆ แผ่น โดยมีจำนวนแผ่นตามเนื้อหาที่ต้องการสื่อสาร วิธีใช้ทำโดยการพลิกแผ่นภาพแต่ละแผ่นให้ผู้คลอดหรือผู้ให้การสนับสนุนดูทีละแผ่น การใช้แผ่นพลิกมีข้อดีคือ เป็นสื่อที่สร้างขึ้นได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อย เคลื่อนย้ายสะดวก แต่อาจมีข้อเสียคือ ไม่ค่อยน่าสนใจและอาจไม่เข้าใจรูปต่างๆ ที่สาธิตวิธีปฏิบัติ เนื่องจากเป็นภาพนิ่ง ความสมจริงของภาพมีน้อย โดยพบว่า มีงานวิจัยที่ใช้สื่อประเภทนี้ ได้แก่ งานวิจัยของวิภารัตน์ สอดส่อง (2548) เป็นการสนับสนุนโดยพยาบาลผดุงครรภ์มีขั้นตอนการเตรียมผู้คลอด คือ ผู้วิจัยใช้แผ่นพลิก (flip-chart) ที่มีรูปภาพแสดงวิธีการทาบหน้าท้อง การเปิดขยายของปากมดลูก วิธีการหายใจและการหดตัวของมดลูก เพื่อใช้ประกอบการสอน ในขณะที่ผู้คลอดนอนอยู่ที่เตียงคลอด ดังนั้น การใช้แผ่นภาพพลิกน่าจะเป็นสื่อการสอนที่เหมาะสมสำหรับใช้สอนที่เตียงคลอดเพราะมีขนาดเล็กและเคลื่อนย้ายสะดวก

1.2) คู่มือ

คู่มือเป็นสื่อการสอนที่มีทั้งภาพและเนื้อหาต่างๆ ส่วนมากเป็นสื่อที่มอบให้กับผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนหรือผู้คลอดกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน มีข้อดีคือ สะดวกประหยัดเวลา ไม่ต้องใช้บุคลากรในการสอน สามารถแจกให้ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดกลับไปศึกษาด้วยตนเอง แต่มีข้อเสียเช่น ผู้คลอดอาจไม่เข้าใจเนื้อหาทั้งหมด ไม่มีเวลาอ่าน หรืออาจสูญหาย พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้สื่อประเภทนี้ ได้แก่ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) โดยผู้วิจัยจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด กระบวนการคลอด แนวทางปฏิบัติสำหรับสมาชิกครอบครัวในระยะเจ็บครรภ์และคลอด การบริการของเจ้าหน้าที่ แจกให้ผู้คลอดขณะที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ เพื่อนำกลับไปให้ญาติหญิงซึ่งทำหน้าที่ให้การสนับสนุนอ่านต่อที่บ้านโดยไม่มีการสอน เมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์และมาคลอด ผู้วิจัยอธิบายวิธีการสนับสนุนตามคู่มือเป็นเวลา 10 นาที เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Morhason-bello และคณะ (2009) ที่ผู้วิจัยจัดทำคู่มือเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดมอบให้สามีหรือญาติหญิงซึ่งจะมาทำหน้าที่ให้การสนับสนุนนำกลับไปอ่านที่บ้านเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ ดังนั้น คู่มือน่าจะเป็นสื่อที่เหมาะสมกับผู้ให้การสนับสนุนที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างดี เพราะสามารถอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง (สุรศักดิ์ ปาเส, 2553)

1.3) วิดีโอ

วิดีโอเป็นสื่อการสอนที่มีทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว สามารถใส่ข้อความอธิบายภาพได้ ข้อดีก็คือ น่าสนใจ ทำให้สามารถเห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นภาพเคลื่อนไหว ไม่ต้องใช้บุคคลากรในการสอน ข้อเสียคือ ทำให้จำรายละเอียดได้ไม่ครบถ้วน ค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง รวมทั้งต้องใช้อุปกรณ์ร่วมด้วย (เครื่องเล่นวิดีโอ) การเคลื่อนย้ายทำได้ไม่สะดวกนักจึงเหมาะสำหรับการสอนในสถานที่ๆ จัดไว้โดยเฉพาะ ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้สื่อประเภทนี้เช่น บุญทวีสุนทรลัมศิริ (2551) เป็นการสนับสนุนโดยใช้พยาบาลผดุงครรภ์โดยมีขั้นตอนการเตรียมผู้คลอด คือ ผู้วิจัยจัดทำวิดีโอที่มีทั้งภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการหายใจ วิธีการจับหน้าท้อง และการจัดท่าต่างๆ ในระยะรอคลอด โดยเปิดวิดีโอให้ผู้คลอดที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้าๆ ไปเรื่อยๆ ในขณะที่นอนอยู่บนเตียงรอคลอด ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะใช้สื่อที่มีคุณภาพแต่ด้วยรูปแบบการนำเสนอดังกล่าว ทำให้ผู้คลอดต้องทำความเข้าใจเนื้อหาต่างๆ ด้วยตนเองโดยปราศจากผู้สอน (สุรศักดิ์ ปาเส, 2553)

1.4) การสอนปากเปล่า

การสอนปากเปล่าเป็นการเตรียมความรู้โดยใช้บุคคลากรทางการแพทย์ทำการสอนโดยตรง อาจเป็นการบรรยายหรือสาธิต มีข้อดีคือ ประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ทันที ข้อเสียคือ ไม่เห็นภาพวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนต้องใช้การตีความจากสิ่งที่ได้ยินอาจเกิดการเข้าใจไม่ตรงกันหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งการนั่งฟังอย่างเดียวทำให้รู้สึกเบื่อ โดยมีงานวิจัยของ Bruggemann และคณะ (2007) ที่ใช้สามีหรือญาติหญิงเป็นผู้ให้การสนับสนุน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการสนับสนุนให้กับผู้ให้การสนับสนุนในช่วงสั้นๆ ก่อนเข้าห้องคลอดโดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ในขณะที่งานวิจัยของ Morhason-bello และคณะ (2008) ที่นำสามีหรือญาติหญิงเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการสนับสนุนให้กับผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดในช่วงก่อนเข้าไปทำหน้าที่ในห้องคลอด โดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเช่นกัน อนึ่ง การสอนปากเปล่าโดยไม่มีรูปภาพหรือเนื้อหาให้กลับไปทบทวนน่าจะเหมาะกับการเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในประเทศที่พัฒนาแล้วที่ประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง มีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการคลอดมาแล้ว

2. การใช้สื่อผสมในการเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่

2.1) คู่มือร่วมกับการสอนปากเปล่า

ข้อดีของสื่อผสมนี้คือ การสอนปากเปล่าสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ทันที ไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนการแจกคู่มือให้กลับไปอ่านทำให้ได้ทบทวนวิธีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ข้อเสีย

คือ ไม่มีภาพประกอบที่เคลื่อนไหวได้ระหว่างการสอน งานวิจัยที่ใช้สื่อผสมประเภทนี้เช่น Campbell และคณะ (2006) ที่นำญาติหญิงเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการเตรียม คือ ผู้วิจัยจะสอนวิธีการสนับสนุนในระยะตลอดแก่ผู้ให้การสนับสนุนในช่วงตั้งครรภ์ทั้งหมด 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยจัดสอนอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งพร้อมทั้งแจกคู่มือแนวทางการสนับสนุนในระยะตลอดให้นำกลับไปอ่านทบทวน อย่างไรก็ตาม การสอนปากเปล่าโดยไม่มีรูปภาพประกอบทำให้ขาดความน่าสนใจ ส่วนการนำคู่มือกลับไปทบทวนอาจมีการสูญหายหรือไม่ได้อ่านได้และยังเป็นการสอนที่เหมาะสมกับผู้มีการศึกษาสูงเพราะสามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง

2.2) คู่มือร่วมกับวิดีโอ

ข้อดีของสื่อผสมนี้คือ การให้ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนดูวิดีโอเพื่อให้เห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากวิดีโอเป็นสื่อที่ใช้ภาพเคลื่อนไหว ไม่ต้องใช้บุคลากรในการสอน ส่วนการแจกคู่มือทำให้สามารถกลับไปศึกษาทบทวนด้วยตนเองได้ แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถซักถามข้อสงสัยได้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องได้ ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้สื่อผสมประเภทนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ นวพร มามาก (2550) ที่นำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการเตรียม คือ ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ให้การสนับสนุนในช่วงที่ผู้คลอดมาฝากครรภ์ (ตั้งแต่อายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์) โดยให้ดูวิดีโอครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งห่างกันทุก 1 สัปดาห์ มีเนื้อหาประกอบด้วย พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และร่างกายในขณะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของสามีในไตรมาสที่ 3 กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมของสามีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยส่งเสริมการจัดท่า การเคลื่อนไหว การลูบหน้าท้อง การนวด การให้กำลังใจ การควบคุมการหายใจ การเบ่งคลอด และการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก จากนั้นผู้วิจัยมีการมอบคู่มือ 3 เล่ม ได้แก่ (1) คู่มือคุณแม่ตั้งครรภ์และการมีส่วนร่วมของคุณพ่อ (2) คู่มือการเตรียมตัวคลอดและการมีส่วนร่วมของสามี และ (3) คู่มือการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน มอบให้สามีนำกลับไปอ่านทบทวนด้วยตนเอง เช่นเดียวกับงานวิจัยของโสเพ็ญ ชูนวน และคณะ (2552) ที่นำสามีหรือญาติหญิงมาเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการเตรียม คือ ผู้วิจัยจัดทำวิดีโอพร้อมกับคู่มือการสนับสนุนในระยะคลอดที่มีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การใช้เทคนิคต่างๆ ในการบรรเทาปวด เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ให้การสนับสนุนครั้งละ 60 นาทีในขณะที่ผู้คลอดมาฝากครรภ์ (ตั้งแต่ผู้คลอดอายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์) จำนวน 2 ครั้ง โดยสอนห่างกันทุก 1 สัปดาห์ การใช้สื่อประเภทนี้ผู้คลอดต้องจดจำและทำความเข้าใจเนื้อหาต่างๆ ได้ในเวลาอันสั้นเนื่องจากเป็นภาพเคลื่อนไหวต่อเนื่อง ส่วนการได้รับคู่มือกลับไปทบทวนอาจช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาที่สอนได้เพิ่มขึ้น

2.3) คู่มือร่วมกับแผ่นภาพ

ข้อดีของสื่อผสมนี้คือ แผ่นภาพเป็นสื่อที่สร้างขึ้นได้ง่าย เคลื่อนย้ายสะดวก มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจมีข้อเสียคือ ไม่ค่อยน่าสนใจ เนื่องจากเป็นภาพนิ่ง ความสมจริงของภาพน้อย ส่วนการแจกคู่มือทำให้มีโอกาสดำเนินทบทวนวิธีปฏิบัติ งานวิจัยที่ใช้สื่อผสมประเภทนี้ ได้แก่ งานวิจัยของศิริวรรณ ยืนยง (2550) โดยนำญาติหญิงมาเป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยมีขั้นตอนการเตรียม คือ ผู้วิจัยเตรียมความรู้ให้กับผู้ให้การสนับสนุน (ตั้งแต่ผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป) เป็นจำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ในขณะที่ผู้คลอดมาฝากครรภ์ก่อนวันกำหนดคลอดทุกสัปดาห์ โดยใช้แผ่นภาพที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด บทบาทของการสนับสนุนในระยะคลอดของญาติหญิงประกอบการสอนและแจกคู่มือแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดให้ญาติหญิงนำกลับไปอ่านทบทวนเองที่บ้าน ซึ่งการสอนโดยใช้แผ่นภาพที่มีแต่ภาพนิ่งนี้อาจไม่น่าสนใจได้

กล่าวโดยสรุป สื่อการสอนทั้งสองประเภทต่างก็มีข้อดีและข้อเสีย อย่างไรก็ตาม สื่อผสมน่าจะเป็นสื่อการสอนที่สามารถลดข้อจำกัดของสื่อประเภทเดียวได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ให้การสนับสนุนได้มีโอกาสทำความเข้าใจเนื้อหาได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนสามารถนำมาปฏิบัติจริงเพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้ นอกจากนี้ช่วงเวลาในการเตรียมผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนมีทั้งในระยะตั้งครรภ์และเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งการเตรียมในระยะตั้งครรภ์น่าจะช่วยให้ผู้ให้การสนับสนุนได้มีเวลาทบทวนความรู้มากกว่าการเตรียมในระยะที่ 1 ของการคลอด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก รายละเอียดในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นการคลอดครั้งแรก
3. ตั้งครรภ์เดี่ยวและมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์
4. ทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด เป็นต้น
6. มีความสามารถในการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
7. สถานภาพสมรสอยู่ และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี

8. สามียินดีและเต็มใจให้การสนับสนุนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด
9. ผู้คลอดยินยอมให้สามีเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์แต่ไม่สามารถคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลศิริราชได้
2. ได้รับยาบรรเทาปวด (Pethidine) มากกว่า 1 ครั้งในระยะที่ 1 ของการคลอด
3. ได้รับการคลอดแบบลดความเจ็บปวด (Painless labor)
4. คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Vacuum extraction & Forceps extraction)
5. ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Caesarean section)
6. มีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในระยะที่ 1 ของการคลอด เช่น ผู้คลอดมีอาการชักจากภาวะความดันโลหิตสูง ทารกในครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจน เป็นต้น

เกณฑ์การยุติ (Termination criteria)

1. ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมวิจัยไม่ว่าจะเป็นเหตุผลใดก็ตาม เช่น รู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีสามีอยู่ด้วยในห้องคลอด เป็นต้น
2. สามีไม่สามารถให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมวิจัยไม่ว่าจะเป็นเหตุผลใดก็ตามหรือให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดได้น้อยกว่า 3 ชั่วโมง เป็นต้น

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบจำนวน 30 รายก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยเกิดการคลาดเคลื่อน ตลอดจนป้องกันไม่ให้กลุ่มควบคุมรู้สึกว่าการได้รับการรักษาพยาบาลที่แตกต่างไปจากกลุ่มทดลองเพราะอาจมีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G Power 3 (Franz, Edgar & Axel, 2007) เพื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test ซึ่งกำหนดให้ค่า effect size = 0.70 จากตัวอย่างงานวิจัยของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) ที่ศึกษาถึงผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยใช้สูตรคำนวณหา

Effect size (D) ใน independent t-test คำนวณจากสูตรของ Hedges (1982) โดย μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม σ คือ ค่าความแปรปรวนของประชากร σA คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง σB คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุมแทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma \text{ pooled}}$$

$$\text{ซึ่ง } \sigma \text{ pooled} = \sqrt{\frac{\sigma A^2 + \sigma B^2}{2}}$$

$$\sigma \text{ pooled} = \sqrt{\frac{8.75^2 + 7.78^2}{2}} = 8.27$$

$$\text{แทนค่าในสูตรได้ค่า Effect size คือ } D = \frac{43.77 - 49.49}{8.27} = 0.70$$

และค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอาจ มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10-15 (McGrath & Kennell, 2008) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง คือ หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดสามัญของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรายละเอียดของสถานที่เก็บข้อมูลแต่ละแห่งดังนี้

1. หน่วยฝากครรภ์ ตั้งอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 เปิดให้บริการฝากครรภ์ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. มีสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 300 คนต่อวัน สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้จะได้รับการสอนสุขศึกษา 1 ครั้งโดยพยาบาลประจำหน่วยที่ได้รับมอบหมายให้

ทำการสอนในแต่ละวัน เนื้อหาเน้นเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลเต้านม การตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เป็นต้น

2. ห้องคลอดสามัญ ตั้งอยู่ที่อาคาร ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ชั้น 4 สามัญ มีเตียงคลอดจำนวน 20 เตียง มีผู้คลอดที่มารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 400-500 คนต่อเดือน ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ตลอดจนการบริบาลทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด นอกจากนี้ยังให้การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุรกรรม และศัลยกรรม ยกเว้นโรคหรือภาวะที่มีการติดเชื้อในร่างกาย โดยเตียงคลอดของห้องคลอดสามัญทั้ง 20 เตียงมีผนังปูนกันแยกเป็นสัดส่วนไม่สามารถมองเห็นเตียงข้างเคียงได้และด้านหน้าของแต่ละห้องมีม่านปิดมิดชิด ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดเตียงคลอดหมายเลข 20 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง เนื่องจากเตียงคลอดนี้ตั้งอยู่ติดกับประตูทางเข้า-ออกของห้องรับใหม่ ผู้คลอดและสามีสามารถเข้า-ออกบริเวณเตียงนี้โดยไม่ต้องผ่านเตียงคลอดของผู้คลอดรายอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (3) สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (4) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็นที่หน่วยฝากครรภ์และที่ห้องคลอด ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ (ที่หน่วยฝากครรภ์) เครื่องมือที่ใช้คือ (1) แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (3) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด ซึ่งการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีปฏิบัติในขณะที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

- บรรยายตามแผนการสอน โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

- การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 3 วิธี ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ ให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 1-2 ครั้ง ใช้ประมาณ 10 นาที

- มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดให้กับสตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และแนะนำให้สามีนำคู่มือกลับมาในวันที่พารักรยามาคลอดเพื่อใช้ทบทวนความรู้อีกครั้งหนึ่ง

1.2 การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (ที่ห้องคลอด)

เครื่องมือที่ใช้คือ (1) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด โดยผู้วิจัยจะนำสามีของผู้คลอดเข้ามาในห้องคลอดเพื่อให้การช่วยเหลือภรรยาในด้านต่างๆ ในระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) หรือเริ่มเบ่งคลอดในที่นี้ สามีให้การสนับสนุนตามรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอด (Model of Support during Labor) ของ Kayne และคณะ (2001) ทั้ง 4 ด้าน เช่น (1) การอยู่เป็นเพื่อน พูดยให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ชมเชย สบตา สัมผัส จับมือ (2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดซึ่งสามีเป็นผู้รับทราบข้อมูลและนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอดอีกทีหนึ่ง (3) การช่วยบรรเทาความเจ็บปวด (ได้แก่ การลูบบริเวณหน้าท้อง นวดก้นกบ แนะนำเทคนิคการหายใจ) ช่วยดูแลความสุขสบายของร่างกายโดย การเช็ดหน้า เช็ดตัว ช่วยจัดท่านอน ดูแลสิ่งแวดล้อม (เช่น การปรับแสงสว่าง และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม) และ (4) การช่วยในการตัดสินใจหรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

2. แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ วิธีการสอนเป็นการบรรยาย สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยมีสไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื้อหาในแผนการสอนประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การ

นวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ตามลำดับ

3. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นสื่อการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 14 สไลด์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ตามลำดับ

4. คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์และให้นำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 12 หน้า โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ตัวอย่างคำพูดระหว่างให้การสนับสนุน เช่น ผมเชื่อว่า你能ทำได้ หรือคุณทำได้ถูกต้องแล้ว เป็นต้น ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ชุด โดยมีข้อคำถามรวม 54 ข้อ ดังนี้
ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี อาชีพของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการบุตรในครรภ์ จำนวนครั้งที่สามีฝึกปฏิบัติตามคู่มือ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเจ็บปวด (Pain Measurement Questionnaire)

เพื่อใช้ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอด โดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แบ่งเป็น 10 ช่องๆ ละ 1 เซนติเมตร แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 และมีรูปใบหน้าคนที่แสดงอารมณ์อันบ่งบอกถึงความเจ็บปวดพร้อมกับมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 เพื่อแสดงความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0	หมายถึง	ไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บปวด
1 – 3	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดน้อย
4 – 6	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดปานกลาง
7 – 9	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมาก
10	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด

เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยกากบาทตรงกับตัวเลขใดหรือชี้รูปใบหน้าที่มีตัวเลขกำกับไว้ ซึ่งตัวเลขในแต่ละระดับจะแสดงระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 ตัวเลขมาก หมายถึง มีความเจ็บปวดมาก ตัวเลขน้อย หมายถึง มีความเจ็บปวดน้อย โดยผู้วิจัยจะสอบถามระดับความเจ็บปวดของผู้ทดลองอย่างต่อเนื่องทุกชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) การแปลผลคิดจากการนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดจากการประเมินทุกชั่วโมงมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของผู้ทดลองแต่ละรายมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่ม ทั้งนี้ Revil และคณะ (1976) ได้นำแบบวัด Visual Rating Scales ไปหาความเที่ยง (reliability) โดยทดสอบกับผู้ทดลองจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.95 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน เช่น ผู้คลอดครรภ์แรก (จุฑารัตน์ เกิดเจริญ, 2547; ภนิดา กำแหง, 2547; อุบลรัตน์ สุทธิวิชชศักดิ์, 2551) ผู้ป่วยมะเร็ง (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551) ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง (ลัดดา วงษ์พันธุ์กมล, 2550) จึงกล่าวได้ว่าเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาของการคลอด วิธีการคลอด เพศทารก คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด น้ำหนักทารก ระยะเวลาที่สามีให้การสนับสนุน

ชุดที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1)

Spielberger และคณะ (1977) ได้สร้างแบบประเมิน State Anxiety Inventory Form X-1 และนำมาพัฒนาใหม่อีกครั้งในปี 1983 เรียกว่า State Anxiety Inventory Form Y-1 เพื่อใช้ประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เพิ่มขึ้นในขณะเผชิญปัญหานั้นๆ (state anxiety) ในที่นี้ เปรียบได้กับความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งแสดงออกด้วยความรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ข้อคำถามเชิงลบ 10

ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เลย) ถึง 4 (มากที่สุด) ดังนี้

1 = ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
2 = มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
3 = ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
4 = มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เลย	4	1
มีบ้างเล็กน้อย	3	2
ค่อนข้างมาก	2	3
มากที่สุด	1	4

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเครียดน้อย

Spielberger และคณะ (1983) ได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเที่ยง (reliability) โดยทดสอบกับนักเรียนระดับมัธยมปลาย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.93 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น นิตยา คชภักดี และคณะ (2526) ได้นำเครื่องมือ State Anxiety Inventory Form X-1 (1977) มาแปลเป็นภาษาไทย จากนั้นได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งในระยะคลอดและระยะหลังคลอดได้ค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง 0.81-0.90 (จิตรีรัตน์ หมั่นศรีชัย, 2550; พุ่มพวง จิรากุล, 2539; สุธีรัตน์ ชาราศักดิ์, 2540; อุษา เชื้อหอม, 2534) ต่อมา ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำเครื่องมือของ Spielberger และคณะ (1983) มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation เพื่อให้มีความหมายถูกต้องตรงกับต้นฉบับมากที่สุด และนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์การอนาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 ส่วน กันยา วังเฮงชะฤทธิ์ (2549) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์การอนาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 จึงกล่าวได้ว่าเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด (Labour Agency Scale: LAS)

แบบสอบถามนี้สร้างโดย Hodnett (1983) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 6, 7, 9) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 8, 10) ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เกือบตลอดเวลา) ถึง 7 (ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคย) ดังนี้

1	หมายถึง	เกือบตลอดเวลา
2	หมายถึง	มากแต่ไม่สม่ำเสมอ
3	หมายถึง	เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดเล็กน้อย
4	หมายถึง	ครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด
5	หมายถึง	น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดเล็กน้อย
6	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
7	หมายถึง	ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคย

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เกือบตลอดเวลา	7	1
มากแต่ไม่สม่ำเสมอ	6	2
เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดเล็กน้อย	5	3
ครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด	4	4
น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดเล็กน้อย	3	5
เป็นบางครั้ง	2	6
ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคย	1	7

การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งอยู่ระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ต่อมา Kelly และคณะ (2001) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับมารดาหลังคลอด 8-12 สัปดาห์ จำนวน 1,550 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์การนอนบาอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น ศิริวรรณ ยืนยง (2550) ได้นำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation โดยทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาให้มีความหมายถูกต้องตรงกับต้นฉบับมากที่สุดและนำไปทดสอบความเที่ยงของ

เครื่องมือในมารดาหลังคลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80 ต่อมา อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาศึกษาในกลุ่มผู้คลอดจำนวน 40 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยซึ่งได้แก่ (1) โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (3) สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (4) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ (2) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย (1) สูติแพทย์ 1 ท่าน (2) อาจารย์พยาบาลของภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 2 ท่าน (3) อาจารย์พยาบาลของภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน และ (4) หัวหน้าพยาบาลห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา (content validity) จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบวัดความเจ็บปวด (2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เรียงตามลำดับดังนี้ (1) แบบวัดความเจ็บปวดมีค่าเท่ากับ 0.85 (2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าเท่ากับ 0.97 (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดมีค่าเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัย เพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลังโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ออกโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปยังคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์- นรีเวชวิทยา เพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าหน่วยฟลาคครรภ์และพยาบาลหัวหน้าห้องคลอดสามัญ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ รวมทั้งขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฟลาคครรภ์และห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในลำดับต่อไป

4. ผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 30 รายก่อน โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยฟลาคครรภ์ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7.00-9.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนที่สูติแพทย์จะลงตรวจตามปกติ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฟลาคครรภ์ซึ่งทำหน้าที่คัดกรองสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

4.2 หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบริการฟลาคครรภ์ตามปกติของหน่วยฟลาคครรภ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นรายบุคคล กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อเชิญชวนสตรีตั้งครรภ์ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย หากสตรีตั้งครรภ์รายใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้สตรีตั้งครรภ์อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามลำดับ

4.3 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าจะมีการติดสัญญาณรูปดาวสีเขียวขนาดกว้าง x ยาว 1 เซนติเมตรที่มุมขวาของสมุดฟลาคครรภ์เพื่อคัดแยกกลุ่มในการวิจัย แล้วนำผู้เข้าร่วมวิจัยไปรับบริการฟลาคครรภ์ตามปกติของหน่วยฟลาคครรภ์

4.4 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเจ็บครรภ์และมาคลอด ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลห้องคลอดที่อยู่ประจำห้องรับใหม่แจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยดูจากสัญญาณรูปดาวสีเขียวที่มุมขวาของสมุดฟลาคครรภ์

4.5 ภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอดเรียบร้อยแล้ว (เช่น การซักถามประวัติการเจ็บครรภ์ การประเมินสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ ฟังและบันทึกการเต้นของหัวใจทารก การสวนถ่ายอุจจาระ) ผู้วิจัยจะเริ่มประเมินข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 (แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล) จำนวน 13 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ผู้คลอดนอนพักผ่อนบนเตียงคลอดที่จัดไว้และได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตการณ์อยู่ในบริเวณห้องคลอดตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.6 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก (3 เซนติเมตรขึ้นไป) ผู้วิจัยสอบถามระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดจากผู้คลอด โดยประเมินทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 (แบบวัดความเจ็บปวด)

4.7 ในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียนผู้คลอด โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 3 (แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด) จำนวน 11 ข้อ

4.8 เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 (แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ) จำนวน 20 ข้อ และประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 5 (แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด) จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากเป็นช่วงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงอ่านแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบทีละข้อ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่บันทึกคำตอบแทนผู้เข้าร่วมวิจัย

4.9 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังหน่วยหลังคลอดในลำดับต่อไป

5. ผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7.00-9.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนที่สูติแพทย์จะลงตรวจตามปกติ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ซึ่งทำหน้าที่คัดกรองสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

5.2 หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบริการฝากครรภ์ตามปกติของหน่วยฝากครรภ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์และสามีที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ดังกล่าวเป็นรายบุคคล กล่าวทักทายและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย หากสตรีตั้งครรภ์และสามีรายใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามลำดับ

5.3 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีทราบว่าจะมีการติดสัญลักษณ์รูปดาวสีส้มขนาดกว้าง x ยาว 1 เซนติเมตรที่มุมขวาของสมุดฝากครรภ์เพื่อคัดแยกกลุ่มในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยพาผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีไปยังห้องสอนสุขศึกษาของหน่วยฝากครรภ์และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

- การบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื้อหาประกอบด้วยความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

- การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 3 วิธี ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยกับสามีฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 1-2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

- จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีซักถามข้อสงสัยพร้อมกับมอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีนำไปอ่านทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน โดยเน้นความสำคัญของการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5.4 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเจ็บครรภ์และมาคลอด ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลห้องคลอดที่อยู่ประจำห้องรับใหม่ แจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยดูจากสัญลักษณ์รูปดาวสีส้มที่มุมขวาของสมุดฝากครรภ์

5.5 ในระหว่างที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอด ผู้วิจัยแนะนำข้อควรปฏิบัติของสามีเพื่อป้องกันมิให้ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอดรายอื่น เช่น ขอให้สามีอยู่เฉพาะในบริเวณสถานที่ๆ จัดให้เท่านั้น ในที่นี้คือ บริเวณข้างเตียงของผู้คลอด ไม่ควรเดินไปมาหรือส่งเสียงรบกวนผู้คลอดรายอื่น หากสามีของผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือหรือออกไปทำธุระส่วนตัวขอให้แจ้งผู้วิจัยเพื่อที่จะพาออกมาจากบริเวณดังกล่าว ผู้วิจัยจะเข้ามาดูแลซักถามสามีในขณะที่ให้การสนับสนุนทุก 30 นาที เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

5.6 ภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอดเรียบร้อยแล้ว (เช่น การซักถามประวัติการเจ็บครรภ์ ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ ฟังและบันทึกการเต้นของหัวใจทารก สวมถ่ายอุจจาระ) ผู้วิจัยประเมินข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 (แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล) จำนวน 13 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ผู้คลอดนอนพักผ่อนบนเตียงคลอดที่จัดไว้ และได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตการณ์อยู่ในบริเวณห้องคลอดตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.7 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยนำสามีเข้าไปที่เตียงคลอดของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 4 ด้านข้างต้น ได้แก่ (1) การอยู่เป็นเพื่อน พูดยืนยันใจ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ชมเชย

สบตา การสัมผัส จับมือ เป็นต้น (2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด ซึ่งสามีเป็นผู้รับทราบข้อมูลและนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอดอีกทีหนึ่ง เป็นต้น (3) การช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ ถูหน้าท้อง นวดบริเวณก้นกบ แนะนำเทคนิคการหายใจ การนวดมือ-ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหาร-น้ำ จัดท่า พยายามเดิน ดูแลสิ่งแวดล้อม (การจัดทำนอน การปรับแสงสว่าง และอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม) เป็นต้น และ (4) การช่วยในการตัดสินใจ หรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งช่วยในการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ในขณะที่สามีให้การสนับสนุนผู้เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจำเป็นต้องได้รับการตรวจภายในหรือกิจกรรมการพยาบาลใดๆ ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยจะพาสามีออกมานั่งคอยบริเวณห้องให้คำปรึกษาซึ่งจัดอยู่ด้านหน้าของห้องคลอดสามัญ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมดังกล่าวแล้วผู้วิจัยจึงนำสามีกลับไปให้การสนับสนุนต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยยังคงอยู่ในบริเวณห้องคลอดตลอดการเก็บข้อมูล เพื่อให้การช่วยเหลือสามีและผู้คลอดตลอดเวลา

5.8 ในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยสอบถามระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดจากผู้คลอด โดยทำการประเมินทุกชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 (แบบวัดความเจ็บปวด)

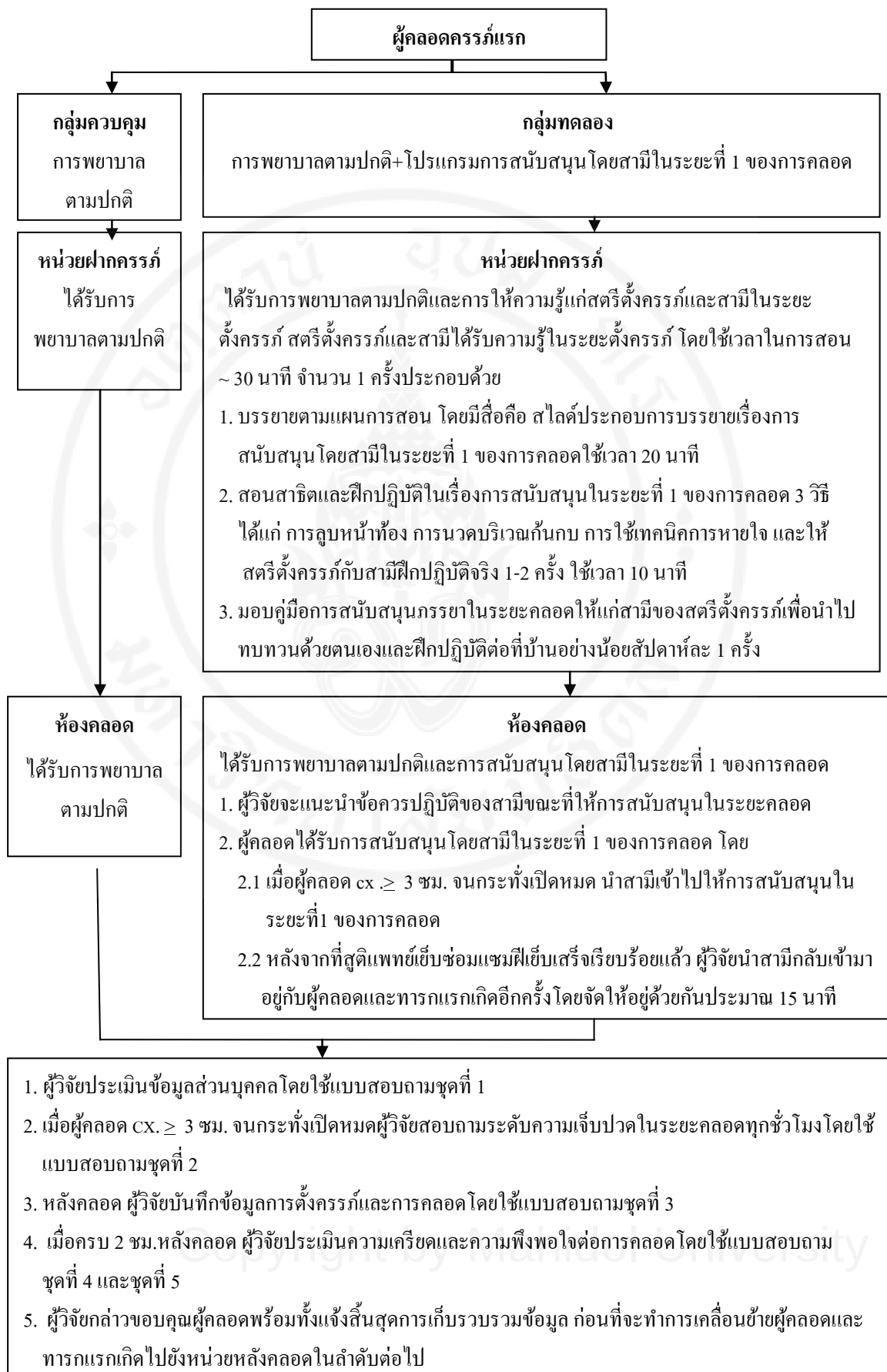
5.9 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่งคลอด ผู้วิจัยนำสามีออกไปนั่งคอยบริเวณห้องให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการช่วยเหลือตามปกติ

5.10 ในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 3 จำนวน 11 ข้อ

5.11 หลังจากที่คุณพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมเยียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำสามีกลับเข้ามาอยู่กับผู้เข้าร่วมวิจัยและทารกแรกเกิดให้อยู่ด้วยกันตามอวัยวะประมาณ 15 นาที เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอด สามีและทารกแรกเกิด จากนั้นจึงพาสามีออกไปนั่งรอที่ห้องให้คำปรึกษาเพื่อรอการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยและทารกแรกเกิดไปยังหน่วยหลังคลอด

5.12 เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 จำนวน 20 ข้อ และประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 5 จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที ก่อนที่จะทำการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยและทารกแรกเกิดไปยังหน่วยหลังคลอดในลำดับต่อไป เนื่องจากเป็นช่วงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงอ่านแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบทีละข้อ โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่บันทึกคำตอบแทนผู้เข้าร่วมวิจัย

5.13 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังหน่วยหลังคลอดในลำดับต่อไป ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแสดงดังรูปภาพที่ 3.1



รูปภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ที่ทำหน้าที่คัดกรองสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าข้างต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์และสามีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นรายบุคคล แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง หากสตรีตั้งครรภ์รายใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมวิจัย กระบวนการวิจัย และการเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนดำเนินการวิจัย สตรีตั้งครรภ์และสามีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะต้องลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามลำดับ

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการที่ควรได้รับตามปกติ ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่นอนอยู่บนเตียงคลอดซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในบริเวณดังกล่าว ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจก่อนทุกครั้ง ในที่นี้การเก็บข้อมูลเป็นการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อคำถามข้อใดก็ตามที่ทำให้รู้สึกสะเทือนใจ ในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บอยู่ในกล่อง ที่ปิดมิดชิดแยกจากแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามทุกชุดจะไม่มีชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะใช้หมายเลขกำกับแทนชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ หลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว หากผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดมีคำถามในระยะหลังคลอดหรือต้องการคำแนะนำต่างๆ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยหลังคลอดเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและตรวจการกระจายตัวของข้อมูลก่อนทุกครั้ง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอนดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-tests และสถิติ Chi-square tests
- 3) วิเคราะห์คะแนนรวมของความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 4) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-tests

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 89 ราย ในจำนวนนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องคัดออก 29 ราย (ร้อยละ 32.5) แบ่งเป็นผู้คลอด 1 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และผู้คลอดอีก 28 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากมีเชิงกรานที่ไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของทารก และ/หรือทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์ คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดและสามี
- 4.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอด
- 4.3 เปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- 4.4 เปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- 4.5 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดและสามี

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุผู้คลอด (ปี)	Mean = 25.1 (SD = 4.02)	Mean = 24.8 (SD = 5.41)	0.842	0.657
< 25	14 (46.7)	15 (50)		
25-29	11 (36.6)	8 (26.7)		
≥ 30	5 (16.7)	7 (23.3)		
อายุสามี (ปี)	Mean = 26.5 (SD = 5.43)	Mean = 29.7 (SD = 6.13)	5.769	0.056
< 25	12 (40)	6 (20)		
25-29	10 (33.3)	7 (23.3)		
≥ 30	8 (26.7)	17 (56.7)		
ระยะเวลาสมรส (ปี)	Mean = 4.5 (SD = 3.61)	Mean = 3.4 (SD = 2.31)	1.121	0.571
1-2	11 (36.7)	15 (50)		
3-4	7 (23.3)	6 (20)		
≥ 5	12 (40)	9 (30)		
ลักษณะครอบครัว			1.684	0.194
ครอบครัวเดี่ยว	16 (53.3)	11 (36.7)		
ครอบครัวขยาย	14 (46.7)	19 (63.3)		

* $p < .05$

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	χ^2	<i>p-value</i>
	(n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 30) จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษาผู้คลอด			2.717	0.257
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ม.ต้น	13 (43.3)	7 (23.3)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (23.3)	9 (30)		
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	10 (33.4)	14 (46.7)		
ระดับการศึกษามี			0.420	0.810
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ม.ต้น	15 (50)	14 (46.7)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (33.3)	9 (30)		
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	5 (16.7)	7 (23.3)		
การทำงานหารายได้ของผู้คลอด			0.341	0.559
ไม่ได้ทำงาน	9 (30)	7 (23.3)		
ทำงาน	21 (70)	23 (76.7)		
การทำงานหารายได้ของสามี				
ไม่ได้ทำงาน	2 (6.7)	2 (6.7)		
ทำงาน	28 (93.3)	28 (93.3)		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน(บาท)			1.836	0.399
≤ 15,000	14 (46.6)	11 (36.7)		
15,001-20,000	8 (26.7)	6 (20)		
≥ 20,001	8 (26.7)	13 (43.3)		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ปี ($SD = 4.02$) สามีของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ปี ($SD = 5.41$) ผู้คลอดและสามีในกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 40) มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90) มีสถานภาพสมรสคู่ มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ปี ($SD = 3.61$) โดยผู้คลอดร้อยละ 40 มีระยะเวลาสมรสตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.3) เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) จบการศึกษาในระดับชั้นต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 23.3 และระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าร้อยละ 33.4 ส่วนสามีของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) จบการศึกษาในระดับชั้นต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 33.3 และระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าร้อยละ 16.7 ผู้คลอดและสามีในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 70 และ 93.3 ตามลำดับ ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.6) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 15,000 บาท

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 ปี ($SD = 5.41$) สามีของผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 ปี ($SD = 6.13$) ผู้คลอดในกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนสามีเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ผู้คลอดในกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 86.7) มีสถานภาพสมรสคู่ มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ปี ($SD = 2.31$) โดยผู้คลอดร้อยละ 50 มีระยะเวลาสมรสอยู่ระหว่าง 1-2 ปี ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.3) เป็นครอบครัวขยาย ผู้คลอดในกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30 และในระดับชั้นต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 23.3 ส่วนสามีของผู้คลอดในกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับชั้นต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30 และระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าร้อยละ 23.3 ผู้คลอดและสามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 93.3 ตามลำดับ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square tests) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอด

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	15.6	8.61	12.6	4.66	1.650	0.052
	Min-Max = 6-33		Min-Max = 6-23			
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	8.8	2.48	9.5	2.43	-0.990	0.160
	Min-Max = 4-12		Min-Max = 4-15			
ระยะที่ 1 ของการคลอด (นาที)	539.6	153.30	437.6	163.40	2.490	0.008*
	Min-Max = 230-825		Min-Max = 180-780			
ระยะที่ 2 ของการคลอด (นาที)	37.8	24.10	35.6	20.06	0.390	0.340
	Min-Max = 10-91		Min-Max = 11-96			
ระยะที่ 3 ของการคลอด (นาที)	7.1	3.27	7.7	4.99	-0.580	0.280
	Min-Max = 3-19		Min-Max = 3-30			
น้ำหนักทารก (กรัม)	3,068	353.34	3,053.3	380.99	0.155	0.430
	Min-Max = 2,300-3,900		Min-Max = 2,300-3,680			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 15.6 สัปดาห์ (SD = 8.61) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 8.8 ครั้ง (SD = 2.48) ระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มนี้เฉลี่ยเท่ากับ 539.6 นาที (SD = 153.3) ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 37.8 นาที (SD = 24.10) ส่วนระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.1 นาที (SD = 3.27) ทารกในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,068 กรัม (SD = 353.34)

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 12.6 สัปดาห์ (SD = 4.66) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ครั้ง (SD = 2.43) ระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มนี้เฉลี่ยเท่ากับ 437.6 นาที (SD = 163.4) ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 35.6 นาที

(SD = 20.06) ส่วนระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 นาที (SD = 4.99) ทารกในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,053.3 กรัม (SD = 380.99) ระยะเวลาที่สามีของผู้คลอดในกลุ่มทดลองให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ชั่วโมง (SD = 0.56)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่าที (Independent t-tests) พบว่า ระยะที่ 1 ของการคลอดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มควบคุมมีระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 539.6 นาที ซึ่งมากกว่าระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 437.6 นาที ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดในด้านอื่นๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2)

ข้อมูลการตั้งครรภ์และ การคลอด	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	χ^2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การวางแผนการตั้งครรภ์			1.270	0.260
ใช่	19 (63.4)	23 (76.7)		
ไม่ใช่	11 (36.6)	7 (23.3)		
อายุครรภ์เมื่อคลอด	Mean = 38.5 (SD = 0.77)	Mean = 38.8 (SD = 1.12)	0.635	0.426
≤ 38 สัปดาห์	13 (43.3)	10 (33.3)		
≥ 39 สัปดาห์	17 (56.7)	20 (66.7)		
การได้รับยาบรรเทาปวด			0.635	0.426
ไม่ได้	13 (43.3)	10 (33.3)		
ได้	17 (56.7)	20 (66.7)		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 63.4 ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.5 สัปดาห์ ($SD = 0.77$) โดยพบว่าผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 39 สัปดาห์ขึ้นไป และผู้คลอดในกลุ่มนี้เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.7) ได้รับยาบรรเทาปวด

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 76.7 ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.8 สัปดาห์ ($SD = 1.12$) โดยพบว่าผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.7) คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 39 สัปดาห์ขึ้นไป และผู้คลอดในกลุ่มนี้เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.7) ได้รับยาบรรเทาปวด

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square tests) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.3 เปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests

ความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความเครียด	60.8	6.19	29.4	4.74	22.010	0.000*
	Min-Max = 50-74		Min-Max = 23-43			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีช่วงคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 50-74 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 60.8 คะแนน ($SD = 6.19$) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีช่วงคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 23-43 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 29.4 คะแนน ($SD = 4.74$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติค่าที (Independent t-tests) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.01, p < 0.001$)

4.4 เปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests

ความเจ็บปวด	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความเจ็บปวด	7.8	0.94	6.4	1.26	4.770	0.000*
	Min-Max = 5.5-9.3		Min-Max = 3.6-8.3			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีช่วงคะแนนความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 5.5-9.3 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 7.8 คะแนน (SD = 0.94) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีช่วงคะแนนความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 3.6-8.3 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 6.4 คะแนน (SD = 1.26)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติค่าที (Independent t-tests) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.77, p < 0.001$)

4.5 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-tests

ความพึงพอใจต่อการคลอด	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด	33.0	9.00	62.0	4.19	-16.010	0.000*
	Min-Max = 14-56		Min-Max = 53-69			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีช่วงคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 33.0 คะแนน (SD = 9.00) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีช่วงคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ระหว่าง 53-69 คะแนน โดยพบค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 62.0 คะแนน (SD = 4.19)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติค่าที (Independent t-tests) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.01, p < 0.001$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2556 โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจะมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยผลการวิจัยที่ได้พบว่า

1. ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 29.4 คะแนน (SD = 4.74) ซึ่งน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 60.8 คะแนน (SD = 6.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดเท่ากับ 6.4 คะแนน (SD = 1.26) ซึ่งน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดเท่ากับ 7.8 คะแนน (SD = 0.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 62 คะแนน (SD = 4.19) ซึ่งมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 33.0 คะแนน (SD = 9.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยข้างต้นเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด จากทฤษฎีของ Dick-Read (1984) เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ โดยระบบ

ประสาทซิมพาเทติกจะหลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตของผู้คลอด ซึ่งมีผลกระทบต่อบีบตัวของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดมาเลี้ยงที่มดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดมีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear-Tension-Pain Cycle) หากสามารถตัดวงจรดังกล่าวได้ จะทำให้ความเครียดลดลง และเมื่อความเครียดลดลงย่อมทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามลำดับ ซึ่งวิธีการตัดวงจรนั้น Dick-Read กล่าวว่า ทำได้โดยการให้ความรู้และให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอดแก่ผู้คลอด ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ (ที่หน่วยฝากครรภ์) และการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (ที่ห้องคลอด) โดยการให้ความรู้ช่วยลดความกลัวจากจินตนาการหรือความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการคลอด ส่วนการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความโดดเดี่ยวในห้องคลอด การไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรในห้องคลอด นอกจากนี้สามียังเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุดจึงสามารถให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุดและสามารถช่วยลดความกลัวในระยะคลอดของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การให้ความรู้ และการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจึงสามารถช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดตามทฤษฎีของ Dick-Read (1984) ได้

ในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี เริ่มต้นที่หน่วยฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป โดยจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลานาน 30 นาที ผู้วิจัยได้บรรยายเนื้อหาข้างต้นให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี โดยมีการนำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ที่สามารถเปิดย้อนกลับไปได้จนสตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าใจในเนื้อหาที่สอน การให้ความรู้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์นี้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีมีเวลาทบทวนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ยังทำให้สามีซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kayne et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ (2552) ที่มีการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยใช้สื่อในการสอนได้แก่ วีดีโอและเอกสารคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การให้ความรู้โดยที่ผู้วิจัยทำการสอนเป็นรายบุคคลนั้น ยังทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับสตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุนอีกด้วย มีบรรยากาศของการสอนที่มีความเป็นกันเองและเป็นส่วนตัวมากขึ้น ในระหว่าง

การสอน สตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุนยังสามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ทันที (ทิสนา แวมณี, 2553)

นอกจากนี้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติดังกล่าวเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีได้ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ จะได้ช่วยหาแนวทางแก้ไขจนสตรีตั้งครรภ์และสามีปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากวิจัยของ อัจฉรา คำแหง และคณะ (2553) ซึ่งเป็นการบรรยายให้สตรีตั้งครรภ์และสามีรับฟังเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดให้กับสามีผู้ให้การสนับสนุน เพื่อให้ นำกลับไปอ่านทบทวนและฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง (2550) ที่โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้มีการมอบคู่มือแนวทางการสนับสนุนให้ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดกลับไปทบทวนด้วยตนเอง จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการมอบคู่มือเกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดนั้นทำให้ทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับในระยะตั้งครรภ์ไปใช้ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ข้างต้น ก็มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งทำให้ความกลัวและความเครียดลดลงตามไปด้วย เห็นได้จากผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด (Mean = 29.4 คะแนน) ซึ่งน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพียงอย่างเดียว (Mean = 60.8 คะแนน) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ การศึกษาของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) เป็นการใช้เครื่องเล่นแสดงภาพเคลื่อนไหว ให้ความรู้แก่ผู้คลอดเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติและไม่มีคู่มือเพื่ออ่านทบทวน จึงอาจทำให้ผู้คลอดไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ส่วนในระยะคลอด เมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ตั้งแต่เริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม โดยเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดในการวิจัยครั้งนี้ โดยเชิญให้สามีของผู้คลอดซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เข้าไปทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดอย่างน้อยเป็นเวลา 3 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้กำลังใจและทำให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและความกลัวอันเกิดจากการไม่คุ้นชินกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรในห้องคลอด นอกจากนี้ สามียังทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของการคลอด ซึ่งสามีเป็นผู้รับทราบข้อมูลและนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอดอีกทีหนึ่ง เพื่อให้ทราบว่าขณะนี้การคลอดมีความก้าวหน้ามากน้อยแค่ไหน การทำหน้าที่ให้การสนับสนุนของสามีจึงเป็นการตัดวงจรของความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามทฤษฎีของ Dick-Read (1984) ได้อีกด้วย สำหรับการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายนั้น สามีจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 เช่น การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ นอกจากนี้ การที่สามีทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้คลอดในการช่วยสื่อสารกับพยาบาล สูติแพทย์ และญาติ ให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอดนั้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้คลอดคลายความเครียดลงจนทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามลำดับ เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงย่อมส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้นได้ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง (2550) และ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 53.81 และ 51.05 ซึ่งมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 47.83 และ 34.45 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำสามีมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื่องจากสามีจัดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากที่สุด (Oboro et al., 2011) เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอดและใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นบิดาของทารกในครรภ์อีกด้วย ดังนั้น การให้สามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้คลอดจึงก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า สามีเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด (IP, 2000; Price, Noseworthy, & Thornton, 2007) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Dick-Read ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอดแก่ผู้คลอดสามารถช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ ดังนั้น การนำสามีมาเป็น

ผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะช่วยลดความเครียด และความเจ็บปวด และยังช่วยทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้น

ในขณะที่สามีให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด สามียังช่วยบรรเทาความเจ็บปวดตามที่ได้ฝึกปฏิบัติทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ ซึ่งการลูบหน้าท้องโดยสามี ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง อีกทั้งยังทำให้รู้สึกถึงความห่วงใยและช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ส่วนการนวดเป็นวงกลมหรือเป็นรูปเลขแปดขณะมดลูกหดตัวที่บริเวณก้นกบ ซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด จากการเคลื่อนต่ำลงของศีรษะเด็กเข้าสู่เชิงกราน (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) การนวดในบริเวณนี้เป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งเอนดอร์ฟินไปควบคุมความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง และทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การคลอดจึงดำเนินไปตามปกติ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) สำหรับการใช้เทคนิคการหายใจจะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดในขณะที่มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลทำให้ลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการผ่อนคลาย (Smith et al., 2010) ดังนั้น วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดทั้ง 3 วิธีโดยสามีเป็นผู้ปฏิบัติและให้การช่วยเหลือนั้นทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงแตกต่างจากการศึกษาของ Khresheh (2008) ที่ผู้ให้การสนับสนุนทำหน้าที่เป็นเพื่อนผู้คลอดเพียงอย่างเดียวและโดยไม่มีการบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้คลอด

สำหรับผลการวิจัยในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเครียดและความพึงพอใจต่อการคลอดหลังคลอดเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้คลอดมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แตกต่างกับการศึกษาของ นวพร มามา (2550) ที่ได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงหลังคลอดทันที ทำให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากการคลอดนั่นเอง

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมสามารถตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ โดยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดและความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อตามที่กล่าวมาข้างต้น

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลส่วนบุคคลผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มีอายุเฉลี่ย 25 ปี สามิของผู้คลอดมีอายุเฉลี่ย 28 ปี ระยะเวลาสมรสเฉลี่ย 4 ปี ผู้คลอดส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ข้างต้น

สำหรับข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.99 ชั่วโมง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) และการศึกษาของ Campbell และคณะ (2006) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเท่ากับ 3.60 และ 10.4 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเท่ากับ 6.58 และ 11.7 ชั่วโมงตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ใกล้เคียงกับงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องข้างต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีผลช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้การเปิดเผยของปากมดลูกเป็นตามปกติมีผลให้ระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ลดลง จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดสามารถทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

6.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2556 จำนวน 60 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยใช้ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain theory) ของ Dick-Read (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ร่วมกับแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ในการสร้างโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (3) สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (4) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด ส่วนที่สองคือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด จำนวน 54 ข้อ ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความเจ็บปวด (3) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (4) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดตามลำดับ ได้ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้คลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ปี (SD = 4.02) สามีมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ปี (SD = 5.41) ผู้คลอดเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ปี (SD = 3.61) ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.3) เป็นครอบครัวเดี่ยว ทั้งผู้คลอดและสามีจบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 50 ตามลำดับ และ

มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 70 และ 93.3 ตามลำดับ ผู้คลอดในกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.6) มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้คลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 ปี ($SD = 5.41$) สามีมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 ปี ($SD = 6.13$) ส่วนผู้คลอดส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ปี ($SD = 2.31$) ลักษณะครอบครัวของผู้คลอดในกลุ่มนี้ (ร้อยละ 63.3) เป็นครอบครัวขยาย ผู้คลอดเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป ส่วนสามี (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้คลอดและสามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 93.3 ตามลำดับ และผู้คลอดเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) มีรายได้ครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน

สรุปว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้คลอดมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 63.4 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 15.6 สัปดาห์ ($SD = 8.61$) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 8.8 ครั้ง ($SD = 2.48$) ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.5 สัปดาห์ ($SD = 0.77$) และผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่งได้รับยาบรรเทาปวดคิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 8.99 ชั่วโมง ($SD = 2.55$) ทารกของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,068 กรัม ($SD = 353.34$)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้คลอดมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 76.7 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 12.6 สัปดาห์ ($SD = 4.66$) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ครั้ง ($SD = 2.43$) ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.8 สัปดาห์ ($SD = 1.12$) และผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่งได้รับยาบรรเทาปวดคิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 ชั่วโมง ($SD = 2.72$) ทารกของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,053.3 กรัม ($SD = 380.99$) ระยะเวลาที่สามีให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ชั่วโมง ($SD = 0.56$)

สรุปว่า ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยกลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด คะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดน้อยกว่า และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

6.2 ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ได้เฉพาะผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

6.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

6.3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ควรร่วมกันนำโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอด เนื่องจากโปรแกรมนี้ช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดได้

2. ควรให้สามีของผู้คลอดเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีความสำคัญในการช่วยคลอด และสามียังเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของปิยฉัตร ปธานราชฤทธิ์ (2549) ที่พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) ต้องการได้รับการสนับสนุนตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด

6.3.2 ด้านการบริหารการพยาบาล

1. โรงพยาบาลของรัฐ ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนเพื่อลดความรู้สึกลัว

และความวิตกกังวลจากการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและบุคลากรในห้องคลอด เพื่อลดความเครียดและความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. ควรจัดให้มีการอบรมพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด

6.3.3 ด้านการวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีอายุน้อยและส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกจึงไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนั้น การสนับสนุนจากสามีของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดจะช่วยทำให้มีประสบการณ์ในการคลอดที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดอีกด้วย

2. ควรมีการศึกษาถึงความเครียดของสามีที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดด้วย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบในการเตรียมสามีเพื่อทำหน้าที่ให้การสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

EFFECTS OF SPOUSE SUPPORT PROGRAM DURING THE FIRST STAGE OF LABOR ON STRESS, LABOR PAIN, AND CHILDBIRTH SATISFACTION IN PRIMIPAROUS WOMEN

ศิวพร สุดเพชร 5337328 NSAM/M

พย.ม. (การปกครองขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D., จวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D., ชานนท์ เนืองตัน, พ.บ., ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เชื้อหุ้มรกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกโดยผ่านทางช่องคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มดลูกเริ่มมีการหดตัวและเปิดขยายของปากมดลูกเป็นสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) ทั้งนี้ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นโดยสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการคลอดและจะรุนแรงมากที่สุดในช่วงท้ายของระยะที่หนึ่งของการคลอด เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงขึ้นและถี่ขึ้นตามลำดับ (พิริยา สุภศรี, 2546) ในระยะคลอด ผู้คลอดอาจเกิดความรู้สึกกลัวและเครียด โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (Sercekus & Okumus, 2007) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความกลัวและความเครียดในระยะนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและความรู้สึกโดดเดี่ยวภายในห้องคลอด (Yuenyong, 2008)

Dick-Read ได้กล่าวว่า เมื่อผู้คลอดมีความกลัวเพิ่มขึ้นในระยะคลอดจะทำให้มีความเครียดสูงและส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ดังนั้น วิธีลดความเจ็บปวดในระยะ

คลอดจึงต้องตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดดังกล่าว วิธีตัดวงจรนี้ ได้แก่ การให้ความรู้ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอด เป็นต้น (Dick-Read, 1984) ยิ่งผู้คลอดมีความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวดในระยะคลอดมากขึ้นยิ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้คลอดเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนทารกในครรภ์อย่างมาก (Morhason-Bello et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์นั้นมีทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ยาในกลุ่มนี้ เช่น Pethidine มีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ คือ กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ เหงื่อออก เป็นต้น นอกจากนี้ ยายังสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์และกดการหายใจของทารกเมื่อแรกเกิดทำให้ทารกมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ ส่วนวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้นมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การใช้น้ำบำบัด การนวดนวดนวดเข้าใต้ผิวหนังบริเวณหลังส่วนล่าง การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการจัดทำ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พบว่า การให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง สามารถปฏิบัติได้ง่ายเพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์และปลอดภัยกับผู้คลอด (Adams & Bianchi, 2008) นอกจากนี้ยังประหยัดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น (Banda et al., 2010) เพราะการสนับสนุนในระยะคลอดช่วยลดความกลัวของผู้คลอด ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว จึงเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดในระยะคลอด สอดคล้องกับทฤษฎีของ Dick-Read ข้างต้น

จากทฤษฎีของ Dick-Read (1984) Kayne และคณะ (2001) ได้นำทฤษฎีนี้มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเรียกว่า รูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอด (Model of Support during Labor) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม เนื่องจากให้ความสำคัญของการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ Kayne และคณะ (2001) ได้แบ่งการสนับสนุนในระยะคลอดออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (2) ด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร (3) ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และ (4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด

อย่างไรก็ตาม การนำบุคคลใกล้ชิดมาทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดมีด้วยกันหลายกลุ่มในที่นี้ ได้แก่ สามี มารดา พี่สาว น้องสาว เพื่อนหญิง ญาติหญิงของผู้คลอด พยาบาลผดุงครรภ์ รวมทั้งผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (doula) จากผลการวิจัยที่ผ่านมามีพบว่า บุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดมากที่สุดคือ สามี (ปิยฉัตร ปธานราษฎร์, 2549; Bruggemann et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า สามีทำหน้าที่ให้การ

สนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด (Noseworthy & Thornton, 2007) เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ลี้ภัย ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน อีกทั้งเป็นบิดาของทารกในครรภ์ด้วย จึงเป็นบุคคลที่ผู้ลี้ภัยต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากที่สุด (Oboro et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด พบว่ามีจำนวน 10 เรื่อง ซึ่งแต่ละเรื่องต่างมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน เช่น มีการเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในช่วงสั้นๆ ก่อนเข้าห้องคลอด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ในการเตรียมผู้ให้การสนับสนุน มีการใช้สื่อเพียงชนิดเดียว เช่น แจกคู่มือโดยไม่มีการสอนสาธิตร่วมด้วย (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) เก็บข้อมูลทำในช่วงหลังคลอดทันทีทำให้ผู้ลี้ภัยตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากยังมีการอ่อนเพลียจากการคลอด (นวพร มามาก, 2550) นอกจากนี้ ยังพบว่างานวิจัยแต่ละเรื่องมีผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนแตกต่างกันไป เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ ญาติหญิงสามีหรือญาติหญิง ในที่นี้พบว่า มีงานวิจัย 3 เรื่อง (นวพร มามาก, 2550; บุญส่ง สุประดิษฐ์, 2546; อัจฉรา คำแหง, 2553) ที่นำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด โดยมีการใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยและแนวทางการสนับสนุนที่แตกต่างกัน แต่แนวทางการสนับสนุนของทั้ง 3 เรื่อง ที่กล่าวมานั้นเน้นการสนับสนุนทางด้านร่างกายมากกว่าการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้การดูแลดังกล่าวอาจไม่สามารถตัดวงจรของ Dick-Read (1984) ที่กล่าวไว้ข้างต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย พร้อมทั้งนำแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ทั้ง 4 ด้านข้างต้นมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด โดยนำสามีมาเป็นผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

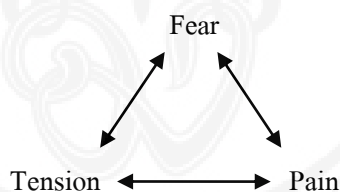
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจะมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain theory) ของ Dick-Read (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบอันส่งผลทำให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น กลไกดังกล่าวนี้เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle)

ความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถบรรเทาได้โดยการลดความกลัวของผู้คลอด วิธีการลดความกลัวของผู้คลอดในระยะคลอดนี้ประกอบด้วย การให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การให้ความรู้ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด และการดูแลด้านร่างกาย (Dick-Read, 1984) ซึ่ง Kayne และคณะ (2001) ได้นำทฤษฎีของ Dick-Read มาพัฒนาเป็นรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดโดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (2) ด้านให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร (3) ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และ (4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมของผู้คลอดให้มากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดข้างต้นมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อช่วยลดความเครียดและความเจ็บปวดของผู้คลอด ในขณะเดียวกันก็เพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นการคลอดครั้งแรก ตั้งครรภ์เดี่ยวและอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ ทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ มีความสามารถในการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี สถานภาพสมรสคู่ และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี สามียินดีและเต็มใจให้การสนับสนุนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดยินยอมให้สามีเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์แต่ไม่สามารถมาคลอดบุตรได้ ได้รับยาบรรเทาปวด (Pethidine) มากกว่า 1 ครั้งในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้รับการคลอดแบบลดความเจ็บปวด (Painless labor) คลอดโดยใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด (Vacuum extraction & Forceps extraction) ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Caesarean section) หรือมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในระยะที่ 1 ของการคลอด เช่น ผู้คลอดมีอาการชักจากภาวะความดันโลหิตสูง ทารกในครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจน เป็นต้น

3. เกณฑ์การยุติ (Termination criteria) คือ ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างที่เข้าร่วมวิจัยไม่ว่าจะด้วยกรณีใดก็ตาม สามีไม่สามารถให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ตามขั้นตอนการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมวิจัยไม่ว่าจะด้วยกรณีใดก็ตาม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G Power 3 (Franz, Edgar & Axel, 2007) เพื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างของความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test ซึ่งกำหนดให้ค่า effect size = 0.70 จากตัวอย่างงานวิจัยของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) และค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าจะมีการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10-15 (McGrath & Kennell, 2008) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 รายเท่าๆ กัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็นที่หน่วยฝากครรภ์และที่ห้องคลอด ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้แก่ผู้คลอดและสามีในระยะตั้งครรภ์ (ขณะที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่หน่วยฝากครรภ์) จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลารวม 30 นาที (2) การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (ที่ห้องคลอด) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด หรือเริ่มเบ่งคลอด

1.2 แผนการสอน เป็นแผนการสอนเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ เนื้อหาในแผนการสอนประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี

1.3 สไลด์ประกอบการบรรยาย เป็นสื่อการสอนเพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ โดยมีเนื้อหาตามแผนการสอน

1.4 คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี ตัวอย่างคำพูดระหว่างให้การสนับสนุน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ชุด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือนี้พัฒนาโดยผู้วิจัยเพื่อใช้ในการวิจัย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการบุตรในครรภ์ จำนวนครั้งที่สามีฝึกปฏิบัติตามคู่มือ

2.2 แบบวัดความเจ็บปวด (Pain Measurement Questionnaire) เพื่อใช้ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวด โดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แบ่งเป็น 10 ช่องๆ ละ 1 เซนติเมตร แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 และมีรูปใบหน้าคนที่แสดงอารมณ์อันบ่งบอกถึงความเจ็บปวดพร้อมกับมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 เพื่อแสดงความรุนแรงของความเจ็บปวด เมื่อ

ผู้เข้าร่วมวิจัยกักบาทตรงกับตัวเลขใดหรือชี้รูปใบหน้าที่มีตัวเลขกำกับไว้ ซึ่งตัวเลขในแต่ละระดับจะแสดงระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 ตัวเลขมาก หมายถึง มีความเจ็บปวดมาก ตัวเลขน้อย หมายถึง มีความเจ็บปวดน้อย โดยผู้วิจัยจะสอบถามระดับความเจ็บปวดของผู้ทดลองอย่างต่อเนื่องทุกชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) การแปลผลคิดจากการนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดจากการประเมินทุกชั่วโมงแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของผู้ทดลองแต่ละรายมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่ม

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาของการคลอด วิธีการคลอด เพศทารก คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด น้ำหนักทารก ระยะเวลาที่สามเฝ้าให้การสนับสนุน

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) พัฒนาเพิ่มเติมจากต้นฉบับในปี 1977 โดย Spielberger และคณะ (1983) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation โดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา เครื่องมือนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เพิ่มขึ้นในขณะเผชิญปัญหา (state anxiety) ในที่นี้เปรียบได้กับความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด การแปลผลคิดจากคะแนนรวมที่มีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเครียดน้อย

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด (Labour Agency Scale: LAS) พัฒนาโดย Hodnett (1983) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back-translation โดย ศิริวรรณ ยืนยง (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด การแปลผลคิดจากคะแนนรวมที่มีค่าอยู่ระหว่าง 10-70 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยซึ่งได้แก่ (1) โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) แผนการสอนเรื่องการสนับสนุนโดยสามเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอด (3) สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (4) คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดตรวจสอบโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย (1) สูติแพทย์ 1 ท่าน (2) อาจารย์พยาบาลของภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 2 ท่าน (3) อาจารย์พยาบาลของภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน และ (4) หัวหน้าพยาบาลห้องคลอดสามัญโรงพยาบาลศิริราช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา (content validity) จากนั้นนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบวัดความเจ็บปวด (2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เรียงตามลำดับดังนี้ (1) แบบวัดความเจ็บปวดมีค่าเท่ากับ 0.85 (2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าเท่ากับ 0.97 (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดมีค่าเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 แห่ง (ในที่นี้คือ หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช) ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบจำนวน 30 รายก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล กล่าวทักทายและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ เพื่อเชิญชวนสตรีตั้งครรภ์ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย หากสตรีตั้งครรภ์รายใดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้สตรีตั้งครรภ์อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามลำดับ

1. กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยฝากครรภ์ ส่วนที่ห้องคลอดหลังจากที่ได้รับการพยาบาลแรกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มประเมินข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 ซม.ขึ้นไป ผู้วิจัยสอบถามระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยประเมินทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด โดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลแรกเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียนผู้คลอดโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เมื่อครบ 2 ชม.หลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมิน

ความวิตกกังวลขณะเผชิญและประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังหน่วยหลังคลอดในลำดับต่อไป

2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยฝากครรภ์ร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย (1) การบรรยายเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด (2) สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด และ (3) มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด โดยผู้วิจัยพาผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีไปยังห้องสอนสุขศึกษาของหน่วยฝากครรภ์และให้คำแนะนำโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มประเมินข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มมีการเปิดเผยของปากมดลูก 3 ซม.ขึ้นไป ผู้วิจัยนำสามีเข้าไปที่เตียงคลอดของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 4 ด้านของ Kayne และคณะ (2001) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจำเป็นต้องได้รับการตรวจภายในหรือกิจกรรมการพยาบาลใดๆ ผู้วิจัยจะพาสามีออกมานั่งคอยบริเวณห้องให้คำปรึกษาซึ่งอยู่ด้านหน้าของห้องคลอดสามัญ ผู้วิจัยสอบถามระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยประเมินทุกชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด โดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่งคลอด จากนั้นผู้วิจัยนำสามีออกไปนั่งคอยบริเวณห้องให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการช่วยคลอดตามปกติ ในระยะหลังคลอดผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียนผู้คลอด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เมื่อครบ 2 ชม.หลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังหน่วยหลังคลอดในลำดับต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย หากสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และโทษของการเข้าร่วมวิจัย กระบวนการวิจัย และการเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยและสามีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะต้องลงนามในเอกสารชี้แจง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการที่ควรได้รับตามปกติ ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ที่เตียงรอกคลอดซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อคำถามข้อใดก็ตามที่ทำให้รู้สึกสะเทือนใจ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บอยู่ในกล่องที่ปิดมิดชิดแยกจากแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามทุกชุดจะไม่มีชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะหมายเลขกำกับแทนชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน และการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการเลขที่ 631/2555 (EC4) ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square tests) และสถิติที (Independent t-tests) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-tests) ($p < .05$)

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้คลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ปี (SD = 4.02) สามีมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ปี (SD = 5.41) ผู้คลอดเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ปี (SD = 3.61) ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.3) เป็นครอบครัวเดี่ยว ทั้งผู้คลอดและสามีจบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 50 ตามลำดับ และมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 70 และ 93.3 ตามลำดับ ผู้คลอดในกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.6) มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้คลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 ปี (SD = 5.41) สามีมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 ปี (SD = 6.13) ส่วนผู้คลอดส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ปี (SD = 2.31) ลักษณะครอบครัวของผู้

คลอดในกลุ่มนี้ (ร้อยละ 63.3) เป็นครอบครัวขยาย ผู้คลอดเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป ส่วนสามี (ร้อยละ 46.7) จบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้คลอดและสามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 93.3 ตามลำดับ และผู้คลอดเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) มีรายได้ครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน

สรุปว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้คลอดมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 63.4 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 15.6 สัปดาห์ ($SD = 8.61$) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 8.8 ครั้ง ($SD = 2.48$) ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.5 สัปดาห์ ($SD = 0.77$) และผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่งได้รับยาบรรเทาปวดคิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 8.99 ชั่วโมง ($SD = 2.55$) ทารกของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,068 กรัม ($SD = 353.34$)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้คลอดมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 76.7 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 12.6 สัปดาห์ ($SD = 4.66$) จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ครั้ง ($SD = 2.43$) ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.8 สัปดาห์ ($SD = 1.12$) และผู้คลอดเกินครึ่งหนึ่งได้รับยาบรรเทาปวดคิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 ชั่วโมง ($SD = 2.72$) ทารกของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,053.3 กรัม ($SD = 380.99$) ระยะเวลาที่สามีให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ชั่วโมง ($SD = 0.56$)

สรุปว่าข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยกลุ่มทดลองมีระยะระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด คะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดน้อยกว่า และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจะมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ เนื่องจากผู้วิจัยได้นำทฤษฎีของ Dick-Read (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งนี้เพราะร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะหลั่งสารแคทีโกลามีนเพิ่มขึ้นในกระแสโลหิตของผู้คลอด ซึ่งมีผลกระตุ้นเบต้ารีเซพเตอร์ของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดมาเลี้ยงที่มดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดมีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear-Tension-Pain Cycle) หากสามารถตัดวงจรดังกล่าวได้ จะมีผลทำให้ความเครียดลดลง และเมื่อความเครียดลดลงย่อมทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามลำดับ ซึ่งวิธีการตัดวงจรนั้น Dick-Read กล่าวว่า ทำได้โดยการให้ความรู้และให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ในระยะคลอดแก่ผู้คลอด ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มต้นที่หน่วยฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป โดยจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลานาน 30 นาที

ในการให้ความรู้นั้น ผู้วิจัยได้บรรยายเนื้อหาข้างต้นให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี โดยมีการนำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ที่สามารถเปิดย้อนกลับไปได้จนสตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าใจในเนื้อหาที่สอน การให้ความรู้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์นี้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีมีเวลาทบทวนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและยังทำให้สามีซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ (2552) ที่มีการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยใช้สื่อในการสอนได้แก่ วีดีโอและเอกสารคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การให้ความรู้โดยที่ผู้วิจัยทำการสอนเป็นรายบุคคลนั้น ยังทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับสตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุนอีกด้วย มีบรรยากาศของการสอนที่มีความเป็นกันเองและเป็นส่วนตัวมากขึ้น ในระหว่างการสอนสตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุนยังสามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และทำให้ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาที่สอนได้ทันที (ทิสนา แคมณี, 2553)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีผู้ให้การสนับสนุน เกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งได้แก่ การอุ้มหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติดังกล่าวเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีได้ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติ จะได้ช่วยหาแนวทางแก้ไขจนสตรีตั้งครรภ์และสามีปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากวิจัยของ อัจฉรา คำแหง และคณะ (2553) ซึ่งเป็นการบรรยายให้สตรีตั้งครรภ์และสามีรับฟังเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดให้กับสามีผู้ให้การสนับสนุน เพื่อให้กลับไปอ่านทบทวนและฝึกปฏิบัติต่อบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง (2550) ที่โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้มีการมอบคู่มือแนวทางการสนับสนุนให้ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดกลับไปทบทวนด้วยตนเอง จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการมอบคู่มือเกี่ยวกับการคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และแนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดนั้นทำให้ทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับในระยะตั้งครรภ์ไปใช้ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ข้างต้น ก็มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งทำให้ความกลัวและความเครียดลดลงตามไปด้วย เห็นได้จากผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด (Mean = 29.4 คะแนน) ซึ่งน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพียงอย่างเดียว (Mean = 60.8 คะแนน) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ การศึกษาของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ (2551) เป็นการใช้เครื่องเล่นแสดงภาพเคลื่อนไหว ให้ความรู้แก่ผู้คลอดเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติและไม่มีคู่มือเพื่ออ่านทบทวน จึงอาจทำให้ผู้คลอดไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ส่วนในระยะคลอด เมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ตั้งแต่เริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม โดยเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดในการวิจัยครั้งนี้ โดยเชิญให้

สามีของผู้คลอดซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เข้าไปทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดอย่างน้อยเป็นเวลา 3 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้กำลังใจและทำให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและความกลัวอันเกิดจากการไม่คุ้นชินกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรในห้องคลอด นอกจากนี้ สามียังทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของการคลอด ซึ่งสามีเป็นผู้รับทราบข้อมูลและนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอดอีกทีหนึ่ง เพื่อให้ทราบว่าขณะนี้การคลอดมีความก้าวหน้ามากน้อยแค่ไหน การทำหน้าที่ให้การสนับสนุนของสามีจึงเป็นการตัดวงจรของความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามทฤษฎีของ Dick-Read (1984) ได้อีกด้วย สำหรับการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายนั้น สามีจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 เช่น การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ ซึ่งการลูบหน้าท้องโดยสามีผู้ให้การสนับสนุนนั้น ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง อีกทั้งยังทำให้รู้สึกถึงความห่วงใยและช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ส่วนการนวดโดยวิธีนวดเป็นวงกลม หรือเป็นรูปเลขแปดขณะมดลูกหดตัวที่บริเวณก้นกบ ซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด จากการเคลื่อนต่ำลงของศีรษะเด็กเข้าสู่เชิงกราน (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) การนวดเป็นวงกลม หรือเป็นรูปเลขแปดในบริเวณนี้จะเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งเอนดอร์ฟินไปควบคุมความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) สำหรับการใช้เทคนิคการหายใจจะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดในขณะที่มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลทำให้ลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการผ่อนคลาย (Smith et al., 2010) นอกจากนี้การที่สามีทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้คลอดในการช่วยสื่อสารกับพยาบาล สูติแพทย์ และญาติ ให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้คลอดคลายความเครียดลงจนทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามลำดับ เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงย่อมส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้นได้ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง (2550) และอาทิตย์ยา เพิ่มสุข (2550) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 53.81 และ 51.05 ซึ่งมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดเท่ากับ 47.83 และ 34.45 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำสามีมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื่องจากสามีจัดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากที่สุด (Oboro et al., 2011) เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอดและใช้ชีวิตประจำวัน

ร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นบิดาของทารกในครรภ์อีกด้วย ดังนั้น การให้สามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ผู้คลอดจึงก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า สามีเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด (IP, 2000; Price, Noseworthy, & Thornton, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dick-Read ที่กล่าวว่าการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอดแก่ผู้คลอดสามารถช่วยลดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ ดังนั้น การนำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะช่วยลดความเครียด และความเจ็บปวด และยังช่วยทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดเพิ่มมากขึ้นแตกต่างจากการศึกษาของ Khreshch (2008) ที่ผู้ให้การสนับสนุนทำหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดเพียงอย่างเดียวและไม่ได้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้คลอดด้วยวิธีการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะเป็นการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมแล้ว ยังสามารถช่วยลดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ โดยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดและความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อตามที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ควรร่วมกันนำโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอด เนื่องจากโปรแกรมนี้ช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดได้
2. ควรให้สามีของผู้คลอดเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีความสำคัญในการช่วยคลอด

และสามียังเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของปิยฉัตร ปรานราษฎร์ (2549) ที่พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) ต้องการได้รับการสนับสนุนตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. โรงพยาบาลของรัฐ ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการให้มีการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนเพื่อลดความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลจากการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและบุคลากรในห้องคลอด ซึ่งทำให้เกิดความเครียดและความเจ็บปวดได้
2. ควรจัดให้มีการอบรมพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด

ด้านการวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจากการวิจัยครั้งนี้ในผู้คลอดกลุ่มอื่น เช่น ผู้คลอดสตรีวัยรุ่น เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีอายุน้อยและส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกจึงไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนั้น การสนับสนุนจากสามีของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดจะช่วยทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ในการคลอดที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดอีกด้วย
2. ควรมีการศึกษาถึงความเครียดของสามีที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดด้วย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบในการเตรียมสามีเพื่อทำหน้าที่ให้การสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ

EFFECTS OF SPOUSE SUPPORT PROGRAM DURING THE FIRST STAGE
OF LABOR ON STRESS, LABOR PAIN, AND CHILDBIRTH
SATISFACTION IN PRIMIPAROUS WOMEN

SIVAPORN SUDPHET 5337328 NSAM/M

M.N.S. (MASTER OF NURSING SCIENCE IN ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NANTHANA THANANOWAN, Ph.D.,
CHAWEEWAN YUSAMRAN, Ph.D., CHANON NEUNGTON, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Childbirth is natural phenomenon that occurs for the purpose of passing infant, placenta, amniotic sac and amniotic fluid from the uterus through the vaginal. When a woman delivers, the uterus contracts and the cervix dilates, thereby causing labor pain during childbirth (Theerapong Jaroenwit et al., 2008). The pain intensity is related to labor progress, and the pain is most intense during the final part of the first stage of labor because the uterus contracts more intensely and frequently (Piriya Supasee, 2003). During labor, mothers may develop fear and stress, especially primiparous mothers who have never had prior experience in childbirth (Sercekus & Okumus, 2007). The main reasons for the fear and stress are partly due to the unfamiliar environment and a feeling of isolation in the delivery room.

Dick-Read purposed that mothers who develop greater fear during labor will have more stress leading to greater pain intensity in what becomes a series called the Fear-Tension-Pain Cycle. To reduce pain during labor and childbirth, it is necessary to interrupt the aforementioned cycle by, for example, providing knowledge, information and instruction on labor progress with mental and emotional support during delivery, etc. (Dick-Read, 1984). The greater the fear, stress and pain during

childbirth, the greater the impact occurring with the mother's physical and mental condition as well as the unborn fetus (Morhason-Bello et al., 2008).

According to literature review, both pharmacological and non-pharmacological methods for relieving labor pain to reduce impacts on mother and infant. For pharmacological methods, drugs such as Pethidine are used in which the key effects are suppressed breathing, nausea and vomiting, low heart rate and blood pressure, perspiration and fainting. In addition, this medication can also be passed to the unborn fetus and suppress the infant's breathing during delivery to result in hypoxemia. Water therapy, subcutaneous injections of distilled water into the lower back and physical movement in combination with posture arrangements are examples of non-pharmacological methods. However, the provision of support during childbirth has been found to be an effective pain relief method that can be practiced easily as no instruments are needed while the method is safe and economical for mothers (Adams & Bianchi, 2008). Hence, mothers are more satisfied with the childbirth experience (Banda et al., 2010). For these reasons, providing support during childbirth can help reduce maternal fear by making mothers feel they are not isolated and thus breaking the Fear-Tension-Pain Cycle in line with theory of Dick-Read.

Kayne et al (2001) employed Dick-Read's theory (1984) to develop a practice guideline called the Model of Support during Labor which covered physical, psycho-emotional and social aspects because it gives primary importance to psychological and emotional support and can effectively break the Fear-Tension-Pain Cycle. Kayne et al (2001) divided support during labor into 4 areas, namely (1) Emotional support; (2) Advice and information; (3) Tangible assistance / Physical comfort measures, and (4) Advocacy.

However, various groups of closely related people are brought in to provide support during labor, namely husbands, mothers, sisters, friends, female relatives, midwives and doulas. According to previous studies, the persons from whom women most want support during labor were their husbands (Piyachat Patanradh, 2006; Bruggemann et al., 2007). In addition, husbands are best at providing psycho-emotional support (Noseworthy & Thornton, 2007) because they are the people most intimately involved with the women, the people sharing their lives with the women and fathers of the unborn children. Thus, husbands are the people with whom women

most want to share childbirth experiences (Oboro et al., 2011). The review of literature in Thailand conducted to study support during labor yielded 10 articles, each of which had different limitations, for example, preparing the person giving support for a short time before entering the labor room (Atittaya Peomsook, 2007), using only one type of media in preparing the person giving support, for example, by handing over a manual without any demonstration (Atittaya Peomsook, 2007), and collecting data immediately after the delivery which caused the mothers to answer the questions incompletely or contradictory to the truth because they were still tired from giving birth (Navaporn Mamark, 2007). In addition, the persons giving support in each of the studies were different, for example, midwives, female friends, husbands or female relatives. Three studies (Navaporn Mamark, 2007; Boonsong Supradith, 2003; Achara Kumhang, 2010) asserted that husbands were the persons giving support during labor with different conceptual frameworks and different guidelines for providing support. However, the guidelines for the three studies placed greater emphasis on physical support than psycho-emotional support. Hence, the Fear-Tension-Pain Cycle of Dick-Read (1984) could not be broken.

In the present study, therefore, the researcher used the Fear-Tension-Pain Theory of Dick-Read (1984) as the conceptual framework and four aspects of supporting guidelines by Kayne et al (2001) to develop into a support program during the first stage of labor to reduce stress and labor pain while increasing childbirth satisfaction with husbands as the persons offering support.

Purpose of the Study

To study the effects of spouse support program during the first stage of labor on stress, labor pain, and childbirth satisfaction among primiparous women

Hypothesis (Option)

Primiparous women receiving routine nursing care in combination with the spouse support program during the first stage of labor will develop less stress and labor pain with greater childbirth satisfaction than primiparous women receiving routine nursing care only.

Conceptual Framework

The researcher used Dick-Read's theory of Fear-Tension-Pain (1984) as the conceptual framework for the study. The theory explains that the body and mind are interrelated. Fear and tension during labor cause the body to develop negative reactions causing more pain. This mechanism becomes a cycle called the Fear-Tension-Pain Cycle as shown in Figure 1.



Figure 1 - Fear-Tension-Pain Cycle

Labor pain can be relieved by reducing maternal fear. The method for reducing labor pain is composed of providing psycho-emotional support, knowledge, information and instruction on labor progress and on physical care (Dick-Read, 1984). Kayne et al (2001) developed Dick-Read's idea into the support provision model by dividing into 4 areas composed of the following: (1) Emotional support; (2) Advice and information; (3) Tangible assistance / Physical comfort measures, and (4) Advocacy in order to cover the mother's physical, psycho-emotional and social aspects as well as possible. In the present study, the researcher employed the above support model to develop as spouse support program during the first stage of labor to reduce stress and labor pain of mothers while increasing childbirth satisfaction.

Methodology

The population in the study were pregnant women coming for prenatal care and deliver their children at the delivery room of Siriraj Hospital. The subjects were pregnant women coming for prenatal care and delivering in the delivery room of Siriraj Hospital. The subjects were selected by the purposive sampling method according to the following inclusive and exclusive criteria:

1. Inclusion criteria - Primiparous women aged 18 years or older, single pregnancy and gestational ages of 36 weeks or more, fetuses with heads crowning, no complications, ability to listen, speak and write in Thai well, married and living with spouses and good spousal relationships, husbands willing to give support at first stage of labor and women who allowed husbands to give support in first stage of labor.

2. Exclusion criteria - Pregnant women who came for prenatal care but were unable to make it to the hospital for labor and childbirth; women receiving pethidine for more than one in first stage of labor, women with painless labor, women giving birth by vacuum extraction or forceps extraction, women who undergo caesarean section or have emergencies during first stage of labor such as women who had seizures from hypertension or fetal hypoxemia.

3. Termination criteria were women unable to follow the research procedures or request to resign from the project for whatever reason; husband's inability to provide consistent support for at least three hours according to research procedures or request to resign for whatever reason.

The sample group size was calculated by using the G Power 3 computer program (Franz, Edgar & Axel, 2007) to analyze and find the differences in tension, pain and satisfaction between the groups using independent t-test, with an effect size = 0.70 from the sample research of Boontawee Soontornlimsili (2008), power = 0.80 and ($\alpha = 0.05$). The calculation using the aforementioned computer program yielded a sample group size of 26. However, previous research revealed potential attrition of 10-15% for the sample group (McGrath & Kennell, 2008). Thus, the researcher increased the sample group size by 15% for a total sample group size of 60 people with 30 people in the control and experimental groups.

Instruments

The research instruments were divided into two types, namely, instrumentation employed in conducting the research and data collection instrumentation.

1. **The instrumentation employed in conducting the research**, this instrumentation developed by the researcher, comprised the following:

1.1 The spouse support program during the first stage of labor was divided as follows: (1) providing knowledge to the women and husbands during pregnancy (gestational ages of 36 weeks or more at the prenatal care unit) in one thirty-minute session; (2) support offered by husbands at first stage of labor (at the delivery room) starting when the cervix had dilated 3 centimeters until the cervix was completely dilated or the women had started to push.

1.2 Teaching plans for instructing the pregnant women and husbands at the prenatal care unit. The content was composed of knowledge on normal childbirth, pain relief methods and practice guidelines for support in first stage of labor for both the women and their husbands.

1.3 Slides to educate the pregnant women and husbands at the prenatal unit with content concurrent with the teaching plans.

1.4 A manual to support the women during childbirth with contents about normal childbirth, pain relief methods, and practice guidelines on giving support in first stage of labor for the pregnant women and husbands with samples of things to say while offering support.

2. **Data Collection Instruments:** 5 sections containing 54 questions as follows:

2.1 Demographic questionnaires developed by the researcher containing 13 questions on the ages, educational attainments and occupations of the research participants and their husbands, marital status, marital duration, family income, family characteristics, prenatal planning, the desire for the unborn child, number of times the husbands had practiced according to the manual.

2.2 Pain Measurement Questionnaire to assess level of pain by marking x on a straight line divided into 20 segments each at 1-cm intervals and each numbered from 0 to 10 to show the level of pain and which contains faces showing

emotions indicating pain numbered from 0 to 10. The research participants marked an x on the number or pointed to the face with the number. The numbers indicated levels of pain from 0 to 10 where higher numbers meant more pain and low numbers meant less pain. The researcher inquired about the subjects' level of pain every hour once the cervix had dilated 3 centimeters or more until the women had completely dilated (10 centimeter). Next, the total score from the hourly assessments were used to find an average value and each subject's average was added together in order to calculate an average for the entire group of research participants.

2.3 Prenatal and Delivery Information Form developed by the researcher containing 11 questions on gestational age at the first prenatal care visit, number of prenatal care visits, gestational age at delivery, pain relief medication received, delivery duration, delivery method, fetal gender, Apgar score at Minutes 1 and 5 for the newborns, infant birth weight and duration of support given by the husbands.

2.4 State Anxiety Inventory Form Y-1 developed from the original version in 1977 by Spielberger et al (1983). This instrument contained 20 questions back-translated into Thai by Darawan Tapinta. The instrument was used to assess state anxiety or stress which could be compared to tension occur during childbirth. The interpretation was made from total scores ranging between 20-80 points in which high scores meant high levels of tension and low scores meant low levels of tension.

2.5 Labor Agency Scale developed by Hodnett (1983). This instrument contained 10 questions back-translated into Thai by Siriwan Yuenyong (2007) and used to evaluate labor agency. Result interpretation was made from the total scores ranging between 10-70 points in which high total scores meant high levels of satisfaction and low scores meant low satisfaction.

Instrument Quality

The instrumentation employed in conducting the research, comprised the following : The spouse support program during the first stage of labor, Teaching plans, Slides to educate the pregnant women and husbands, and Manual to support the women during childbirth. Data collection instrumentation, comprised the following :

Demographic questionnaires, Prenatal and Delivery Information Form. For content validity, the researcher had the research instrument verified by 5 experts comprising the following: (1) 1 Gynecologist, (2) 2 nursing professors from the Department of Obstetrics and Gynecology, (3) 1 nursing professor from the Department of Psychiatric Mental Health Nursing, and (4) the Head Nurse of Siriraj Hospital's Delivery Room. Next, the instruments were corrected according to the suggestions received.

Pain Measurement Questionnaire, State Anxiety Inventory Form Y-1, and Labor Agency Scale used with 60 subjects to test for reliability. Cronbach's alpha coefficient for Pain Scale's Cronbach's alpha coefficient was 0.85, (2) 0.97 for State Anxiety Inventory Form, (3) and 0.94 for the Labor Agency Scale.

Data Collection

Because there were 2 venues for data collection (the prenatal care unit and Siriraj Hospital's delivery room), the researcher began collecting data from the control group, which was the group receiving routine nursing care only, and then from the experimental group. The researcher requested cooperation from the nurses at the prenatal care in selecting subjects with qualifications meeting the set criteria. Next, the researcher met with the pregnant women personally to introduce herself, explain the research objectives, methodology and details on protecting rights in order to persuade the pregnant women to participate in the research project. The researcher let the interested pregnant women read the details in the documents explaining the details to the participants and then had the subjects sign informed consent forms.

1. Control Group - The control group was the group receiving routine nursing care only at the prenatal care unit. After receiving preliminary nursing care in the delivery room, the researcher began assessing personal data when the subjects' cervixes had dilated 3 centimeters or more. The researcher then inquired about the level of labor pain every hour until the cervix had completely dilated by using the pain scale. Next, the researcher recorded data on pregnancy and childbirth from the women's medical records using the pregnancy and childbirth record 2 hours postpartum. The researcher assessed tension by using State Anxiety Inventory Form

Y-1 and assessed the women's childbirth satisfaction by using the childbirth satisfaction questionnaire. Next, the researcher thanked the participants and informed them that the research project had ended before transferring the participants to the postpartum unit.

2. Experimental Group - The experimental group was the group receiving routine nursing care at the prenatal unit in combination with the spouse support program during the first stage of labor composed of the following: (1) description of the model of support in first stage of labor; (2) demonstration and practice on model of support in first stage of labor and (3) distributing manuals on the model of support during childbirth in which the researcher took the participants and husbands to the Health Study Room of the prenatal care unit and gave instructions for approximately 30 minutes. When it was time for the delivery stage after the participants had received preliminary nursing care, the researcher began to assess personal data when the participants' cervixes had dilated 3 centimeters or more. The researcher took the husbands to the participants' delivery beds to give support in first stage of labor using the practice guidelines for the model of support in first stage of labor in 4 aspects categorized by Kayne et al (2001). If the participants required internal examination or any nursing activities, the researcher would take the husbands to wait outside the consultation room which was at the front of the delivery room. The researcher inquired about labor pain every hour by using the pain scales until the cervixes had completely dilated or the participants began to push. Then the researcher took the husbands to wait in the consultation room to insure the participants received normal childbirth assistance. After the delivery, the researcher recorded data on the pregnancy and delivery from medical records using the pregnancy and childbirth record form. At 2 hours postpartum, the researcher assessed the level of tension using the State Anxiety Inventory Form Y-1 and the childbirth satisfaction questionnaire. Then the researcher thanked the participants and notified them that the research was over before the participants were transferred to postpartum unit.

Protection of Human Subjects

In this research, the researcher asked the participants for their willingness to participate. The researcher explained to the participants about the research objectives, advantages and disadvantages of research participation, research procedures, maintaining confidentiality and allowing the participants to ask questions before conducting the research. The participants and husbands willing to participate in the research were asked to sign information sheets explaining the research and an informed consent form. The participants were allowed to resign from the research project at any time without negative consequences on the services that they would normally receive. During data collection, the researcher arranged for the participants to wait in the labor beds for privacy. The participants had the right to refuse to answer any question that made them feel uneasy. The consent forms were kept in a closed box and separated from the questionnaires to prevent linking with the participants data. None of the questionnaires contained first or last names. Rather, the researcher assigned numbers to replace the participants' first and last names. This research was approved by the Institutional Review Board, Faculty of Medicine, Siriraj Nursing, Mahidol University with project code number 631/2555 (EC4) dated 14 December 2012.

Data Analysis

Data analysis was performed by using a computer program to calculate frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Personal data differences were tested using Chi-square tests and Independent t-test. The differences between the mean scores for stress, tension and satisfaction after the experiment for the control and experimental groups were compared by using Independent t-test ($p < .05$).

Results

1. The analysis of data on the women in the control group revealed the women's average age to be 25.1 years ($SD = 4.02$) and the husbands average age to be 26.5 years ($SD = 5.41$). Nearly all of the women were married and living with their spouses (not registered) (90%), the average marriage duration was 4.5 years ($SD = 3.61$). Over half of the families (53.3%) were nuclear families. The women and husbands' educational attainments were lower than or equivalent to secondary school level (43.3% and 50%, respectively). The subjects were mostly self-employed (70% and 93.3%, respectively) and nearly half of the women (46.6%) had family monthly incomes of 15,000 baht/month or less.

2. The analysis of the data on the women in the experimental group revealed the women's average age to be 24.8 years ($SD = 5.41$) and the husbands average age to be 29.7 years ($SD = 6.13$). Most of the women were married and living with spouses (not registered) (86.7%). The average marriage duration was 3.4 years ($SD = 2.31$), (63.3%) of the families were extended families. Nearly half of the women (46.7%) had graduated with Associate degrees or higher while the husbands (46.7%) had graduated with lower than or equivalent to early secondary school educations. The subjects were mostly self-employed (76.7% and 93.3%, respectively). Almost half of the women (43.3%) had family monthly income 20,000 baht/month or more.

The analysis of the differences in personal data between the women in the two groups revealed the aforementioned data to be no different with statistical significance.

3. For the control group, analysis results on pregnancy and childbirth data revealed 63.4% of the women to have planned the pregnancies. The average gestational age at the first prenatal care visit was 15.6 weeks ($SD = 8.61$); the average number of prenatal care visits was 8.8 times ($SD = 2.48$); the average gestational age at delivery was 38.5 weeks ($SD = 0.77$) and 56.7% of the women received pain relief medication. The average duration of first stage of labor was 539.6 minutes ($SD = 153.3$), and in the control group the average birth weight was 3.068 grams ($SD = 353.34$).

4. For the experimental group, the analysis results on the women's pregnancy and childbirth data, thereby revealing that 76.7% of the women had planned

the pregnancy. The average gestational age at the first prenatal care visit was 12.6 weeks (SD = 4.66); the average number of prenatal care visits was 9.5 times (SD = 2.43); the average gestational age at delivery was 38.8 weeks (SD = 1.12) and 66.7% of the women received pain relief medication. The average duration of first stage of labor was 437.6 minutes (SD = 163.4), and in the experimental group's average birth weight was 3,053.3 grams (SD = 380.99). The duration of the husbands' support in first stage of labor was 3.4 hours (SD = 0.56).

The analysis of the differences in data on pregnancy and childbirth between the women in the two groups revealed the aforementioned data to be no different with statistical significance. But the average duration of first stage of labor in the experimental group revealed lower than in the control group.

5. The analysis results on tension, pain and satisfaction scores using descriptive statistics to calculate average and standard deviation revealed the women in the control group to have an average tension score of 60.8 points (SD = 6.19). The average pain score was 7.8 points (SD = 1.26) and the average satisfaction score was 33.0 points (SD = 9.00). For women in the experimental group, the average tension score was 29.4 points (SD = 47.4). The average pain score was 6.4 points (SD = 1.26) and average satisfaction score was 62.0 points (SD = 4.19).

6. The analysis results on the differences in tension, pain and satisfaction scores between the women giving birth in the two groups by using Independent t-test revealed the women in the experimental group to have lower tension scores, lower pain scores and higher satisfaction scores than the women in the control group with statistical significance ($p < .001$).

Discussion

The research findings revealed the women receiving routine nursing care in combination with the spouse support program during the first stage of labor to have lower levels of tension, lower levels of pain and higher levels of satisfaction than the women receiving only routine nursing care with statistical significance ($p < .001$). The research findings concurred with the three hypotheses set by the researcher because the researcher used Dick-Read's theory (1984) as the conceptual framework

for the study because the body and mind are interrelated. Fear and tension during labor causes the body to develop negative responses as the sympathetic nervous system secretes more catecholamine substances into the bloodstream to trigger the uterus' beta-receptors. Hence, the cervical muscles relax, uterine contractions are reduced and become ineffective, blood supply to the uterus and placenta are reduced and the uterine muscles lack oxygen which results in increased labor pain. Fear, tension and pain are connected in a cycle. If the cycle is broken, tension will reduce, which in turn reduces pain. Dick-Read asserted that this cycle could be broken by providing knowledge and psycho-emotional support during labor for women giving childbirth. The researcher employed the aforementioned concept to develop the model of support in first stage of labor beginning at the prenatal unit at gestational ages of 36 weeks or more and arranging for the instruction on normal childbirth, pain relief methods and practice guidelines for the model of support in first stage of labor for the pregnant women and their husbands in one thirty-minute session.

In providing knowledge, the researcher explained the aforementioned contents to the pregnant women and husbands with the use of computer that could be replayed until the women and the husbands understood the contents. Instruction at this stage of pregnancy allowed the women and husbands time to properly review knowledge and understanding. Furthermore, the instruction made the husbands' support more effective. The aforementioned finding concurred with the study of Sopen Chunuan et al (2009) which was conducted to instruct pregnant women and people providing support during pregnancy by using teaching media such as videos and related information sheets. Instruction was also provided by the researcher on a personal basis, which built good relationships between the instructor and the pregnant women and their husbands. The teaching atmosphere was friendly and personal. During the teaching, the pregnant women and husbands could talk and ask questions, thereby enabling the researcher to immediately assess the knowledge on the teaching content (Tissana Kaemane, 2010). This instruction was different from the study of Atittaya Peomsook (2007) in which the persons providing were prepared for a short period of 10 minutes before entering the delivery room only once in combination with handing out manuals to the women giving birth so they could read by themselves at home.

The researcher also demonstrated and trained the pregnant women and husbands on methods for supporting in first stage of labor, namely, stomach rubbing, coccyx rubbing and breathing technique. The aforementioned demonstrations and training were aimed at helping the women and husbands practice by themselves to gain more confidence and helping the researcher realize problems and barriers occurring during the training. Hence, the researcher was able to find remedies until the pregnant women and husbands were able to perform the activities correctly. The aforementioned findings differed from the study conducted by Achara Kamhaeng et al (2010) which involved only explanations for the pregnant women and husbands to hear. The researcher also handed out manuals to the husbands on giving support to wives enable them to read and practice at home. The aforementioned findings concurred with the study of Siriwan Yuenyong (2007) wherein the support program in first stage of labor the persons giving support were handed manuals on guideline for giving support to read and review at home. Thus, it can be concluded that the model of support in first stage of labor composed of knowledge, demonstration and training with manuals on normal childbirth, pain relief methods and practice guidelines for giving support made the women and husbands gain proper knowledge. They were able to effectively use the knowledge and understanding acquired during the pregnancy in the delivery stage.

Once the pregnant women had gained the aforementioned knowledge, they worried less, so their fear and tension was also lower. The aforementioned findings was evident in the pregnant women in the experimental group who received the model of support during labor had average tension scores (Mean = 29.4 points) that were lower than the average tension scores in the control group receiving only routine nursing care (Mean = 60.8 points). The aforementioned findings concurred with the study of Boontawee Soontornlimsili (2008) which was conducted to provide instruction on childbirth in combination with support during delivery stage in primiparous women whereby the tension scores in the experimental group were lower than the scores for the control group with statistical significance. However, in comparison to this research, the study of Boontawee Soontornlimsili (2008) only used a machine to display motion pictures to instruct the pregnant women without any

demonstration or training and no manuals given. Hence, the women may not have understood or practiced properly.

During the delivery stage when the women felt labor pain when the cervix had dilated 3 centimeters or more, the researcher used the supporting guidelines of Kayne et al (2001) composed of physical, psychological, emotional and social support with emphasis on psycho-emotional support as part of the support program at the delivery stage. The husbands who had received instructions and training since the pregnancy stage were invited to provide support in first stage of labor by accompanying the women for at least 3 hours in order to encourage and make the women feel less anxiety and fear caused by the unfamiliar environment and personnel in the delivery room. Furthermore, the husbands also provide information on the delivery progress because the husbands were the ones receiving information and passing them to the women so the women knew about the delivery progress. Thus, the husbands' support helped break the fear-tension and pain cycle in line with Dick-Read's theory (1984). For physical assistance, the husbands helped relieve labor pain in first stage of labor, for example, through stomach rubbing, coccyx massaging and breathing techniques. The husbands' support made the women feel less pain. Furthermore, the care the husbands provided helped the women relax physically and psychologically (Sukanya Prisanyakul and Nantapon Sansiripan, 2007). The massage was done in circles or in a figure-8 motion during uterine contractions at the coccyx area which was the area where the women felt the most pain in first stage of labor because the crowning of the infant (Teerapong Jaroenwit et al., 2008) stimulated large nerve fibers and triggered the pituitary gland to secrete endorphins which controlled pain. Hence, the women felt less pain (Sukanya Prisanyakul and Nantapon Sansiripan, 2007). Breathing techniques distracted the women's attention during uterine contractions as the pain was reduced and relaxation was promoted (Smith et al., 2010). In addition, the husbands represented the women in communicating with the nurses, gynecologists and relatives to ensure the women knew the progress in labor. For this reason, the women's tension and pain were reduced. As pain levels dropped, satisfaction increased. The aforementioned findings were in agreement with the study of Siriwan Yuenyong (2007) and Atittaya Peomsook (2007) which found primiparous women in the experimental group receiving support during stages of labor to have

average satisfaction scores of 53.81 and 51.05 which were higher than the scores of 47.83 and 34.45 in the primiparous women in the control group who received routine nursing care only.

In the present study, the husbands provided support because they were the persons the women most wanted to participate in the childbirth experience (Oboro et al., 2011) because they were the ones with close relationships to the women and the ones who shared together the women's lives in addition to being the fathers of their unborn children. Thus, having husbands as the supporters was good for the pregnant women and unborn children. Husbands were also found to be the best persons to provide psycho-emotional support (IP, 2000; Price, Noseworthy & Thornton, 2007). The aforementioned finding concurred with the theory of Dick-Read which states that psycho-emotional support during labor in women giving birth could break the Fear-Tension-Pain Cycle. Thus, recruiting the husbands to provide support during labor could help reduce tension and pain while increasing the women's satisfaction in childbirth. The aforementioned finding did not concur with the study of Khresheh (2008) in which the people offering support only accompanied the women and did not help relieve pain for the pregnant women by the aforementioned methods.

It can be concluded, therefore, that the model of support in first stage of labor that was developed for use in the present study was not only able to support physical, psycho-emotional and social conditions, but also able to break the Fear-Tension-Pain Cycle. The women giving childbirth receiving the support program in first stage of labor had lower average tension and pain scores and higher average satisfaction scores than the women receiving routine nursing care only with statistical significance ($p < .001$). Thus, the research findings concur with the three hypotheses mentioned above.

Recommendations

Nursing Practice

1. Nurses at the prenatal care unit and delivery room should the support program in first stage of labor together as a guideline for the care of women in labor because the program helps reduce tension and pain while increasing childbirth satisfaction.
2. Nurses at delivery room should allow a spouse to support primiparous women until second stage of labor.

Nursing Administration

1. Public hospitals should have policy on support program in first stage of labor, especially for primiparous women who lack previous experience in childbirth in order to reduce fear and tension due to unfamiliar environments and personnel in the delivery room, which can effectively reduce tension and pain.
2. Nurses assigned to the prenatal care unit and delivery room should be provided training on the support program in first stage of labor acquired by the research in order to apply as a guideline for the care of primiparous women in first stage of labor.

Nursing Research

1. Studies should be conducted on the effects of support program in first stage of labor in other groups of women giving childbirth such as pregnant female adolescents because they are young and most of them are pregnant for the first time with no previous experience in childbirth. Thus, the model of support in first stage of labor will help them develop good childbirth experience by reducing tension and pain while increasing childbirth satisfaction.
2. Studies should be conducted on stress of a spouse and used result of this research to improve model of providing knowledge to the women and husbands.

บรรณานุกรม

- กชกร ตัมพวิบูลย์. (2552). ผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัว พฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์และความพึงพอใจการคลอดในสตรีครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา วังแสงยะฤทธิ. (2549). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2553). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- จตุพร ตันตะโนกิจ. (2549). ผลของโปรแกรมการเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดต่อระดับความปวด พฤติกรรมการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด และประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรามาส ชูทองรัตน์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง ต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหน่วยระงับปวด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ เกิดเจริญ. (2547). ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสที่มีต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน. (2549). *ประสิทธิผลโปรแกรมการนัดต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิตร์รัตน์ หมั่นศรีชัย. (2550). *ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดขณะอยู่ไฟ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐจิรา วินิจจย์. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาราวรรณ ต๊ะปันตา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิสนา แคมณี. (2553). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนนันท สุภพสภาวัด และวรรณ แก้วคงธรรม. (2551). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกและความพึงพอใจในมารดา 2 ชั่วโมงหลังคลอด. *วารสารวิชาการเขต 12*, 19(2.2), 31-43.
- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเมียร ปัญญาคำเลิศ. (2551). *สูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- นวพร มามาก. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอดต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์คลอดของมารดาและความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญทวี สุนทรลัมศิริ. (2551). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญส่ง สุประดิษฐ์. (2546). ผลการเตรียมสามีเพื่อการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดต่อความพึงพอใจของสามีและภรรยาและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของภรรยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยฉัตร ปธานราษฎร์. (2549). ความต้องการการสนับสนุนในระยะคลอดของผู้คลอดและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี. (2547). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- พริยา ศุภศรี. (2546). การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- พุ่มพวง จิรากุล. (2539). ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูลทรัพย์ ลาภเจียม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินพิศ พรหมรักษ์. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภณิดา กำแหง. (2547). ผลของพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองร่วมกับการจัดทำศิระและ
ลำตัวสูงในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาของการคลอด
คะแนนแอฟการของทารกในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล. (2552). คำราสูติศาสตร์.
กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- เยื่อน ตันนิรันดร์ และวรวงศ์ ภู่งศ์. (2551). เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัท
พิมพ์ดี จำกัด.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรักษ์วงศ์. (2549). สาระทบทวนการผดุงครรภ์การพยาบาลมารดา
และทารก. กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑทอง.
- ลัดดา วงษ์พันธ์กมล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย
ที่ได้รับการควบคุมการให้ยาาระงับปวดด้วยตนเองหผู้ป่วยออโรโซปีดิคส์ โรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อ
พฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของ
มารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2551). การพยาบาลสูติศาสตร์ (เล่ม 3). นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การ
พิมพ์ จำกัด.
- ศศิธร พุมดวง. (2551). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- ศิริวรรณ ยืนยง. (2550). ผลของการสนับสนุนจากญาติหญิงที่ใกล้ชิดในระหว่างการเจ็บครรภ์และ
การคลอดต่อระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด อุบัติการณ์การคลอดปกติและความพึง
พอใจต่อประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2543). ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อ
ความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่:
โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุภารัตน์ ภิรมย์นุก และสัจจา ทาโต. (2550). ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. *วารสารเกื้อการุณย์*, 14(1), 1-14.
- สุธีรัตน์ ธาราศักดิ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาล ที่สนับสนุนการเผชิญความเครียดกับความวิตกกังวลของผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมณฑา กบิลพัตร. (2541). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ ปาเฮ. (2553). การประเมินผลสื่อการเรียนรู้. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแพร่ เขต 2. Retrieved on March 10, 2012, <http://www.addkute3.com/wp-content/uploads/2012/05/learning-media-evaluation.pdf>.
- โสเพ็ญ ชูนวน. (2547). ผลของความเครียดต่อผลลัพธ์ของการคลอด. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 8(1), 1-13.
- โสเพ็ญ ชูนวน, เยาวเรศ สมทรัพย์, สุธรรม ปิ่นเจริญ, ศวิตา ธิติมาพงศ์, สุดใจ นางาม และ ฝนทอง องค์พัฒน์. (2552). ผลของการมีญาติเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอดในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 13(1), 16-27.
- อัญญา คำแหง, พิศมัย มากักดี, สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง, อมรเลิศ พันธุ์วัตร และรัชฎา วิหครัตน์. (2553). ผลของการให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด. *วารสารชมรมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ*. Retrieved on July 1, 2011, <http://kvr-rit.herokuapp.com/blogs/posts/2622>.
- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุบลรัตน์ สุทธิวนิชศักดิ์. (2551). ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงรอกคลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A Practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain, and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 153-165.
- 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.
- Banda, G., Kafulafula, G., Nyirenda, E., Tauro, F., & Kalilani, L. (2010). Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(8), 937-945.
- Berg, M., & Terstad, A. (2006). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), 330-338.
- Bergstrom, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2010). Psychoprophylaxis during labor: Associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(6), 794-800.
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction in childbirth: Theories and methods measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., & Neto, A. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4(1), 1-7.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(4), 456-464.
- Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., & Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth*, 34(3), 220-227.

- Chunuan, S., Kala, S., & Kochapakdee, W. (2004). Childbirth policy in Thailand: is it a time to change? *Songkla Medical Journal*, 22(4), 263-272.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without Fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Essex, H. N., & Pickett, K. E. (2008). Mothers without companionship during childbirth: An analysis within the millennium cohort study. *Birth*, 35(4), 266-276.
- Franz, F., Edgar, E., & Axel, B. (2007). G Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Method*, 39(2), 175-191.
- Gao, L., Chan, S. W., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 50-58.
- Hedge, L. V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490-499.
- Hodnett, E. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(3), 257-264.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration, Issue 2*.
- Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston, J. A., et al. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: A randomized controlled trial. *American Medical Association*, 288(11), 1373-1381.
- Hodnett, E. D., & Simmons-Tropea, D. A. (1987). The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 301-310.
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.

- Hotelling, B., Amis, D., & Green, J. (2004). Care practices that promote normal birth: Continuous labor support. *Journal of Perinatal Education*, 13(2), 16-19.
- IP, W. Y. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 265-272.
- Jordan, E. T., Van Zandt, S. E., & Wright, E. (2008). Doula care: Nursing students gain additional skills to define their professional practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(2), 118-121.
- Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B., & Albers, L. L. (2001). Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 692-703.
- Kelly, B., Sandall, J., Fitzgerald, L., & Harvey, J. (2001). Delivering maternity care: Does control in childbirth matter to women? *King's College London*.
- Khresheh, R. (2008). Support in the first stage of labour from a female relative: The first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26(6), e21-e24.
- Khresheh, R., & Barclay, L. (2010). The lived experience of Jordanian women who received family support during labor. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(1), 47-51.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S. (1962). Individual in society. New York: McGraw Hill.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BioMed Central*, 6(1), 1-10.
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
- Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.

- Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R., & MacLeod, C. (1999). Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 26(1), 4-8.
- McCrea, B. H., & Wright, M. E. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labor. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 877-884.
- McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2), 92-97.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: New theory. *Science*, 150, 974-977.
- Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth. *Pain*, 19(4), 321-337.
- Morhason-Bello, I. O., Olayemi, O., Ojengbede, O. A., Adedokun, B. O., Okuyemi, O. O., & Orji, B. (2007). Attitude and preferences of Nigerian antenatal women to social support during labour. *Journal of Biosocial Science*, 40(4), 553-562.
- Morhason-Bello, I. O., Adedokun, B. O., Ojengbede, O. A., Olayemi, O., Oladokun, A., & Fabamwo, A. O. (2008). Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, South-West Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49(2), 145-150.
- Morhason-Bello, I. O., Adedokun, B. O., & Ojengbede, O. A. (2009). Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*, 4(1), 1-7.
- Mosallam, M., Rizk, D. E. E., & Thomas, L. (2002). Women's attitudes towards psychosocial support in labour in Arab Emirates. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 269, 181-187.
- Mottl-Santiago, J., Walker, C., Ewan, J., Vragovic, O., Winder, S., & Stubblefield, P. (2007). A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), 372-377.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813.

- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2007). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9.
- Noah, W. (1980). Webster's new twentieth century dictionary of English language unabridged. (2nd ed.). Mexico: William Collins Publishers.
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care. *Cancer*, 53(10), 2366-2373.
- Oboro, V. O., Oyeniran, A. O., Akinola, S. E., & Isawumi, A. I. (2011). Attitudes of nigerian women toward the presence of their husband or partner as a support person during labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 112(1), 56-58.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 525-533.
- Papagni, K., & Buckner, E. (2006). Doula support and attitudes of intrapartum nurses: Qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education*, 15(1), 11-18.
- Pascali-Bonaro, D. (2003). Childbirth education and doula care during times of stress, trauma, and grieving. *Journal of Perinatal Education*, 12(4), 1-7.
- Pascalibonaro, D., & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 19-27.
- Price, S., Noseworthy, J., & Thornton, J. (2007). Women's experience with social presence during childbirth. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3), 184-191.
- Revill, S. I., Robinson, J. O., & Rosen, M. (1976). The reliability of linear analogue for evaluating pain. *Anaesthesia*, 31, 1191-8.
- Roberts, J. M., González, C. B. P., & Sampselle, C. (2007). Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second-stage labor? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 134-141.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 94-105.

- Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 24-31.
- Ruhl, C., Adams, E. D., Besuner, P., Bianchi, A., Lowe, N. K., Ravin, C. R., et al. (2006). Exploring its role in modern and high-tech birthing practices. *AWHONN Lifelines*, 10(1), 58-65.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.
- Sapkota, S., Kobayashi, T., & Takase, M. (2010). Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal. *Midwifery*, 28(1), 45-51.
- Sauls, D. J. (2004). The labor support questionnaire: Development and psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2), 123-132.
- Sengane, M. (2009). The experience of black fathers concerning support for their wives/partners during labour. *Curationis*, 32(1), 67-73.
- Sercekus, P., & Okumus, H. (2007). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 49(6), 489-504.
- Sleutel, M. R. (2003). Intrapartum nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 76-82.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2010). Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 9.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1977). *Self-evaluation Questionnaire*. California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271-302.
- Stables, D., & Rankin, J. (2010). *Physiology in Childbearing*. London: Bailliere Tindall.

- Thomas, L., Ezimokhai, M., Mosallam, M., & Rizk, D. E. E. (2004). Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 269(3), 181-187.
- Tournaire, M., & Theau, Y. A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(4), 409-417.
- Trueba, G., Contreras, C., Velazco, M. T., Lara, E. G., & Martinez, H. B. (2000). Alternative strategy to decrease cesarean section: Support by doulas during labor. *Journal of Perinatal Education*, 9(2), 8-13.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Yerby, M., & Page, L. (2000). *Pain in childbearing: Key issues in management*. London: Bailliere Tindall.
- Yuenyong, S. (2008). Support from a close female relative in labour: The ideal maternity nursing intervention in Thailand. *Journal of Medical Association Thai*, 91(2), 253-260.