

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

เกศินี ไชยโม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

เกศินี ไชยโม

นางสาวเกศินี ไชยโม

ผู้วิจัย

วิมล คุ้ม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

วิมล คุ้ม

รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ฟ.บ.

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิมล คุ้ม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2560

เกศินี ไชยโม

นางสาวเกศินี ไชยโม

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์พูลสุข หิงคานนท์,

ค.ด. (บริหารการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์
โรคหัวใจ
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่คอยให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการเสนอแนะข้อคิดเห็น คำแนะนำที่เป็นประโยชน์พร้อมกับให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเสร็จสมบูรณ์ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสศรี ชีระกุลชัย และรองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพื่อนำไปปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาปรับแก้เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง ทุกท่านที่คอยให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้คลอดและมารดาของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อวัชพลและคุณแม่่วงเดือน ไชยโม รวมทั้งน้องชาย ที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ขอขอบคุณรุ่นพี่ เพื่อนร่วมรุ่น และรุ่นน้องหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทุกท่านที่คอยเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้กันและกันมาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

เกศินี ไชยโม

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

THE EFFECT OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAM ON THE PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST-TIME LABORING WOMEN

เกศินี ไชยโม 5736232 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนนี และคณะ ปี ค.ศ.2001 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 24 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโดยใช้สถิติ ANCOVA ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระยะคลอดต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด / การมีส่วนร่วมของมารดาผู้คลอด / การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

THE EFFECT OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAM ON THE PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST-TIME LABORING WOMEN

KESINEE CHAIMO 5736232 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

ABSTRACT

This study took a quasi-experimental approach with a two-group post-test design aimed at studying the effects of a continuous labor support program on the perception of childbirth experience among first-time laboring women using Kayne and colleagues' labor support concept as the conceptual framework. The subjects were laboring women with mothers as their labor coaches. The subjects were purposively sampled based on inclusion criteria with 24 subjects assigned to the control group and 24 subjects assigned to the experimental group. The control group received routine care only and the experimental group received routine care with the continuous labor support program. This study was carried out from October 2016 to February 2017. Data were collected using the perceived childbirth experience assessment form and analyzed to compare differences in the mean of the perceived labor experience scores among first-time mothers from both groups using ANCOVA statistics. The findings revealed that the experimental group had higher perceived childbirth experience scores than the control group with a statistical significance ($p < .05$).

The findings of this study indicate that the continuous labor support program could be implemented to promote positive childbirth experiences among laboring women and to develop care quality during labor.

KEY WORDS: CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAM / PARTICIPATION OF LABORING WOMEN / PERCEPTON OF CHILDBIRTH EXPERIENCE.

188 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	10
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	14
แนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด	14
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	45
การพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	59
สถานที่ศึกษา	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 4 ผลการวิจัย	71
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	71
ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน	78
บทที่ 5 อภิปรายผล	80
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	90
ข้อจำกัดในงานวิจัย	91
ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้	91
บทสรุปแบบสมบูรณ์ฉบับภาษาไทย	93
บทสรุปแบบสมบูรณ์ฉบับภาษาอังกฤษ	111
บรรณานุกรม	130
ภาคผนวก	141
ภาคผนวก ก การคำนวณค่า Effect size เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง	142
ภาคผนวก ข แผนการสอน	145
ภาคผนวก ค ซีดีประกอบการสอน	164
ภาคผนวก ง คู่มือ	165
ภาคผนวก จ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทดลอง	166
ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมารดาของผู้ทดลอง	167
ภาคผนวก ช แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การทดลอง	168
ภาคผนวก ซ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA	170
ภาคผนวก ฌ เอกสารที่เกี่ยวข้อง	174
ภาคผนวก ฎ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	187
ประวัติผู้วิจัย	188

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษา และการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square	73
4.2	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด และระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test และMann- Whitney U-test	74
4.3	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square	75
4.4	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ และประสบการณ์การคลอดของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และMann-Whitney U-test	76
4.5	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดรายหมวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และMann- Whitney U-test	77
4.6	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด ด้วยสถิติ ANCOVA	79

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2.1	การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ต่ำ	32
2.2	การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ถี่	33
2.3	การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ถี่มาก และอยากเบ่ง	34
2.4	การหายใจในระยะเบ่งคลอด	34
2.5	การดูหน้าท้อง	35
2.6	การนวดหลังในท่านั่งคล้ายนอนคว่ำ	36
2.7	การดูจากสะโพก	37
2.8	การนวดแบบกดคลึง	37
2.9	การนวดแบบกดลึก	38
2.10	การนวดรอบก้นกบ	38
2.11	การนวดเป็นรูปเลขแปด	39
2.12	การนวดขาส่วนบน	39
2.13	การนวดน่องและเท้า	40
3.1	กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล	70

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการของการให้กำเนิดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิตทั้งตัวผู้คลอดที่ได้ชื่อว่าเป็นแม่ และทารกที่กำเนิดขึ้นมาเป็นบุตร การเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดในกระบวนการคลอดนี้เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ส่งผลต่อด้านจิตใจให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบตามมา การเตรียมความพร้อมต่อการคลอดเป็นวิธีหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์การผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้คลอดคือบุคคลหลักในการได้รับประโยชน์ ซึ่งในปัจจุบันการเตรียมความพร้อมต่อการคลอดกำลังเป็นที่ยอมรับและต้องการสำหรับผู้รับบริการ โดยการเตรียมความพร้อมต่อการคลอดนี้ ได้มีผู้ที่คิดค้นวิธีการต่าง ๆ ในการที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้คลอดให้ได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี เช่น การเตรียมความพร้อมต่อการคลอดเพื่อตัดวงจรต่อเนื่องของความกลัว-เครียด-ปวด (fear-tension-pain) กลวิธีป้องกันทางจิต (psychoprophylactic) และวิธีของเบรดเลย์ (Bradley) ที่เน้นการทำให้เกิดความผ่อนคลาย ความเป็นธรรมชาติ (Ricci, 2007) เป็นต้น วิธีการดังกล่าวมีแนวทางที่คล้ายกันโดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและฝึกทักษะที่จะนำไปใช้ในระบะคลอด ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการคลอดจึงเกิดความมั่นใจ ช่วยให้มีพฤติกรรมเผชิญกับความปวดที่เหมาะสม ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (พรรณทิพย์ ไชมขุนทด, อำไพ จารุวัชรพานิชกุล และจันทรัตน์ เจริญสันติ, 2557; วาสนา แหวนหล่อ, 2540; สมพิศ ดุษดี และชมพูนุช โสภาจารย์, 2551; Tuntanokij, 2006) เมื่อเข้าสู่ระบะคลอดที่เป็นสถานการณ์จริงผู้คลอดจะรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความกลัว ทำให้ไม่สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเตรียมความพร้อมมาใช้ในระบะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะวิกฤตในระบะคลอดที่เกิดขึ้นนี้หากผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมร่วมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลดีต่อผู้คลอด และช่วยให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดได้ (สุกัญญา ปรีชญกุล, จวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้คลอดที่สามารถควบคุมตนเอง และมีส่วนร่วมในการคลอดได้ ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะใช้วิธีการต่าง ๆ ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว (Chunuan, Kala, & Kochapakdee, 2004; Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999) การเผชิญความปวดที่เพิ่มขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวล สภาพแวดล้อมของห้องคลอดที่ไม่เคยชิน (Zwelling, Johnson, & Allen, 2006) และเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จักคุ้นเคย เป็นต้น เมื่อผู้คลอดผ่านสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดี ได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก จะเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Mercer, 1986; Mercer & Ferketich, 1994) ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้คลอดรับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวด เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน โกรธ ผิดหวังกับความสามารถของตนเอง ในการควบคุมความปวดและการเผชิญกับการคลอด จะเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Baker, Choi, Hinshaw, & Tree, 2005; Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบนี้ จะเป็นความรู้สึกที่ติดค้างภายในจิตใจ ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และสุขภาพจิตของมารดา รวมถึงการแสดงบทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังการคลอดบุตร รวมทั้งอาจส่งผลต่อความกลัว และความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไป (Bryanton et al., 2008) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกนั้น จะต้องให้การสนับสนุนประคับประคองในทุกระยะของการคลอด ซึ่งจะส่งผลดีต่อความพึงพอใจ และผลลัพธ์การคลอดที่ดีตามมา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่า วัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นไม่ใช่เฉพาะให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีเท่านั้น แต่จะต้องเป็นการสนับสนุนดูแลที่มีทักษะหรือเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้คลอดและผู้สนับสนุนการคลอดไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือญาติ เพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างดีที่สุด เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกนี้เป็นตัวชี้วัดของการได้รับการสนับสนุนที่ดี (Hughes, 2013) นอกจากนี้ ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจะมีความพึงพอใจต่อ

การคลอด ซึ่งรวมถึงความพึงพอใจต่อการรักษา และการช่วยเหลือบรรเทาความปวด (คารุณี จันทาไชย, กริยากร ชีวะโต และจันทรพีญ แพงดวงแก้ว, 2556; บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2553; Enkin, Keirse, Neilson., et al., 2000) และมีพฤติกรรมที่เผชิญกับความเจ็บปวดที่ดี (วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) มีความวิตกกังวลระดับต่ำ (ณัฐจิรา วินิจนัย, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2556; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554) มีความเครียดระดับน้อย และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม (คารุณี จันทาไชย และคณะ, 2556; บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2553) ในทางกลับกันผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะเกิดปัญหาในระยะหลังคลอดตามมาได้ (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Lemola, Stadlmayr, & Grob, 2007) ดังนั้น การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง และถูกวิธี จึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่จะตอบสนองตามความต้องการของผู้คลอดและทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกนี้ ต้องเป็นการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด ซึ่งได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance/ physical support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสุขสบายที่ส่งเสริมกระบวนการคลอด 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจ คลายความกลัว ความวิตกกังวล 3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and informational support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ รับรู้ความก้าวหน้าของการคลอดเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการได้อย่างครอบคลุมโดยการเป็นตัวกลางประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ (Kayne, Greulich, & Albers, 2001) ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่ทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกนั้นมาจากการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่จากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังคนของพยาบาล การสนับสนุนจากสามี มารดาของผู้คลอด และญาติ จึงเป็นอีกหนทางเลือกในการให้การดูแลผู้คลอดในระยะคลอด (นวพร มามาก, 2550; เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Essex & Pickett, 2008; Latifses, Bendell, Estroff, Field, & Bush, 2005; Taylor, 2002; Tuntanokij, 2006)

การให้ญาติเข้าไปดูแลสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีความอบอุ่นใจมากขึ้น (ศศิธร พุมดวง, 2551) เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่ง

การตอบสนองความต้องการของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และเพิ่มกำลังใจแก่ผู้คลอด เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ศศิธร พุ่มดวง, 2549) ผู้คลอดที่มีเพื่อน อยู่ด้วยในระยคลอด จะได้รับประโยชน์ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดน้อยลง (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; Essex & Pickett, 2008; Latifses et al., 2005; Taylor, 2002) อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่เข้ามา สนับสนุนในระยคลอดมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม พฤติกรรมเหล่านั้น ได้แก่ ดิ้นเดิน กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ มีความเครียด และวิตกกังวลไปพร้อม ๆ กับผู้คลอด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดรู้สึกกังวลว่าการที่สามีเข้ามาอยู่ด้วยทำให้การคลอดยุ่งยากมากขึ้น (นิตยา ชชภักดี, 2540) ในขณะที่การได้รับความ ช่วยเหลือจากญาติ โดยเฉพาะการสนับสนุนในระยคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี ทำให้ความปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอด ลดลง (ทิวากร ชานิกุล และพัทธวิไล ศรีแสง, 2553; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง สมาชิกในครอบครัวที่เป็น ผู้หญิงย่อมเข้าใจความต้องการของผู้หญิงด้วยกัน และพบว่า ส่วนใหญ่มารดาของผู้คลอดจะถูกเลือก ให้เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยคลอดมากที่สุด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554) และจากการสำรวจข้อมูลที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 11 – 15 พฤษภาคม 2558 ในผู้ใช้บริการทั้งหมด 85 ราย พบว่า ร้อยละ 81.18 มีความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในระยคลอด โดยต้องการให้มารดาเป็นผู้ให้การสนับสนุน ในระยคลอดมากกว่าสามี (มารดาร้อยละ 55.07 , สามี ร้อยละ 44.93) ทั้งนี้การสนับสนุน ประคับประคองในระยคลอดที่ทำโดยบุคคลที่มีความรัก ความเอาใจใส่ ความปรารถนาดีต่อผู้คลอด และที่สำคัญมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนจะทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การให้มารดาของผู้คลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยคลอดอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีทักษะของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในการลดความปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่ให้มารดาของผู้คลอดเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนในระยคลอดโดยไม่ได้รับการเตรียมทักษะมาก่อน ทำให้การดูแลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างครอบคลุม (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) และการศึกษาถึงการเตรียมทักษะของผู้สนับสนุน พบว่า เป็นการมุ่งเน้นถึงการสนับสนุนด้านร่างกาย กับด้านอารมณ์เท่านั้น (Senanayake, Somawardana, & Samarasinghe, 2013; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554) แต่ความต้องการของผู้คลอดยังมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนในการประสานระหว่าง

ผู้คลอดกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Kayne et al., 2001) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการฝึกทักษะของการให้การสนับสนุนในระยะคลอดมิได้จำเพาะเจาะจงให้การดาของผู้คลอดเป็นผู้ให้การสนับสนุน ดังนั้นการเตรียมมารดาของผู้คลอดเพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างครอบคลุมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (Levine, Oandasan, Primeau, & Berenson, 2003; Zar, Wijma, & Wijma, 2001)

การส่งเสริมให้การดาของผู้คลอดเข้าร่วมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเป็นทางเลือกที่ดีทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ เนื่องจากการดาเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ผู้คลอดไว้วางใจ มีความผูกพันทางสายเลือดกันอย่างแน่นแฟ้น และสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้คลอดได้เพราะมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของมารดาของผู้คลอดในทุกทักษะของการสนับสนุนที่จำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และมีภาวะสุขภาพกาย และใจที่ดี นอกจากนี้ยังคาดว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นส่วนช่วยในการผลักดันสนับสนุนให้ผู้มีนโยบายเล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระยะคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสนับสนุนนโยบายให้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของรัฐบาลต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ที่พัฒนาขึ้นในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จัดอยู่ในกลุ่มของปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ด้านปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การเตรียมมารดาผู้คลอดเพื่อการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในระยะคลอด 4 ด้าน ตามแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่มีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอดเพื่อสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนการคลอดที่ครอบคลุมประกอบของการสนับสนุนจะทำให้เกิด

ผลลัพธ์การคลอดที่ดี และผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดมี 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance /physical support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ซึ่งในด้านการพยาบาลผู้คลอดจะได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายความปวด การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้สารน้ำ ส่วนการสนับสนุนที่ได้รับจากมารดาผู้คลอดคือ กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด การช่วยเหลือให้ผู้คลอดเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ทั้งยังส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด รวมถึงการเช็ดหน้า การจับเหงื่อ การเปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้นจากมูกเลือดหรือน้ำคร่ำ การสนับสนุนให้บ้วนปากในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การพาไปห้องน้ำ การพุงเดิน การทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายด้วยการกระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมการหดตัวของมดลูกด้วย

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งผู้คลอดจะได้รับกำลังใจจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลอย่างสม่ำเสมอในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด เป็นความไว้วางใจที่ผู้คลอดมีต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย และอบอุ่นใจ เช่น การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ส่วนการสนับสนุนที่ได้รับจากมารดาผู้คลอดคือ การกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย สัมผัสมือ และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยการจัดห้องไม่ให้มีแสงสว่างมากเกินไป เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว มีการระบายอากาศที่ดี และลดกลิ่นรบกวน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้คลอดคลายความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลได้

3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ซึ่งผู้คลอดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและความก้าวหน้าของการคลอดจากพยาบาล ส่วนการสนับสนุนที่ได้รับจากมารดาผู้คลอดคือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ถึงพฤติกรรมปฏิบัติของตนเอง โดยการบอกกล่าวให้ผู้คลอดฟังว่าปฏิบัติเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และชี้แนะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด เช่น การหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหว และการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ นอกจากนี้มารดาผู้คลอดยังต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอดว่าขณะนี้อยู่ในระยะใด และ

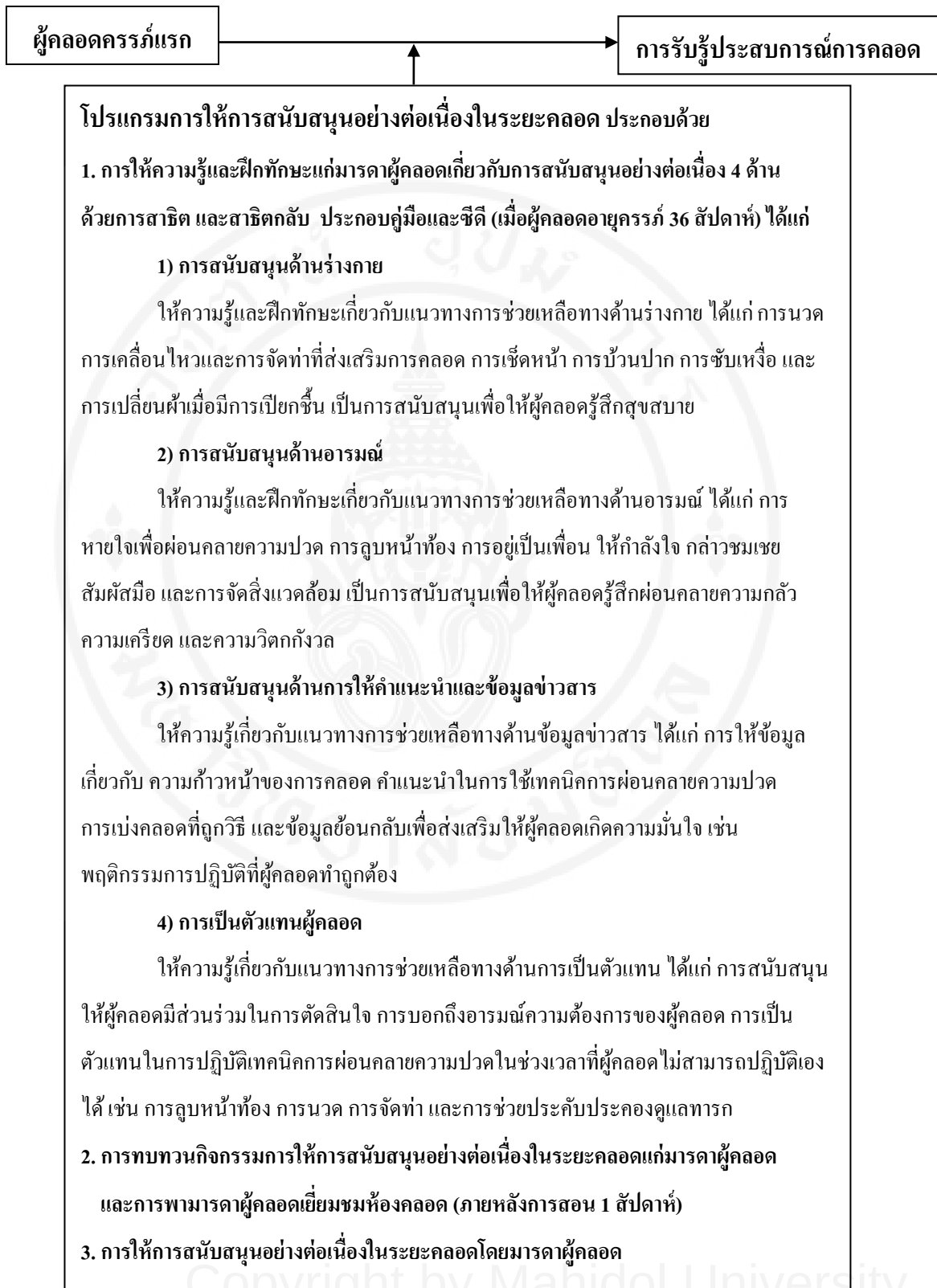
กำลังเข้าสู่ระยะใดในลักษณะของการให้กำลังใจ ความปวดในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุและผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง

4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการในขณะที่ผู้คลอดอยู่ในภาวะวิกฤต หรืออยู่ในระยะคลอดที่ประสิทธิภาพการตัดสินใจลดลง ซึ่งผู้คลอดจะได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการเป็นตัวกลางประสานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้คลอด และญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของแต่ละฝ่าย ส่วนการสนับสนุนที่ได้รับจากการมาผู้คลอดคือ การเอาใจใส่สนับสนุนการตัดสินใจที่ถูกต้องของผู้คลอด เป็นตัวแทนผู้คลอดในการบอกกล่าวความรู้สึก และความต้องการ การติดต่อสื่อสารโดยเป็นตัวแทนผู้คลอดในการประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวได้ว่าเป็นตัวกลางในการรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาส่งต่อให้ผู้คลอดรับทราบและตัดสินใจ และเป็นตัวกลางในการบอกถึงอารมณ์ความต้องการของผู้คลอด เช่น การอยากเบ่งคลอดที่เป็นลักษณะของการเจ็บครรภ์บ่งบอกถึงการใกล้คลอด และการเป็นตัวแทนผู้คลอดในการปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ซึ่งเป็นการสนับสนุนในช่วงเวลาที่ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติเองได้ และการช่วยประคับประคองดูแลทารกโดยติดตามพยาบาลในการให้การดูแลเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนัก วัดสัดส่วน และการบริหารทารกแรกเกิด แล้วอุ้มทารกมาให้ผู้คลอดสัมผัส พร้อมทั้งบอกน้ำหนัก

การสนับสนุนตามองค์ประกอบดังที่กล่าวมาจะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี และผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก กล่าวคือ ผู้คลอดรับรู้เหตุการณ์ในขณะเจ็บครรภ์และขณะคลอดตามความเป็นจริงที่สามารถควบคุมตนเองหรือใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และผ่านไปได้ด้วยดี มีส่วนร่วมในการคลอด ได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด (Mercer & Ferketich, 1994)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การได้รับสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการคลอด 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เสริมฐานะ ความขัดแย้งภายในใจ และ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อน ชนิดการคลอด การปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร เช่น การให้ยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอด (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล, นวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556) เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นปัจจัยที่ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทั้งสิ้น แต่บางปัจจัยไม่สามารถปรับเปลี่ยน

หรือไม่สามารถควบคุมได้จึงเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ คือ การให้การสนับสนุนทางสังคม จากมารดาผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน โดยมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการคลอดนั้นจะได้รับความรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด ซึ่งมีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความกังวล ความกลัว และความปวด โดยการให้ความรู้และทักษะแก่มารดาผู้คลอดทำในขณะที่ผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์เป็นต้นไป และมีการประเมินผลการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง กรอบแนวคิดของการวิจัยแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามวิจัย

โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก เก็บข้อมูลในผู้มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

2. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก
3. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อพิจารณานำแนวทางการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ไปใช้ในการดูแลผู้คลอดครั้งแรก เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้การพยาบาลต่อไป
4. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่นๆต่อไป

นิยามตัวแปร

1. โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน ประกอบด้วย

การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance/physical support) เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านร่างกายเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด การเช็ดหน้า การบ้วนปาก การจับเหงื่อ และการเปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้น เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ซึ่งไม่ขัดต่อความก้าวหน้าของการคลอด

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การอุ้มหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย สัมผัสมือ และการจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังรบกวน โดยการจัดให้อยู่ห้องที่เงียบสงบ มีการพูดคุยที่ไม่ส่งเสียงดัง แสงสว่างไม่จ้าเกินไป ห้องเป็นส่วนตัว มีความเป็นส่วนตัว มีการระบายอากาศระบายที่ดี และกำจัดกลิ่นเลือดหรือกลิ่นน้ำคร่ำ เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล

การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการให้ความรู้แก่มารดาผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล

ข่าวสารเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวด การเบ่งคลอดที่ถูกต้อง และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ เช่น พฤติกรรมการปฏิบัติที่ผู้คลอดทำถูกต้อง ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้คลอดมีความกังวลจากสิ่งที่ไม่รู้ลดลง

การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการให้ความรู้แก่มารดาผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านการเป็นตัวแทนเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ เป็นตัวกลางในการรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาส่งต่อให้ผู้คลอดรับทราบและตัดสินใจ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ และประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ ในการบอกถึงอารมณ์ความต้องการของผู้คลอด การเป็นตัวแทนในการปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความปวดในช่วงเวลาที่ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติเองได้ เช่น การลูบหน้าท้อง การนวด และการจัดทำ ซึ่งเป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างต่อเนื่อง และการช่วยประคับประคองดูแลทารก โดยการอุ้มทารกมาสัมผัสกับผู้คลอด พร้อมทั้งบอกน้ำหนัก

1.2 การแจกซีดีและคู่มือ เป็นการให้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสิ่งพิมพ์แก่มารดาผู้คลอดที่มีเนื้อหาสอดคล้องกัน เรื่อง “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ การสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด การแจกซีดีและคู่มือนี้เพื่อให้มารดาผู้คลอดนำไปทบทวนความรู้และฝึกทักษะที่บ้าน

1.3 การทบทวนการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เป็นการทวนซ้ำความรู้เดิมให้แก่มารดาผู้คลอดที่ได้รับหลังการสอน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินผลหลังจากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะ มีการเปิดโอกาสให้มารดาผู้คลอดได้ซักถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อให้การสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดนี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์

2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินได้ด้วยแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด 2) ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ขณะที่อยู่ในระยะคลอด 3) ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 4) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด 5) ความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 6) ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอดโดยพยาบาลประจำการ เมื่อผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ อาการสำคัญที่ควรมาโรงพยาบาล การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด สิทธิการรักษา เอกสารที่ต้องเตรียม พร้อมทั้งการพาผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอด และการให้การพยาบาลตลอดระยะคลอดโดยพยาบาลประจำการเมื่อผู้คลอดมาคลอด

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด
3. การพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

แนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

การคลอดเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้คลอดจะต้องเผชิญ ถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์ครั้งหนึ่งที่สำคัญของชีวิตในการเป็นผู้หญิง ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และความปวดที่ต้องเผชิญ ล้วนแล้วแต่ เป็นภาวะที่ผู้คลอดไม่ปรารถนา จึงมุ่งที่จะหาแนวทางด้วยตนเองในการเตรียมความพร้อมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่จะทำให้รู้สึกไม่ประทับใจ แนวทางนั้นอาจมาจากบุคคลใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน หรือญาติที่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน บางรายได้ข้อมูลจากการศึกษาและตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้ผลลัพธ์ของการตัดสินใจสองทาง คือ ตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญความปวดในระยะคลอด และการตัดสินใจคลอดเอง ในฐานะที่การพยาบาลผดุงครรภ์มีเป้าหมายในการส่งเสริมสายใยรักครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้คลอดคลอดเองทางช่องคลอดจึงเป็นอีกหนึ่งในตัวชี้วัดของความสำเร็จทางการผดุงครรภ์ บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการหาแนวทางส่งเสริมสนับสนุนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดที่จะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจว่าสามารถคลอดเองได้ จึงมีความสำคัญ และเป็นอีกความหวังหนึ่งของผู้คลอดในการที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือซึ่งหนึ่งในผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญที่ผู้คลอดต้องการจึงเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ ถึงแม้ว่าพยาบาลผดุงครรภ์จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนที่ดี แต่ก็มีหลายหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานคลินิกและงานเอกสาร (Simkin & Frederick, 2000) จึงมีการสนับสนุนให้คู่สมรสหรือสามีมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด แต่

ก็พบว่า มีข้อจำกัดบางประการของสามีในระยะคลอดที่เป็นอุปสรรคในการให้การสนับสนุนผู้คลอด คือ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแก่การเป็นผู้สนับสนุนการคลอด เช่น ดิ้นเดิน วิดกกังวล และเครียดไปพร้อม ๆ กับผู้คลอด (นิตยา คชภักดี, 2540) และด้วยบริบทของประเทศไทยที่มีการดูแลกันแบบเครือญาติ ซึ่งเป็นการแสดงถึงความห่วงใยกันที่เป็นเอกลักษณ์และบ่งบอกถึงวัฒนธรรมไทย ดังนั้น มารดาและญาติที่น้องจึงเป็นอีกตัวเลือกหนึ่งของผู้ที่จะให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้ จึงมีการสนับสนุนให้ญาติใกล้ชิดที่ผู้คลอดไว้วางใจเข้ามามีส่วนร่วมในการคลอด (ทิวากร ชำนิกุล และพัศกรวิไล ศรีแสง, 2553; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; ศิริวรรณ ยืนยง และ นันทน์ภัสร์ รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti & Neto, 2007; Senanayake et al., 2013; Teshome Abdella, & Kumbi, 2007) ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีโดยสังเกตได้ว่า ญาติส่วนใหญ่ที่ผู้คลอดให้มีส่วนร่วมนั้น เป็นญาติที่เป็นผู้หญิง และส่วนใหญ่ของญาติที่เป็นผู้หญิงนั้นเป็นญาติใกล้ชิดที่ผู้คลอดไว้วางใจและมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ซึ่งก็คือ “มารดาของผู้คลอด” ที่เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตของชีวิตไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่มีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดเป็นพิเศษเพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนต่อการเผชิญการคลอด บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการหาแนวทางการให้การสนับสนุนในระยะคลอดให้เกิดความต่อเนื่องโดยผ่านมารดาผู้คลอด จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการคลอดได้ด้วยดี เกิดเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ความหมายการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

เคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ได้ให้แนวทางการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ว่าเป็น การสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการโดยมีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลาการคลอด เพื่อให้การสนับสนุนผู้คลอด 4 ด้านร่วมกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนผู้คลอด การมีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความต่อเนื่องในการดูแลทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี และทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก การสนับสนุนจะมีความต่อเนื่องได้นั้น เคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีผู้ให้การสนับสนุนที่ดีในระยะคลอด ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่รับจ้างดูแล ซึ่งให้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance/physical support) เป็นการสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายที่ไม่ขัดต่อความก้าวหน้า

ของการคลอด แต่จะเป็นการทำให้เกิดความผ่อนคลายที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจ และคลายความวิตกกังวล 3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในตัวเองในการปฏิบัติการควบคุมความปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการสนับสนุนในการเป็นสื่อกลางเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการ

อดัมส์ และไบรแอนไช (Adams & Bianchi, 2008) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องว่า คือ การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการทำให้เกิดความสบาย ผ่อนคลายในระยะคลอด ส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดโดยการสนับสนุนทางด้านพฤติกรรมในการเผชิญความปวดที่ดี ซึ่งการให้การสนับสนุนผู้คลอดมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical) ด้านอารมณ์ (emotional) ด้านคำแนะนำ/ข้อมูลข่าวสาร (instruction/information) และการเป็นตัวแทน (advocacy)

อิลียาโด (Iliadou, 2012) ให้ความหมายการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องว่าเป็นการดูแลช่วยเหลือในระยะคลอดที่มีความต่อเนื่องมาจากระยะตั้งครรภ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี กล่าวคือ ในระยะตั้งครรภ์จะได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) และด้านร่างกาย (tangible support) จากสามีหรือญาติใกล้ชิด เมื่อเข้าสู่ช่วงใกล้คลอดจะมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดก็จะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอดทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดรวมถึงความซึมเศร้าหลังคลอดด้วยเช่นกัน

ฮอดเนตท์ เกทส์ ฮอฟเมย์ ซาคารา และเวสตัน (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011) ให้ความหมายการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดว่า เป็นการให้การสนับสนุนแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนให้เกิดความสบาย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร กระบวนการคลอด และคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมความปวดและการเป็นตัวแทนผู้คลอด

ในการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปความหมายของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้คลอดที่ครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance/physical) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) โดยผู้สนับสนุน เริ่มตั้งแต่การเตรียมตัวในระยะใกล้คลอดเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด

ให้มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องด้วยเทคนิคการผ่อนคลายและการสนับสนุนด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี และผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ประโยชน์ของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งเป็นความคาดหวังที่สำคัญที่ผู้คลอดต้องการ ความคาดหวังนี้อาจมากกว่าความคาดหวังด้านการรับรู้ในการจัดการกับความปวดในระยะคลอด (Iliadou, 2012) หรือความสามารถในการเผชิญและปรับตัวต่อกระบวนการคลอดที่จะนำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความยินดี และความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010) โดยกระบวนการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีนั้น มาจากการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูล และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007; Iliadou, 2012; Hodnett et al., 2011; MIDIRS and the NHS Centre For Reviews and Dissemination, 2003) โดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่มีการศึกษาพบว่า จะทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจและรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากที่สุด (Mbye, Tsay, Kao, & Lin, 2011) แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ ก็มีส่วนสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนทางด้านอารมณ์นั้นมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนต่าง ๆ (Dixon, Skinner, & Foureur, 2013) ทำให้ผู้คลอดต้องการการสนับสนุนหลายด้าน ซึ่งการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่ครอบคลุมทุกด้านจะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นมารดา รวมถึงทำให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อีกทั้งผู้คลอดจะรู้สึกว่าคุณค่า มีพัฒนาการทางบวกในการเป็นผู้หญิง (บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2553; Sauls, 2010)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประโยชน์ของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดด้วยการสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนผู้คลอด พบว่า ช่วยให้อัตราการผ่าตัดคลอดลดลง การคลอดทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น การใช้ยาระงับความปวดในระยะคลอดลดลง อัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะคลอดลดลง (Iliadou, 2012; Leap et al., 2010) และผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีความพึงพอใจ และรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิตในการให้กำเนิดบุตร โดยความสำเร็จนั้นมาจากการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Murtagh & Folan, 2014) อีกทั้งการสนับสนุนในระยะคลอดยังช่วยให้ผู้คลอดมีความปวดในระยะคลoden้อยกว่าการ

ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ทิวากร ชำนิกุล และพัศตร์วิไล ศรีแสง, 2553; พรหมทิพย์ โหมขุนทด, 2557; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Madi, Sandall, Bennett, & MacLeod, 1999; Morhason-Bello, Adedokun, Ojengbede, Olayemi, Oladokun, & Fabamwo, 2009) นอกจากนี้ แคลฟฟราย (Caffrey, 2013) ยังกล่าวอีกว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดในทางบวกต่อผู้คลอดและทารกเพิ่มขึ้นเช่น การมีระยะเวลาการคลอดที่สั้นลง (Ntombana, Sindiwe, & Ntombodidi, 2014) อัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการลดลง (Madi et al., 1999; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) ส่วนผลทางด้านจิตใจนั้น พบว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์การคลอด และมีความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับสูง (Ross-Davie & Cheyne, 2014) หรือมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Bruggemann et al., 2007; Senanayake et al., 2013; Yuenyong, O'Brien, & Jirapeet, 2012) รวมถึงทำให้ผู้คลอดมีความกลัวและความวิตกกังวลในระยะคลอดลดลง (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Chunuan, Gilja, Ryu, & Shenoy 2009)

ผลลัพธ์ของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดส่งผลต่อผู้คลอด ดังนี้

ด้านจิตใจของผู้คลอด

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือจากญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด ในหญิงครรภ์แรกอายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองมีญาติเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีญาติเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ไม่ได้รับความรู้ในการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ศิริวรรณ ยืนยง และ นันท์นภัส รักไทย (2554) ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความกังวลและความพึงพอใจต่อ

ประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นมารดาครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดตามที่ผู้คลอดเลือกเองซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ($\text{mean} = 49.59$, $\text{S.D.} = 7.93$) น้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอด ($\text{mean} = 48.93$, $\text{S.D.} = 10.85$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 54.19$, $\text{S.D.} = 8.05$; $\text{mean} = 40.22$, $\text{S.D.} = 9.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p = .001$ ตามลำดับ)

โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ (Chunuan et al., 2009) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการมีญาติเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอดในโรงพยาบาลประจำจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ ในหญิงครรภ์แรก อายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 144 ราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 56 ราย กลุ่มควบคุม 58 ราย โดยกลุ่มทดลองมีญาติที่ผู้คลอดเลือกเข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคการผ่อนคลายความปวด และความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 50.35$, $\text{S.D.} = 8.12$) และกลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 54.74$, $\text{S.D.} = 10.30$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับอาทิตยา พิเศษ (2550) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 44 คน พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงที่ได้รับการเตรียมคลอด มีความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ($\text{mean} = 41.86$, $\text{S.D.} = 5.06$) น้อยกว่าและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ($\text{mean} = 51.05$, $\text{S.D.} = 4.92$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 59.86$, $\text{S.D.} = 6.79$; $\text{mean} = 34.45$, $\text{S.D.} = 7.16$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การที่ผู้คลอดมีผู้สนับสนุนหรือญาติช่วยให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง

ด้านระยะเวลาการคลอด

ศิริวรรณ ยืนยง และคณะ (Yuenyong et al., 2012) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอด จากญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิง ต่อการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอดใน

ประเทศไทย ในหญิงครรภ์แรก ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 120 ราย เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง ประเมินประสิทธิภาพของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิง วัดผลลัพธ์การคลอดและความพึงพอใจในการคลอด โดยการศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองผู้คลอดเลือกญาติที่เป็นผู้หญิง 1 คน ในการเข้ามาช่วยสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งญาติจะได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับ บทบาทการสนับสนุนในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด และการใช้เทคนิคการปลอบโยน ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ แล้วเข้าไปมีส่วนร่วมในระยะคลอด ตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง ถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการคลอด (mean = 709.10, S.D. = 335.90) ของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติที่เป็นผู้หญิงที่ได้รับการเตรียมความพร้อมสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean = 748.70, S.D. = 470.07) เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณทิพย์ ไชยขุนทด และคณะ (2557) ที่พบว่าระยะเวลาในการรอกคลอด (mean = 517.67, S.D. = 206.51) และระยะเวลารวม (mean = 558.47, S.D. = 200.56) ของการคลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 765.00, S.D. = 210.80; mean = 807.73, S.D. = 215.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา เพิ่มสุข (2550) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดสั้น (mean = 216.19, S.D. = 80.18) กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (mean = 395.21, S.D. = 166.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การที่ผู้คลอดมีญาติให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง

ด้านความปวด

ทิวากร ชานิกุล และพัชร์วิไล ศรีแสง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด เมื่อมาคลอดที่อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ในขณะที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (0-3 เซนติเมตร) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (mean = 49.59, S.D. = 7.93) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 49.59, S.D. = 7.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีค่าความต่างของคะแนนความปวด (ก่อนและหลังการให้โปรแกรม) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปาริชาติ กิตติปัญญา (2556) อาทิตยา เพิ่มสุข (2550) และ มาดิ และคณะ (Madi et al., 1999)

จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้คลอดที่มีญาติให้การสนับสนุนในระยะคลอด จะมีความปวดลดลง

วิธีการคลอด

มาดิ และคณะ (Madi et al., 1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติที่เป็นผู้หญิง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 53 ราย ส่วนกลุ่มควบคุม 56 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีการคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 91) มากกว่า การใช้ยาบรรเทาปวด (ร้อยละ 53) น้อยกว่า การใช้ยาเร่งคลอด (ร้อยละ 13) น้อยกว่า การใช้เครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอด (ร้อยละ 4) น้อยกว่าและการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 6) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 71, 73, 30, 16, 13) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จะเห็นได้ว่า การมีญาติให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะทำให้มีการใช้เครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอดน้อยกว่า และการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่มีญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ด้านความพึงพอใจต่อการคลอด

บรักกีมาน และคณะ (Bruggemann et al., 2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดจากบุคคลที่ผู้คลอดเลือก โดยบุคคลที่ผู้คลอดเลือกนั้นจะได้รับการเตรียมความพร้อม คำแนะนำ และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้คลอด เช่น การควบคุมอารมณ์ การนวด การให้กำลังใจ และได้ทราบถึงพฤติกรรม ความรู้สึกของผู้คลอดที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดเมื่อต้องเผชิญกับความปวด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่มีผู้สนับสนุนในระยะคลอดที่ได้รับการเตรียมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีผู้สนับสนุนในระยะคลอดที่ได้รับการเตรียมมีความพึงพอใจต่อการคลอด (median = 88.00) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (median = 76.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ยืนยง และคณะ (Yuenyong et al., 2012) โดยศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิงต่อการคลอด และความพึงพอใจของมารดาในประเทศไทย ที่เป็นหญิงครรภ์แรกอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 120 ราย พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนใน

ระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิงที่ได้รับการเตรียมคลอด มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เซนานายาเก และคณะ (Senanayake et al., 2013) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการมีผู้สนับสนุนในระยะคลอดที่เป็นผู้หญิง และการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอด ในสตรีครรภ์เดี่ยวครรภ์แรก ที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ จำนวน 60 ราย โดยการศึกษาได้แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A ที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงที่ได้รับความรู้การคลอดและการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด กลุ่ม B ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงที่ไม่ได้รับการเตรียม และกลุ่ม C ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่ม A มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากที่สุด (mean = 56.10, S.D. = 9.02) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดในกลุ่ม B (mean = 48.40, S.D. = 7.36) และกลุ่ม C (mean = 49.93, S.D. = 9.29) ($p < .05$) แต่มีข้อสังเกตว่าจำนวนการให้นมบุตรใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กลุ่มที่มากที่สุดไม่ใช่กลุ่ม A ที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงที่ได้รับความรู้การคลอดและการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด แต่เป็นกลุ่ม B ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงที่ไม่ได้รับการเตรียม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้นมบุตรเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่ได้เตรียมให้แก่ผู้สนับสนุนการคลอดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากปัจจัยด้านอื่น ซึ่งสรุปได้ว่าเนื้อหาของการเตรียมความพร้อมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากผลลัพธ์ที่เราต้องการจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า การมีญาติให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการให้การสนับสนุนต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่า การสนับสนุนต่อเนื่องในระยะคลอด ทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี หลายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจของผู้คลอด ด้านระยะเวลาการคลอด ด้านความปวด ด้านการคลอด และด้านความพึงพอใจนอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องโดยญาติของผู้คลอดที่จะเป็นส่วนสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีด้วยเช่นกัน จึงควรจัดให้มีการเตรียมความพร้อมผู้ที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดทุกราย เพื่อให้ผู้สนับสนุนการคลอดมีความรู้ ทักษะ และความพร้อมในการให้การช่วยเหลือผู้คลอดเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอด โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ยังไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน อาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ดังที่ได้กล่าวมาคือการให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่มีการสนับสนุนเป็นระยะ ๆ (Hodnett, Gates, Hofmeyr, &

Sakala, 2003; Leslie & Storton, 2007; Ross-Davie & Cheyne, 2014; Scott et al., 1999; Simkin, 2002) โดยการสนับสนุนในระยะคลอดให้เกิดความต่อเนื่องและครบองค์ประกอบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีและเกิดประโยชน์มากที่สุดนั้นจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่ช่วยในการให้การสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความต่อเนื่องในการสนับสนุนดูแลที่ผู้คลอดได้รับนั้นได้รับจากบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจ ร่วมกับได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี ผู้คลอดมีความพึงพอใจ และเกิดเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจำนวนมาก แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่มีการให้การสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดโดยตรง เพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอดมีความต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ผู้คลอดสามารถเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างแผนการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เพื่อให้การดูแลผู้คลอดครรภ์แรก โดยให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของคลอดครอบคลุม 4 ด้าน ตามแนวคิดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001)

การเตรียมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด

ปัจจุบันการเตรียมความพร้อมเพื่อการให้การสนับสนุนในระยะคลอดในประเทศไทยได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการของผู้คลอด เริ่มต้นมาจากแนวคิดที่เกิดจากความต้องการของผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มุ่งหวังจะลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอด เพื่อให้การคลอดเป็นไปตามธรรมชาติให้มากที่สุด ซึ่งหมายถึง ผู้คลอดสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้ ควบคุมสถานการณ์ความปวดในระยะคลอดได้ ใช้ยาแก้ปวดน้อยที่สุด หรือไม่ใช้เลย (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550) แต่การให้การสนับสนุนต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และตอบสนองตามความต้องการของผู้คลอดนั้น การเตรียมผู้ให้การสนับสนุนถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ผู้สนับสนุนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ระยะของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของผู้คลอด และการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งจะได้รับการศึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญทั้งด้านความรู้ และประสบการณ์ แต่การเตรียมผู้ให้การสนับสนุนในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอน และอาจทำให้มีปัญหาก่อขึ้นในการให้การสนับสนุน ซึ่งการสนับสนุนที่ให้อาจไม่เกิดผลดีต่อผู้คลอด ทั้งยังทำให้เกิดความไม่ประทับใจในการคลอด ส่งผลต่อการมีบุตรคนต่อไป การเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดที่มีรูปแบบและรายละเอียดของกิจกรรมการปฏิบัติให้แก่ผู้สนับสนุนการคลอดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในการตั้งครรภ์ของผู้หญิง ที่ทำให้กระทบต่อ อารมณ์ และ ความรู้สึกรู้สีกของผู้ที่เชื่อว่าเป็น “แม่” หรือ ผู้คลอด ที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดเป็นการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านร่างกาย หรือ ผลลัพธ์การคลอดเท่านั้น หากแต่จะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วย ซึ่งถ้า ส่งผลในทางบวกก็จะเกิดผลดีต่อผู้คลอด ครอบครัว และการผดุงครรภ์ แต่ถ้าเกิดผลในทางลบจะ กระทบต่อเป้าหมายของการผดุงครรภ์อีกทั้งยังกระทบถึงจิตใจของผู้คลอดด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นที่ ทราบกันดีว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะ โดยผู้คลอดจะต้องได้รับ การดูแลให้เกิดการมีสุขภาพแบบองค์รวมหมายถึง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ (วัฒนะชัย อนุตรสกุล, 2557) จึงมีการคิดค้นวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คือ การเตรียมเพื่อให้ผู้สนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดมีความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดใน ทางบวก โดยหัวใจสำคัญของการเตรียมจะต้องมีหลักการและรูปแบบที่ชัดเจนในการนำมาปฏิบัติ

หลักการเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด

การเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด ถือว่าเป็นหนึ่งในมาตรฐาน ของการให้การดูแลในระยะตั้งครรภ์ เป็นส่วนสำคัญของการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กโดย ปัจจุบันการส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิด ที่ผู้คลอดไว้วางใจ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดา เป็นส่วน หนึ่งของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเตรียมมีหลายรูปแบบ สำหรับการวิจัย ครั้งนี้ได้จากการศึกษาบททวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการใช้แนวคิดการ สนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) เป็นแนวทางใน การศึกษาประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้สนับสนุนที่มีความผูกพันทางสายเลือดของผู้คลอด เพื่อให้ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดการ รับรู้ประสบการณ์การคลอดให้เป็นไปในทางบวก และเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดที่ดีจึงต้องเตรียมมารดาของผู้คลอดตั้งแต่ ผู้คลอดอยู่ในระยะตั้งครรภ์ เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในระยะ ตั้งครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว หากมารดาของผู้คลอดมีความรู้และความเข้าใจ จะทำให้สามารถ ช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถควบคุมตนเองต่อการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

การเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดควรเริ่มตั้งแต่ผู้คลอดอยู่ใน ระยะไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นระยะที่ใกล้เข้าสู่กระบวนการคลอด การเตรียม

เพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ระยะของการคลอด กระบวนการคลอด ความปวดในระยะคลอด การจัดการกับความปวดในระยะคลอด ร่วมกับการสาธิต และสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการให้การช่วยเหลือผู้คลอดในการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การอาบน้ำอุ่น การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ประกอบด้วย

การคลอด เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก น้ำคร่ำ และรกออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก โดยมีการเปิดขยายของปากมดลูกและเกิดความบางตัวร่วมกับการหดตัวของมดลูก (Orshan, 2008)

การคลอดปกติ (normal labor) คือ การคลอดที่เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 37 ถึง 42 สัปดาห์ โดยการคลอดเองออกทางช่องคลอดในท่าที่ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ ที่อยู่ในลักษณะท้ายทอยอยู่ด้านหลังของเชิงกราน และตลอดกระบวนการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ไม่มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และใช้ระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง (Cunningham et al., 2014)

ระยะของการคลอด เป็นเวลาอันเกี่ยวเนื่องทั้งหมดของกระบวนการคลอด (birth process) โดยเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ท้องมีารตึงมากกว่าปกติ ซึ่งจะมีอาการเจ็บครรภ์เตือนนำมาก่อนแต่ยังไม่สม่ำเสมอ จากนั้นเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ที่นานขึ้นและมีความสม่ำเสมอทุก 5 - 10 นาที ร่วมกับอาการปวดหลังและปวดบริเวณเชิงกราน อาจมีมูกปนเลือด หรือน้ำคร่ำแตกออกมาจากช่องคลอด ลักษณะอาการดังกล่าวคือ ร่างกายเข้าสู่กระบวนการคลอดหรือขั้นตอนของการคลอด ซึ่งแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามการเปิดขยายและการบางตัวของปากมดลูก รวมถึงการหดตัวของมดลูกที่ประกอบด้วย ความถี่ ความนาน และความรุนแรง โดยแต่ละระยะใช้เวลาแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (Ricci, 2007) ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) เป็นระยะที่ใช้เวลายาวนานที่สุด เฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง และแบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ระยะนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นระยะเฉื่อย ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร มีการหดตัวของมดลูกทุก 5-10 นาที นาน 30-45 วินาที มีความแรงระดับเล็กน้อย ปากมดลูกบางร้อยละ

0-40 โดยในครรภ์แรกใช้เวลาในการเปิดขยาย 0.3 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 9 ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังใช้เวลาในการเปิดขยาย 0.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 6 ชั่วโมง

2) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase)

เริ่มจากปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ถึง 7 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวทุก 2-5 นาที นาน 45-60 วินาที มีความแรงระดับปานกลาง ปากมดลูกบางร้อยละ 40-80 โดยในครรภ์แรกใช้เวลาในการเปิดขยาย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 6 ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังใช้เวลาในการเปิดขยาย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 4.5 ชั่วโมง

3) ระยะการเปลี่ยนผ่าน (transitional phase)

เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8 จนกระทั่งเปิด 10 เซนติเมตร มดลูกหดตัวทุก 1-2 นาที นาน 60-90 วินาที มีความแรงระดับมาก ปากมดลูกบางร้อยละ 80-100 ในครรภ์แรกใช้เวลาในการเปิดขยาย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังใช้เวลาในการเปิดขยาย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง เฉลี่ยใช้เวลา 15-30 นาที

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด กระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว มีการหดตัวของมดลูกทุก 2-3 นาที นาน 60-90 วินาที มีความแรงระดับมาก ระยะนี้ทารกจะมีการเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว ซึ่งในครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 1 ชั่วโมง และในผู้คลอดหลังใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที

ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) เป็นระยะของการคลอดรก โดยเริ่มตั้งแต่หลังทารกคลอดออกมาทั้งตัวจนถึงรก และเยื่อหุ้มรกคลอดออกมามีครบสมบูรณ์ ซึ่งในครรภ์แรกและครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 30 นาที

ระยะที่ 4 ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะหลังจากรกคลอดออกมาสมบูรณ์จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งระยะนี้ร่างกายของผู้คลอดจะมีการปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เป็นระยะที่ควรคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการตกเลือด

ความปวดในระยะคลอด หมายถึง ความรู้สึกของผู้คลอดที่รับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เฉียบพลัน รู้สึกไม่สุขสบายและไม่ต้องการให้เกิด เป็นความรู้สึกที่ซับซ้อนและจะเกิดการตอบสนองต่อความปวดตามมา (Lowe, 2002) ส่วนกัปตา, कुमार และซิงahal (Gupta, Kumar, & Singhal, 2006) กล่าวว่า ความปวดในระยะคลอดเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก และเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดขึ้น มดลูกจะมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอ ความถี่เพิ่มขึ้น และมีความแรงมากขึ้น จุดเริ่มต้นของความปวดคือ ตัวรับความเจ็บปวด (nociceptors) ที่อยู่บริเวณผิวหนัง เยื่อหุ้มกระดูก (bone periosteum) ผิวข้อต่อ และผนังหลอดเลือดแดง เมื่อบริเวณเหล่านี้ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด จะหลั่งสารสื่อประสาทประเภทฮิสตามีน (histamine) ซับสแตนที (substance P) บราดีไคนิน

(bradykinin) อะซีทิลโคลีน (acetylcholine) ลิวโคเทรียน (leukotrienes) และ โพรสตาแกรนดิน (prostaglandin) ไปกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวดแล้วส่งความรู้สึกไปที่ไขสันหลัง และสมองส่วนกลาง เพื่อแปลความรู้สึกเจ็บปวด (Helms & Barone, 2008)

ลักษณะความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอด มี 2 ลักษณะ คือ ความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) เป็นลักษณะที่ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ เกิดขึ้นแบบซ้ำ ๆ พบในระยะที่ 1 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของการคลอด เกิดจากการหดตัวของมดลูกที่ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดการกระตุ้นเส้นประสาทรับความรู้สึก ซึ่งจะแผ่ขยายความปวดจากหน้าท้องไปสู่บริเวณอื่น ๆ เช่น เอว ต้นขา แต่เมื่อมดลูกคลายตัวผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดลดลง ส่วนความเจ็บปวดที่เกิดจากร่างกาย (somatic pain) จะเป็นในลักษณะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สามารถบอกตำแหน่งได้ พบในช่วงปลายระยะที่ 1 ของการคลอด และระยะที่ 2 ของการคลอด สาเหตุความเจ็บปวดลักษณะนี้ เกิดจากการยืดขยายของฝีเย็บและเชิงกราน การฉีกขาดของเนื้อเยื่อปากมดลูกและช่องคลอด (Helms & Barone, 2008) ลักษณะและตำแหน่งที่ปวดสามารถกล่าวเป็นแต่ละระยะของการคลอดได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นความเจ็บปวดจากอวัยวะภายในที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก (Davidson, London, & Ladewig, 2008) ซึ่งความเจ็บปวดจะแตกต่างกันออกไปตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยในระยะแรกผู้คลอดจะปวดมากบริเวณท้องที่ต่ำกว่าระดับสะดือ ด้านข้างของเชิงกราน และบริเวณหลังส่วนล่าง เมื่อเกิดความก้าวหน้าของการคลอดความปวดจะร้าวไปที่เชิงกรานและต้นขาทั้งสองข้าง (Orashan, 2008)

ระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นความรู้สึกเจ็บปวดของร่างกายที่สามารถระบุตำแหน่งได้ (somatic pain) จะรู้สึกปวดที่รุนแรง ในลักษณะเหมือนมีของแหลมทิ่ม (sharp) ปวดร้อน (burning) ตำแหน่งที่ปวดคือ บริเวณพื้นเชิงกรานและฝีเย็บ (Lowdermilk & Perry, 2006) ความเจ็บปวดในระยะนี้เกิดจากส่วนนำของทารกที่เคลื่อนต่ำลงมา เกิดการดันและกดทับในช่องเชิงกราน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ประกอบกับการยืดขยาย และการดึงรั้งบริเวณพื้นเชิงกราน ฝีเย็บ ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึก โดยส่งกระแสประสาทผ่าน pudendal nerve เข้าสู่เส้นประสาทก้นกบที่ตำแหน่ง S2-S4 (sacrum nerve ที่ 2, 3 และ 4) (Lowe, 2002; Lowdermilk & Perry, 2006)

ระยะที่ 3 ของการคลอด เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก การคลอดของรก และรู้สึกเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บ หลังส่วนล่าง ซึ่งเกิดจากกลไกการส่งผ่านใยประสาทความรู้สึกเจ็บปวดเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ความเจ็บปวดในระยะนี้จะ

เกิดขึ้นไม่นาน (Davidson et al., 2008) ในระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลายความเจ็บปวดลงมาก (Perry, 2006)

ระยะที่ 4 ของการคลอด เป็นความปวดจากจากอวัยวะภายในที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก (Davidson et al., 2008) หลังจากการคลอด และอาจมีการปวดแผลฝีเย็บร่วมด้วย กลไกการส่งผ่านไขประสาทความรู้สึเจ็บปวดเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ความเจ็บปวดจะค่อย ๆ ลดลงและร่างกายจะเตรียมตัวเองเพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ (Lowdermilk & Perry, 2006)

การเบ่งคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะได้รับการเคลื่อนย้ายจากห้องรอคลอดสู่ห้องคลอด และได้รับการจัดทำเพื่อเตรียมคลอดในท่านอนหงายศีรษะยกสูง หรือชันขาหยั่ง ซึ่งความสำคัญในระยะนี้คือการเบ่งคลอด โดยการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพนั้นมาจากการเบ่งที่ถูกวิธีซึ่งต้องออกแรงอย่างสม่ำเสมอในแต่ละครั้งที่มดลูกหดตัวที่ทำให้ส่วนนำทารกมีการเคลื่อนต่ำลง ซึ่งหลักการเบ่งจะสอดคล้องกับการหายใจ โดยการเบ่งคลอดนี้จะปฏิบัติเมื่อปากมดลูกมีการเปิดขยายจนหมด (10 เซนติเมตร) และเบ่งเมื่อมีการหดตัวของมดลูก มีวิธีการดังนี้

1. หายใจเข้า-ออกให้เต็มปอด 1 ครั้ง เมื่อมดลูกบีบรัดตัว 1-2 ครั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และเปิดช่องทางเดินหายใจให้โล่ง
2. หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลั้นหายใจ พร้อมเบ่งคลอดให้นานประมาณ 6-8 วินาที แล้วหายใจออกทางปาก โดยการห่อริมฝีปาก 1 ครั้ง หากมดลูกยังมีการหดตัวอยู่ให้ปฏิบัติเช่นเดิมอีก
3. เมื่อมดลูกคลายตัว ให้ผู้คลอดหายใจเข้า-ออกให้เต็มปอด เพื่อเตรียมพร้อมการเบ่งคลอด ในการหดตัวของมดลูกในรอบต่อไป

การเบ่งให้มีประสิทธิภาพนั้นผู้คลอดไม่ควรกังวลเรื่องกลิ่นอุจจาระ หรือปัสสาวะขณะเบ่ง เพราะเป็นการขัดขวางแรงเบ่ง และในช่วงพักจากการเบ่งแต่ละครั้งผู้คลอดควรทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายให้มากที่สุด เพื่อเตรียมความพร้อมการเบ่งในครั้งต่อไป

พฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอด

ผู้คลอดจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยแสดงพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดในรูปแบบวิธีการต่าง ๆ ซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมนี้ หากผู้คลอดแสดงออกได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลดีต่อตัวผู้คลอดเองและทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด แต่ถ้าผู้คลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ทำให้ร่างกายมี

ความเครียดเพิ่มขึ้น และเกิดการขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจะมีลักษณะที่แตกต่างกันตามระยะของการคลอด ดังนี้ (Orashan, 2008)

ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) แบ่งพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ในระยะนี้การหดตัวของมดลูกยังไม่รุนแรง ผู้คลอดยังสามารถอดทนและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ อาจมีความกังวลเล็กน้อย แต่ยังมีอาการหิหรือหิวเรื้อรัง รวมถึงสามารถช่วยเหลือตนเอง สนใจบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม สามารถรับรู้ และแก้ปัญหาได้ กล้าซักถามข้อสงสัย และพูดคุย ซึ่งระยะนี้ผู้คลอดมีความสนใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี มีความพร้อมสำหรับการรับฟัง จึงเหมาะกับการให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจ ก่อนเข้าสู่ระยะที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น ผู้คลอดสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้เป็นอย่างดี (Orashan, 2008) แต่หากผู้คลอดมีความกังวลหรือเครียดมาก อาจมีท่าทางไม่เป็นมิตร และแยกตัว

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ระยะนี้การหดตัวของมดลูกแรงขึ้น ผู้คลอดเริ่มมีความเหนื่อยล้า เกิดความไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง จะมีความสนใจตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด แต่ปฏิบัติได้ยากขึ้น มีความต้องการการสนับสนุน (Orashan, 2008) ระยะนี้ผู้คลอดต้องการการดูแลอย่างมากโดยเฉพาะความสุขสบาย การลดความเจ็บปวดและการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Perry, 2006) ส่วนด้านร่างกายมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว สีหน้าบึ้งตึง กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เริ่มแสดงอาการก้าวร้าว (Orashan, 2008) เป็นต้น

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) ระยะนี้มีการหดตัวของมดลูกแรงมากขึ้น ร่วมกับผู้คลอดรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ จึงออกแรงเบ่ง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และอาจมีพฤติกรรม เช่น ทำร้ายตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อสู้ขัดขวางความสามารถในการควบคุมตนเองและการสื่อสารลดลง ไม่มีสมาธิ ผู้คลอดไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่มดลูกหดตัวจะไม่ต้องการพูดคุยหรือการสัมผัส หรืออาจมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม เรียกร้องที่จะยุติการคลอด เนื่องจากไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ แต่เมื่อมดลูกคลายตัวจะยังขอความช่วยเหลือเป็นระยะเช่นเดิม (Davidson et al., 2008) แต่จะไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ในระยะนี้ผู้คลอดต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ (Orashan, 2008)

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) เป็นระยะที่ทารกคลอดออกมา ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดที่รุนแรง รู้สึกปวดบริเวณเชิงกรานและฝีเย็บ ผู้คลอดจะรู้สึกอยากเบ่งและอยากที่จะเบ่งให้ทารกคลอดออกมา อาจมีการดิ้นไปมา ควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือและขอให้มีคนอยู่เป็นเพื่อนอย่างมาก (Perry, 2006)

ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) ในระยะนี้มดลูกมีการหดตัวลดลง เป็นระยะของการคลอดรก เมื่อรกคลอดสมบูรณ์แล้ว ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลาย และเริ่มสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีการรับรู้ดีขึ้น ต้องการเห็นและสัมผัสบุตร มีการทบทวนพฤติกรรมของตนเอง และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการคลอด (Perry, 2006)

ระยะที่ 4 ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดมีการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ เป็นระยะที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด และระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกถึงความเหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อน (Perry, 2006)

การจัดการกับความปวดในระยะคลอด

การจัดการความปวดในการคลอดแบ่งออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การจัดการกับความปวดในระยะคลอดโดยใช้ยา จะทำในกรณีที่ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งการใช้ยาเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดเป็นหนึ่งในทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความปวดลดลง ซึ่งถือได้ว่าการใช้ยามีข้อดีในการช่วยบรรเทาความปวดได้ แต่ก็ยังมีการข้างเคียงจากการใช้ยาด้วยเช่นกัน การจัดการความปวดในการคลอด โดยใช้ยา มี 3 ประเภท คือ 1) ยาระงับความรู้สึกและระงับประสาทในระยะคลอด (analgesia and sedation during labor) ใช้เมื่อมีความปวดรุนแรงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว การให้ยานี้ทำให้การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้ายาวนานขึ้น อาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และยามีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหายใจของผู้คลอดและทารก ซึ่งส่งผลให้เกิดอัตราการหายใจช้า การพิจารณาการให้ยาจึงควรให้ก่อนคลอด 2-4 ชั่วโมง (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, & Wenstrom, 2014) 2) ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional analgesia) ใช้ระงับอาการปวดโดยไม่มีผลต่อการหดตัวของมดลูก เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการระงับความปวดในการคลอด ซึ่งการให้ยาระงับความรู้สึกประเภทนี้สามารถให้ได้ทั้งในกรณีคลอดปกติ หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่อาการข้างเคียงจากยาอาจส่งผลต่อทารก เช่น กดการหายใจของทารก เป็นต้น และอาจส่งผลต่อผู้คลอด เช่น การติดเชื้อในไขสันหลัง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (Canton et al., 2002) 3) ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia) นิยมใช้ในกรณีที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งต้องมีการงดน้ำและอาหารทางปาก อาการข้างเคียงจากยาอาจ

ส่งผลต่อทารก เช่น กดการหายใจของทารก เป็นต้น และอาจส่งผลต่อผู้คลอด เช่น ทำให้มดลูกหดตัวลดลง เกิดการตกเลือดในระยะหลังคลอด เป็นต้น (Cunningham et al., 2014)

2. การจัดการความปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการความปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยานี้ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (childbirth education) 2) การผ่อนคลาย (relaxation) (Simkin & Bolding, 2004) เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่กระตุ้นความเครียดแก่ผู้คลอด เกี่ยวกับการควบคุมแสง เสียง และกลิ่น การฟังดนตรีเพื่อลดความปวด (music and audio analgesia) การบำบัดด้วยกลิ่นหรือ สุนทรบำบัด (aromatherapy) การหายใจ (breathing) การสัมผัสและการนวด (touch and massage) 3) การใช้ความร้อนหรือความเย็น (application of heat or cold) 4) ธาราบำบัด (hydrotherapy) และ 5) การกดจุด (acupressure)

เทคนิคการผ่อนคลายความปวด ความปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับความก้าวหน้าของกระบวนการคลอด แต่ความปวดในระยะคลอดนี้สามารถบรรเทาหรือทำให้เกิดการผ่อนคลายได้ ซึ่งมีทั้งวิธีการบรรเทาปวดต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับงานวิจัยนี้ใช้เทคนิคการหายใจ การอาบน้ำอุ่น การนวด การจัดทำ และการสนับสนุนในแต่ละระยะของการคลอดโดยมารดาของผู้คลอด ซึ่งเป็นเทคนิคที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดปฏิบัติในระยะคลอดได้ด้วยตนเอง เป็นการเบี่ยงเบนความปวดในระยะคลอด ที่ได้รับความนิยมนักมากเนื่องจากปฏิบัติได้ง่าย ปวดน้อย ไม่ต้องใช้เครื่องมือในการปฏิบัติที่ยุ่งยาก สะดวกต่อการนำไปใช้ (ฐิตยา ธงศิลา , โสมภัทร ศรีไชย และวิชัย อึ้งพินิจพงศ์, 2552)

1. การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด เป็นการลดความปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ตามกลไกการลดปวดแบบส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความปวดจากไขสันหลังระดับสมอง เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจที่ทำให้มีการส่งจากสมองไปยังไขสันหลังลดลง ส่งผลต่อสมองที่จะส่งคำสั่งผ่านทางเส้นประสาทนำเข้า (afferent nerve) ยับยั้งการเปิดประตูควบคุมความปวด (gate control) และสมองยังสามารถส่งคำสั่งโดยตรงให้มีการปิดประตูที่ไขสันหลังทำให้ไม่เกิดการปวดขึ้นด้วย (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) ซึ่งจะแนะนำให้ผู้คลอดฝึกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมให้มารดาของผู้คลอดมีส่วนร่วมในการฝึก เพื่อช่วยกำหนดจังหวะ การหายใจเป็นการฝึกที่สะดวกสบาย ทำให้เกิดการผ่อนคลาย สามารถนำไปใช้ใน ระยะคลอดอย่างมั่นใจ มีรูปแบบที่ยากง่ายต่างๆ กันไป ซึ่งควรฝึกให้เคยชินเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องตัวระหว่างเจ็บครรภ์ การมุ่งความสนใจสู่จังหวะการหายใจทำให้เกิดความกลมกลืน เกิดความรู้สึกที่เป็นหนึ่งเดียวกับภาวะที่มีอยู่ภายในตนเองในขณะนั้น พร้อมทั้งสามารถเบี่ยงเบนได้ โดยอิสระ การฝึกหายใจระหว่างผู้คลอดและมารดาของผู้คลอดจะทำให้ทั้ง 2 ฝ่ายเกิดความสงบและรู้สึก

ผ่อนคลายร่วมกัน (กรมอนามัย, 2550) เทคนิคการหายใจ ประกอบด้วยการหายใจ ดังนี้ (พวงน้อย
สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550)

การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ห่าง

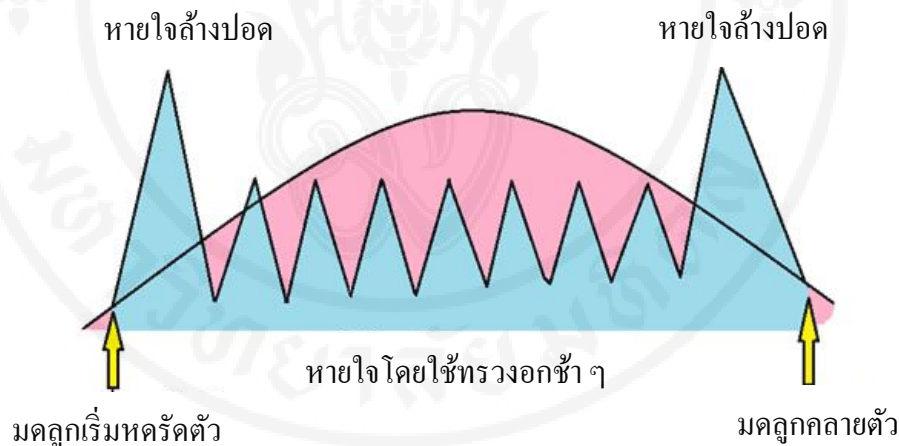
วิธีการปฏิบัติ

1. ผู้คลอดนอนหรือนั่งในท่าที่สบายผ่อนคลายเต็มที่
2. เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจลึกลงโดย หายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกทางจมูก

3. หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ พร้อมนับจังหวะ 1-2-3-4

ในใจแล้วหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเพียงเล็กน้อย นับจังหวะ 1-2-3-4 ทำเช่นนี้จนครบ 1 นาที
ซึ่งจะหายใจได้ประมาณ 6-9 ครั้ง พอดีกับมดลูกคลายตัว

4. เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจลึกลง 1 ครั้ง



ภาพที่ 2.1 การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ห่าง

การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดในระยะเจ็บครรภ์ถี่

วิธีการปฏิบัติ

1. ผู้คลอดนอนหรือนั่งในท่าที่สบายผ่อนคลายเต็มที่
2. เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว หายใจลึกลง 1 ครั้ง
3. หายใจแบบช้า ๆ ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งมดลูกหดตัว

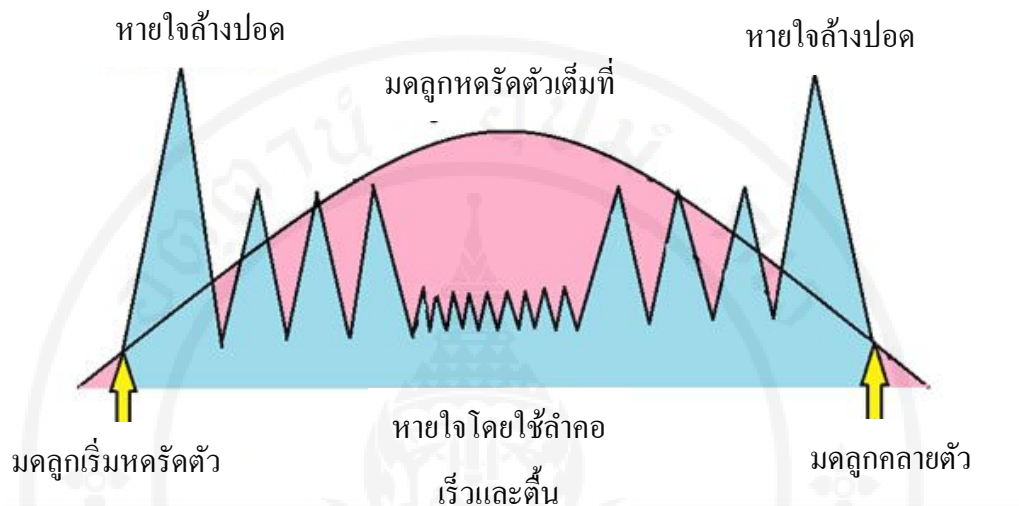
เต็มที่

4. เปลี่ยนจังหวะเป็นการหายใจเข้าออกทางปากสั้น ๆ เร็ว ๆ

เบาๆที่คอ

5. เมื่อมดลูกเริ่มคลายตัวปรับจังหวะการหายใจเป็นแบบช้า

6. เมื่อมดลูกคลายตัว หายใจล้างปอด 1 ครั้ง



ภาพที่ 2.2 การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์

การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดในระยะเจ็บครรภ์มาก

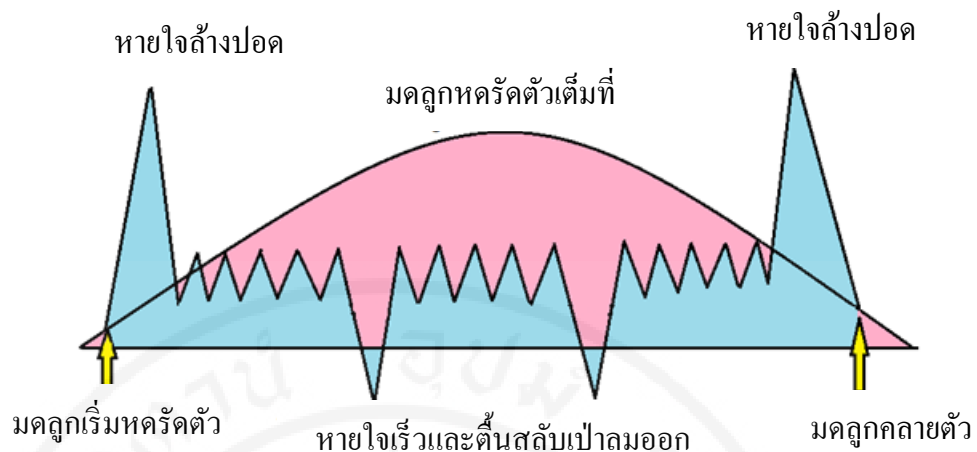
และอยากเบ่ง เมื่อปากมดลูกใกล้เปิดหมด หรือเปิด 8-10 ซม. มดลูกจะหดตัวแรง ถึ และนาน ผู้คลอดอาจรู้สึกอยากเบ่ง เนื่องจากศีรษะทารกลงไปกดที่ผนังช่องคลอดและพื้นเชิงกราน การควบคุมการหายใจในช่วงนี้ คือ ควบคุมไม่ให้เบ่ง เพราะถ้าเบ่งในระยะนี้จะทำให้ปากมดลูกบวม และเสียพลังงาน

วิธีการปฏิบัติ

1. เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว หายใจล้างปอด 1 ครั้ง
2. หายใจเข้าออกเร็ว ๆ ตื้น ๆ เบา ๆ ติดต่อกัน 6-8 ครั้ง

เหมือนระยะเจ็บครรภ์ ถึ แล้วเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้งจนกว่ามดลูกจะคลายตัว

3. เมื่อมดลูกคลายตัว หายใจล้างปอด 1 ครั้ง



ภาพที่ 2.3 การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ถี่มาก และอยากแบ่ง

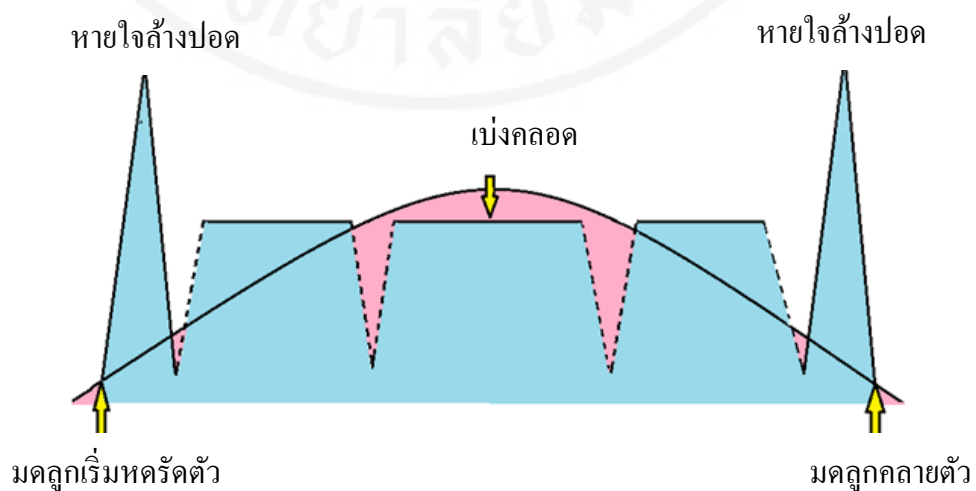
การหายใจในระยะเบ่งคลอด (ระยะปากมดลูกเปิดหมด)

วิธีปฏิบัติ

1. เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว หายใจล้าปอด 1 ครั้ง
2. สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ แล้วกลั้นไว้ ปิดปากให้

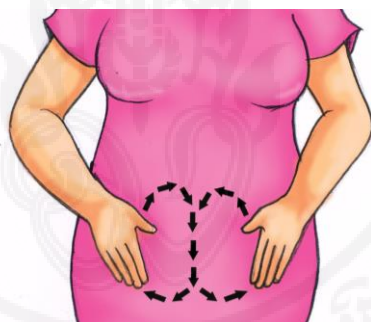
แน่น ก้มศีรษะลงชิดอกพร้อมทั้งเบ่งลงไปทางช่องคลอดและทวารหนัก โดยออกแรงเบ่งให้ได้มาก และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. ทำเช่นเดิมซ้ำอีกจนมดลูกคลายตัว แล้วหายใจล้าปอด 1 ครั้ง



ภาพที่ 2.4 การหายใจในระยะเบ่งคลอด

2. การลูบหน้าท้อง เป็นการลดปวดในระยะคลอดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ตามกลไกการลดปวดแบบการกระตุ้นประสาทส่วนปลาย โดยผู้คลอดจะรับรู้ว่าการสัมผัสคือการดูแลเอาใจใส่ (caring) และความต้องการให้การช่วยเหลือผู้คลอด (Simkin, 1991) ช่วยให้ผู้คลอดมีความปวดลดลงได้จากการสั่งงานของสมอง ที่ส่งผลให้ปิดประตูการส่งข้อมูลความปวดที่ไขสันหลังไม่ให้ส่งข้อมูลมายังสมอง ทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความปวด (ศศิธร พุ่มดวง, 2550) ซึ่งการลูบหน้าท้องปฏิบัติได้โดย เมื่อมดลูกหดตัว มารดาของผู้คลอดยืนอยู่ข้างๆ ผู้คลอด โดยหันหน้าไปทางปลายเท้าของผู้คลอดแล้ววางมือทั้งสองข้างจรดกันบริเวณกึ่งกลางของกระดูกหัวเหน่า จากนั้นแยกมือลูบหน้าท้องตั้งแต่หัวเหน่าขึ้นไปด้านข้างลำตัวจนมาจรดที่ยอดมดลูก ทำพร้อมกับจังหวะการหายใจเข้าของผู้คลอด แล้วลูบผ่านตรงกลางลำตัวลงมาถึงหัวเหน่าเช่นเดิมอีกครั้ง ทำพร้อมกับจังหวะการหายใจออกของผู้คลอด เมื่อหายใจเข้าออก 1 ครั้ง จะได้การลูบหน้าท้อง 1 รอบ ไปพร้อม ๆ กัน ทำซ้ำ ๆ จนมดลูกคลายตัว



ภาพที่ 2.5 การลูบหน้าท้อง

3. การนวด เป็นการลดปวดในระยะคลอดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ตามกลไกการลดปวดแบบการกระตุ้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้มากกว่าการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ส่งผลให้มีการยับยั้งเซลล์การส่งกระแสประสาท (transmission cell, T-cell) ที่ไขสันหลังไม่ให้ส่งข้อมูลความปวดไปยังสมอง หรืออาจเรียกว่าการทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิด ผู้คลอดจึงไม่เกิดความรู้สึกปวด โดยเป้าหมายหลักของการนวด คือ ทำให้ผู้คลอดเกิดความผ่อนคลาย การนวดอาจไม่ใช่การบำบัดหรือรักษา แต่เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้คลอดจะรู้สึกสุขสบายมากขึ้น เพราะเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้คลอด ผู้คลอดจะรู้สึกอึดอัด ไม่คล่องตัว โดยเฉพาะอาการปวดเมื่อยตามหลัง แขนขา และเท้า นอกจากนี้การนวดยังแสดงถึงการสัมผัสที่มาจากใจใส่ และการแสดงความต้องการในการช่วยเหลือประคับประคอง (Simkin, 1991) ช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลของผู้คลอด (ศศิธร พุ่มดวง, 2551; อูสาคี สุกรพันธ์, 2548; D'Arcy, 2007) การฝึกทักษะการนวดจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่

ควรให้ความสำคัญ เพราะหากทราบวิธีการนวดที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี (คาริกาวรรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิวิมมงคล, 2554)

การเตรียมตัวผู้คลอด (มารดาของผู้คลอด)

1. มารดาของผู้คลอดควรบริหารแขน ข้อมือ ฝ่ามือ และนิ้วมือของตนเอง เพื่อให้แขนมีกำลัง และประสิทธิภาพในการลงน้ำหนักที่ดี เช่น การหมุนแขน เหวี่ยงแขน เกร็งแขนเหมือนยกของหนัก ซึ่งการบริหารแขนมารดาของผู้คลอดสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยการบีบนิ้วค้ำมือแน่น เตะข้อมือ ประคบมือบีบกันเอง บิดฝ่าแขนหนู หรือยันนิ้วโป้งกับขอบโต๊ะ

2. มารดาของผู้คลอดไม่ควรไว้เล็บยาว และไม่ควรสวมแหวน การนวดหลัง หรือการนวดส่วนต่าง ๆ ทางด้านหลัง

ทำนั้

1. ผู้คลอดนั่งคุกเข่า โน้มตัวไปข้างหน้า ชบหน้ากับหมอน แยกเข่าออกจากกันปลายเท้าชี้เข้าหากัน มารดาของผู้คลอดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังในท่าหลังตรง

2. มารดาของผู้คลอดวางฝ่ามือทาบบริเวณส่วนปลายของกระดูกสันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกก้นกบมากที่สุด แล้วใช้แรงจากฝ่ามือกดเคลื่อนสลับซ้ายและขวาเบา ๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว กดจากก้นกบไปตามแนวข้างกระดูกสันหลัง จนถึงส่วนบนบริเวณกล้ามเนื้อสะบักและไหล่หรือใช้ฝ่ามือลูบขึ้นลงไปตามแนวเดิม แต่การลูบต้องให้มีน้ำหนักหรือใช้นิ้วกดลึก หรือกดคลึงตามแนวเดิม



ภาพที่ 2.6 การนวดหลังในท่านั่งคล้ายนอนคว่ำ

ท่านอนตะแคง

ให้ผู้คลอดนอนตะแคง โดยเหยียดขาข้างล่างตรง ส่วนขาข้างบนงอเล็กน้อย มีหมอนสอดระหว่างขา มารดาของผู้คลอดนั่งด้านหลังผู้คลอด เพื่อหนุนหลัง / สะโพก ซึ่งนอนหลังท่านอนตะแคงมีวิธีดังนี้

วิธีที่ 1 การนวดจากสะโพก ใช้ฝ่ามือคลึงหรือลูบจากสะโพกไปถึงไหล่ ให้ฝ่ามืออยู่ข้างแนวกระดูกสันหลัง นวดไปตามแนวยาวของลำตัว จนถึงสะบักหรือไหล่ หรือใช้นิ้วกดคลึงตามแนวเดิม ถ้าผู้คลอดชอบการนวดแบบลงน้ำหนักมากให้ใช้การนวดแบบกดคลึง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงไปตรง ๆ นิ่ง ๆ นานประมาณ 10 วินาที จึงย้ายตำแหน่งให้ทั่วบริเวณตามแนวเดิมทำอีกข้างหนึ่งเมื่อผู้คลอดพลิกตะแคงเปลี่ยนท่า



ภาพที่ 2.7 การลูบจากสะโพก



ภาพที่ 2.8 การนวดแบบกดคลึง



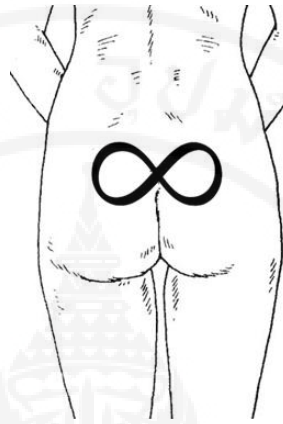
ภาพที่ 2.9 การนวดแบบกดลึก

วิธีที่ 2 การนวดรอบก้นกบ ใช้สันมือนวดลึก ๆ เป็นวงกลม ที่บริเวณกระดูกก้นกบขณะมดลูกมีการบีบตัว ให้น้ำหนักที่กดมีความคงที่และสม่ำเสมอ ซึ่งในระยะคลอดจะเน้นการนวดที่ก้นกบ เนื่องจากมีเส้นประสาทความรู้สึก ผ่านก้นกบ และหลังส่วนล่าง นวดช่วงที่มีการหดตัวของมดลูก หยุคนวดในช่วงพัก และฝึกหายใจไปพร้อมกัน



ภาพที่ 2.10 การนวดรอบก้นกบ

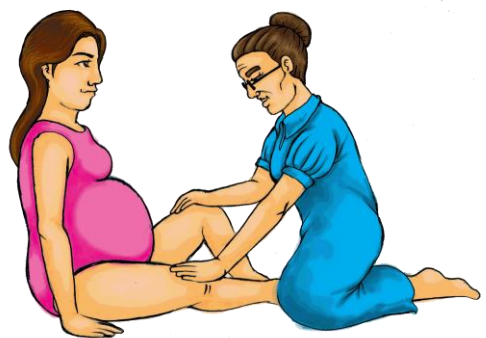
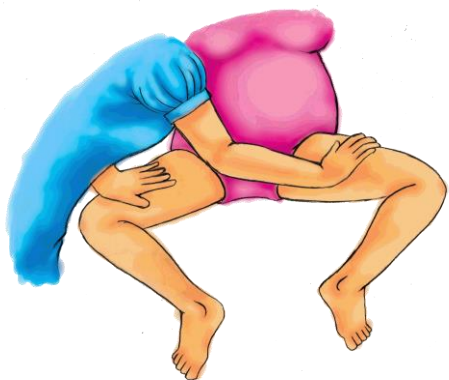
วิธีที่ 3 การนวดเป็นรูปเลขแปด โดยกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือ ออก วางด้านสันมือบริเวณหลังส่วนล่างสุด กดน้ำหนักมือค่อนข้างแรงวงมือเป็นรูปเลขแปดเล็ก ๆ แล้ว ค่อย ๆ วงมือใหญ่ขึ้น



ภาพที่ 2.11 การนวดเป็นรูปเลขแปด

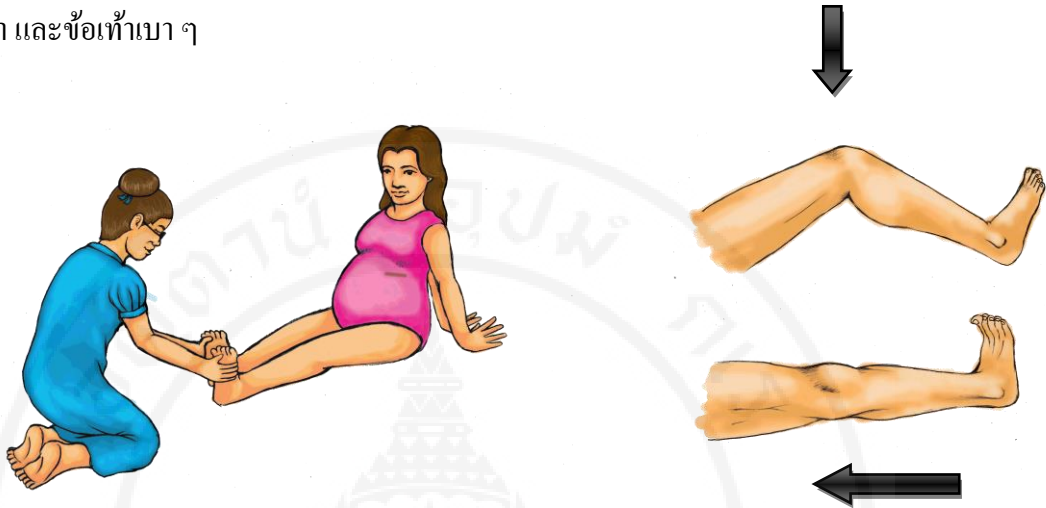
การนวดขาส่วนบน น่อง และเท้า

1. ผู้คลอดนั่งกับพื้นด้วยท่าที่สบาย แยกขา ส่วนมารดาของผู้คลอดนั่งคุกเข่าตรงหน้า ใช้ฝ่ามือ 2 ข้างกดนวดสลับมือจากเข่า มายังต้นขาด้านในถึงขาหนีบทำซ้ำ เป็นจังหวะให้สอดคล้องกับจังหวะการหายใจ



ภาพที่ 2.12 การนวดขาส่วนบน

2. หากมีอาการของตะคริว ให้วางเท้าข้างหนึ่งบนตักมารดาของผู้คลอด แล้วให้มารดาผู้คลอดพลิกปลายเท้าเข้าหาตัวผู้คลอด พร้อมกับใช้มือนวดคลึงหลังเท้าข้างเท้า และข้อเท้าเบา ๆ



ภาพที่ 2.13 การนวดน่องและเท้า

4. การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด เป็นการลดความปวดในระยะคลอดโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา ตามกลไกการลดปวดแบบการใช้วิธีลดตัวกระตุ้นความปวด ซึ่งทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลและเครียดลดลงจากการส่งเสริมให้เกิดอิสระในการเคลื่อนไหวภายใต้หลักและวิธีการที่ถูกต้อง และส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด (ศศิธร พุมดวง, 2546) โดยการเคลื่อนไหวท่าต่าง ๆ ของผู้คลอดขณะรอคลอดนั้น ต้องอยู่ในท่าที่ทำให้สุขสบาย ผู้คลอดจะรู้ด้วยตนเองว่าท่าใดที่ทำให้ผ่อนคลายความเจ็บปวดได้มากที่สุด

หลักการ

1. ต้องมีการฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้คลอดและมารดาของผู้คลอดและสามารถนำมาใช้ได้เมื่อเข้าสู่ระยะของการคลอด
2. ผู้คลอดสามารถเลือกใช้ท่าใดก็ได้ที่ตนเองชอบและถนัด โดยมารดาของผู้คลอดจะให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนท่า และไม่ควรรออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานเกิน 1 ชั่วโมง เพราะจะทำให้ร่างกายเมื่อยล้า จึงต้องมีการเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 30-60 นาที
3. เมื่อถุงน้ำคร่ำแตกแล้วกิจกรรมจะจำกัดอยู่เฉพาะบนเตียงเท่านั้น

วิธีปฏิบัติ

การเคลื่อนไหวและท่าที่ส่งเสริมการคลอดมีหลายท่า ดังนี้

1. การเดิน ขณะเดินควรให้หลังตรงและค่อย ๆ เคลื่อนไหวช้า ๆ โดยให้มารดาของผู้คลอดประคองเดิน
2. ทำยืนโน้มตัวไปข้างหน้า โดยยืนห่างจากผนังประมาณ 1 ฟุตให้ปลายเท้าแยกออกจากกันเล็กน้อย หรือเท้าอีกข้างหนึ่งอยู่ด้านหน้า โนมตัวไปข้างหน้า ชบหน้าบนแขนที่วางทาบผนัง
3. ทำนั่งเก้าอี้ อาจพิงพนักหรือไม่ก็ได้ ทำวางราบกับพื้น หรือวางบนม้านั่ง ให้เข้าสูงกว่าสะโพกเล็กน้อย หรือนั่งคร่อมเก้าอี้หันหน้าเข้าหาพนักเก้าอี้ ชบหน้าบนแขนที่วางทาบพนักเก้าอี้ ในกรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกแล้วจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่เฉพาะบนเตียงเท่านั้น ดังนั้นท่านั่งจะเปลี่ยนเป็นการพุงคร่อมกับโต๊ะคร่อมเตียง
4. นั่งยอง ให้เท้าวางราบกับพื้น ใช้ศอกแยกเข้า 2 ข้างออกจากกัน
5. ทำนั่งคุกเข่า นั่งคุกเข่าบนพื้น โนมตัวไปข้างหน้า ชบหน้าลงบนที่นั่งของเก้าอี้ที่มีหมอนรอง ในกรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกแล้วจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่เฉพาะบนเตียงเท่านั้น
6. ทำคลาน ใช้มือ และเข่าทั้งสองข้างยันบนพื้น ท่านี้อาจจะแขวนทำให้ ไม่กดบริเวณหลังและทวารหนัก
7. ทำนอนคุกเข่า
8. ทำนอนศีรษะสูง (ทำกึ่งนั่ง) โดยนอนบนเตียงที่ใช้ศีรษะสูง ทำมุมประมาณ 45 องศา กับพื้น

การจัดท่าตามความต้องการของผู้คลอด จะทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย แต่ในขณะเดียวกัน การจัดท่าควรให้มารดาของผู้คลอดคำนึงถึงท่าที่จะช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด หรืออาจชักชวนให้ผู้คลอดอยู่ในท่าแนวตั้ง ศีรษะและกระดูกสันหลังอยู่ในแนวทำมุมประมาณ 30-90 องศา กับพื้นราบ โดยระยะที่ 1 ของการคลอดอยู่ในท่าเดิน ทำยืน ทำกึ่งนั่ง 30-60 องศา หรือนั่งบนเก้าอี้ และนั่งยอง ๆ บนเตียง ส่วนในระยะที่ 2 ของการคลอด อยู่ในท่ากึ่งนั่ง 30-60 องศา ซึ่งการจัดท่านี้อาจช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนตัวของส่วนนำ และทำให้มีการหดตัวของมดลูกดี ทารกเคลื่อนตัวได้ดีขึ้น (ศศิธร พุ่มดวง, 2549)

5. การสนับสนุนแต่ละระยะของการคลอดโดยมารดาของผู้คลอด

การวิจัยครั้งนี้เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาของผู้คลอดเพื่อให้การสนับสนุนดูแลผู้คลอดตั้งแต่วินาทีที่ 1 ของการคลอด ถึงระยะที่ 2 ของการคลอด 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการ

สนับสนุนการเป็นตัวแทนของผู้คลอด ตามแนวคิดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) โดยบทบาทของมารดาผู้คลอดในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

5.1 บทบาทการสนับสนุนของมารดาของผู้คลอดในระยะที่ 1

ของการคลอด

- ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เป็นระยะที่เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ลักษณะการหดตัวของมดลูกยังไม่สม่ำเสมอ ความรุนแรงอยู่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Cunningham et al., 2014) ผู้คลอดจะรู้สึกตื่นเต้นจากการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะนำไปสู่การคลอด การสังเกตว่าผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้าคือ การที่ผู้คลอดยังสามารถสนทนาพูดคุยได้ และสามารถควบคุมตัวเองโดยใช้เทคนิคการหายใจได้ เนื่องจากการหดตัวของมดลูกที่ยังไม่รุนแรง หรือยังไม่ถี่

จากพฤติกรรมการเผชิญกับความปวดของผู้คลอดในระยะนี้จึงมีหลักการสำคัญของการสนับสนุน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากผู้คลอดยังสามารถทนกับความปวดได้ ช่วยเหลือตนเองได้ มีความสนใจสิ่งแวดล้อม และสามารถรับรู้ได้ดี ช่วยให้ผู้คลอดได้รับรู้ถึงพฤติกรรมปฏิบัติของตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำและชี้แนะให้ผู้คลอดปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการคลอด ความปวดในระยะคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุและผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย สัมผัสมือ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้คลอดคลายความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล ส่วนการสนับสนุนด้านร่างกาย คือ การนวด การพาไปห้องน้ำ การพุงดิน และการจัดสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน คือ การเป็นผู้ประสานระหว่างผู้คลอด บุคลากรทางการแพทย์และญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดเช่นนี้จะช่วยลดความตื่นกลัวของผู้คลอด และสร้างความมั่นใจให้ผู้คลอดรู้สึกกล้าที่จะเผชิญในระยะต่อไป

- ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เป็นระยะที่เริ่มจากปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3 เซนติเมตร ถึง 7 เซนติเมตร ลักษณะการหดตัวของมดลูกมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก มีความสม่ำเสมอ การหดตัวถี่ขึ้น และยาวนานขึ้น (Cunningham, et al., 2014) ผู้คลอดจะรู้สึกกระสับกระส่าย หรือกลัวมากขึ้น การสังเกตว่าผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ การที่ผู้คลอดมีการสนทนาพูดคุยลดลง และความสามารถในการควบคุมตัวเองในการใช้เทคนิคการบรรเทาปวดลดลง เนื่องจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรง และถี่ขึ้น

จากพฤติกรรมการเผชิญกับความปวดของผู้คลอดในระยะนี้จึงมีหลักการสำคัญของการสนับสนุน คือ การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านอารมณ์

เนื่องจากผู้คลอดต้องเผชิญกับความปวดที่รุนแรงขึ้น จึงเริ่มมีการเหนียวแน่น การสนับสนุนด้านร่างกายที่จะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย คือ การนวด การช่วยเหลือผู้คลอดในการเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมความสบาย ทั้งยังส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด รวมถึง การเช็ดหน้า การซับเหงื่อ การเปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้นจากมูกเลือดหรือน้ำคร่ำ การช่วยเหลือให้บ้วนปากในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การทำให้ผู้คลอดรู้สึกสบายด้วยการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหดตัวของมดลูกด้วย ขณะเดียวกันที่ต้องเผชิญกับความปวดที่มากขึ้นทำให้ผู้คลอดเกิดความไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมความเจ็บปวดได้ ทำให้มีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ในการสร้างความเข้มแข็งและความมั่นใจในความสามารถของตนเอง นั่นคือ การให้กำลังใจ สัมผัสมือ การกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การอุ้มหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน กล่าวชมเชย ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากความปวดที่รุนแรงขึ้นประกอบกับการสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้ผู้คลอดมีความตั้งใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายความปวด แต่เพราะความสามารถในการปฏิบัติตนที่ปฏิบัติได้ยากขึ้น ทำให้ผู้สนับสนุนต้องให้คำแนะนำและชี้แนะให้ผู้คลอดปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมตนเองได้เพื่อให้ผู้คลอดทำตามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด นอกจากนี้มารดาของผู้คลอดยังต้องให้การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดที่จะต้องเป็นผู้ประสานความต้องการของผู้คลอด และสื่อสารแนวทางการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้คลอดเข้าใจ บทบาทการสนับสนุนในขณะนี้เป็นการเน้นให้ผู้คลอดมีความสุขสบายทางร่างกาย ร่วมกับการลดความวิตกกังวลของผู้คลอด มีความเข้าใจ สร้างความมั่นใจไม่ตำหนิ และไม่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกถูกทอดทิ้ง หรือรู้สึกโดดเดี่ยว

- ระยะเปลี่ยนผ่าน หรือระยะเจ็บครรภ์ดีมาก (transitional phase) เป็นระยะสุดท้ายของระยะที่ 1 ของการคลอด การเคลื่อนต่ำของส่วนนำจะเพิ่มมากขึ้น แต่ปากมดลูกจะเปิดช้าลง เป็นระยะที่เริ่มจากปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 8 เซนติเมตร จนถึงเปิดหมด ลักษณะการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งมีระดับความรุนแรงอยู่ระดับมากถึงมากที่สุด มีความสม่ำเสมอ และยาวนาน (Cunningham, et al., 2014) ทำให้ผู้คลอดมีความปวดมาก มีภาวะเครียด การสังเกตว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะนี้ คือ ผู้คลอดจะรู้สึกอยากเบ่ง รู้สึกปวดหน่วงที่ก้น

จากพฤติกรรมที่เผชิญกับความปวดของผู้คลอดในระยะนี้จึงมีหลักการสำคัญของการสนับสนุน คือ การเป็นตัวแทนผู้คลอด เนื่องจากผู้คลอดมีความปวดที่รุนแรงมากขึ้น ร่วมกับการมีความรู้สึกลำบากอย่างเบ่งอึดอัดจนทำให้ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่ให้ความร่วมมือ มารดาของผู้คลอดจึงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นตัวแทนผู้คลอด ทั้งการเป็นตัวแทนในการปฏิบัติการใช้เทคนิคเพื่อช่วยลดความปวด และเป็นตัวแทนในการสื่อสารบอกความต้องการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์รับทราบ เช่น การปวดเบ่งที่เพิ่มขึ้น การสนับสนุนด้านร่างกายเน้นเกี่ยวกับการจัด

ท่า และการนวด ช่วยเช็ดหน้า เช็ดเหงื่อ เปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้น ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์คือการเห็นคุณค่าในความสามารถ การให้ความสำคัญ และการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้คลอดในการที่จะผ่านเหตุการณ์ไปได้ พุดคุยปลอบใจ และกระตุ้นให้หายใจตามแบบแผน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การบอกความก้าวหน้าของการคลอดให้แก่ผู้คลอดเพื่อเป็นการให้กำลังใจ และนอกจากนี้ บทบาทการสนับสนุนจากมารดาของผู้คลอดยังต้องสนับสนุนให้ผู้คลอดพักให้ได้มากที่สุดในขณะที่มดลูกคลายตัว รวมถึงให้ความมั่นใจในความสามารถของผู้คลอดว่าสามารถทำได้ ในการที่จะเผชิญกับการคลอดบุตรในเวลาต่อมา

5.2 บทบาทการสนับสนุนของมารดาผู้คลอดในระยะที่ 2

ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นระยะการเกิดของทารก เริ่มจากปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร และความบางของปากมดลูกมากที่สุดร้อยละ 100 จนถึงทารกคลอด (Perry, 2006) การหดตัวของมดลูกในระยะนี้จะรุนแรงและถี่มาก ทำให้ผู้คลอดรู้สึกปวดมาก เนื่องมาจากแรงดันของส่วนนำทารกที่เคลื่อนต่ำเข้าสู่ช่องเชิงกราน ซึ่งการดันและกดทับของส่วนนำในช่องเชิงกรานเป็นการกระตุ้นความรู้สึกปวดทำให้เกิดความปวดมากขึ้น (Charlton, 2005; Lowe, 2002) การสังเกตว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะนี้ คือ ผู้คลอดจะรู้สึกอยากเบ่ง และปวดตึงบริเวณก้น อีกทั้งระยะนี้ผู้คลอดจะกลัวการถูกทอดทิ้ง การอยู่เป็นเพื่อนและสนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากพฤติกรรมการเผชิญกับความปวดของผู้คลอดในระยะนี้ จึงมีหลักการสำคัญของการสนับสนุนการคลอดในระยะที่ 2 คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์เนื่องจากผู้คลอดจะมีความรู้สึกปวดที่รุนแรงที่สุด เกิดความกลัว และไม่สามารถผ่อนคลายหรือบรรเทาความปวดด้วยวิธีใด ๆ ได้ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยการแสดงความรู้สึกเข้าใจ การพุดคุยปลอบประโลมให้กำลังใจ หรือชมเชย สนับสนุนให้ผู้คลอดรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และให้ความเชื่อมั่นว่าผู้คลอดสามารถทำได้ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ส่วนการสนับสนุนด้านร่างกายคือ สนับสนุนให้ผู้คลอดสุขสบายด้วยการช่วยเช็ดหน้า เช็ดเหงื่อ ช่วยพยุงศีรษะผู้คลอดในขณะที่เบ่งคลอด และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การกระตุ้นส่งเสริมการคลอดโดยการช่วยเชียร์เบ่ง และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน คือ เป็นตัวแทนผู้คลอดในการช่วยประคับประคองดูแลทารกโดยติดตามพยาบาลในการให้การดูแลเกี่ยวกับการซึ้นน้ำหนักร วดสัดส่วน และการบริหารทารกแรกเกิด และเป็นตัวแทนพยาบาลในการนำทารกมาให้ผู้คลอดสัมผัสพร้อมทั้งบอกข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักทารก

กล่าวได้ว่า บทบาทสำคัญของมารดาผู้คลอดในระยะคลอด คือ การสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนผู้คลอด ซึ่งเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในการตัดวงจรความปวด โดยการดูแลสนับสนุนด้านร่างกายให้เกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย

เช่น การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด การเช็ดหน้า การบ้วนปาก การจับเหงื่อ และการเปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้น เป็นการช่วยลดความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ด้านอารมณ์เป็นการลดความกลัวต่อสถานการณ์และความกังวล เช่น การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย สัมผัสมือ และการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นการสนับสนุนให้สนับสนุนให้ผู้คลอดมีกำลังใจ คลายความวิตกกังวล ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวด การเบ่งคลอดที่ถูกต้อง และข้อมูลย้อนกลับในลักษณะให้กำลังใจ โดยการชมเชยเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ เช่น พฤติกรรมการปฏิบัติที่ผู้คลอดทำถูกต้อง และการเป็นตัวแทนผู้คลอด ประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปตามแนวทางการรักษา และเป็นตัวแทนในการปฏิบัติการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดในขณะที่ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติเองได้ เช่น การลูบหน้าท้อง การนวด และการจัดทำ พร้อมทั้งเป็นตัวแทนในการพิจารณาตัดสินใจเมื่อผู้คลอดไม่สามารถตัดสินใจได้ สรุปได้ว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากมารดาของผู้คลอดที่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการสนับสนุน 4 ด้าน จะทำให้การสนับสนุนในระยะคลอดเกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงในการสนับสนุน ซึ่งวัดได้จากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมาย เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ระยะของการคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และคณะ, 2556) ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งเร้าที่ส่งผลให้สมองได้รับการกระตุ้น และแปลความหมายสิ่งเร้านั้น ๆ เชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ออกมาเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีผลต่อจิตใจและความรู้สึกไปจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งจะมีทั้งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Bryanton et al., 2008; Reeder, Martin, & Koniak, 1992)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก คือการที่ผู้คลอดรู้สึกดีต่อการคลอด พอใจ และมีความสุขที่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยดี เช่น การเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว (Chunuan, KaLa, & Kochapakdee, 2004; Scott et al., 1999) ความกลัว ความวิตกกังวล ความปวด สภาพแวดล้อมของห้องคลอดที่ไม่เคยชิน (Zwelling et al., 2006) และเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จักคุ้นเคย เป็นต้น

และนอกจากนี้การได้รับการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายสำหรับผู้คลอด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2009) ผู้ที่พึงพอใจต่อการคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Mercer, 1986; Mercer & Ferketich, 1994) ซึ่งประสบการณ์การคลอดทางบวกจะส่งผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก เกิดเป็นประสบการณ์ที่ดีทั้งต่อผู้คลอดและทารก (Sauls, 2004) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ การที่ผู้คลอดมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่ถูกคามชีวิต น่ากลัว ก่อให้เกิดความเจ็บปวด รู้สึกไม่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง รู้สึกผิดหวังกับความสามารถของตนเองในการควบคุมความปวดและการคลอด มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง และไม่พึงพอใจต่อการคลอด (Baker et al., 2005; Bryanton et al., 2008; Nilsson & Lundgren, 2009) ความรู้สึกทางลบของผู้คลอดต่อประสบการณ์การคลอดจะเป็นความรู้สึกที่ติดค้างในใจ ผู้คลอดเกิดความลังเลสงสัย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะมีบุตรคนต่อไป (Bryanton et al., 2008) และเห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว (Nilsson & Lundgren, 2009) ประสบการณ์การคลอดทางลบส่วนใหญ่จะเกิดในผู้คลอดครรภ์แรก (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) นอกจากนี้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก มีผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและเกิดความผิดปกติภายในใจหลังการคลอดบุตร เป็นสิ่งขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกได้เช่นกัน (Sauls, 2004)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน อาจกล่าวถึงการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้ว่ามี 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ซึ่งความแตกต่างของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนี้มีปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ (สุกัญญา ปรีชญกุล และคณะ, 2556)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป ได้แก่

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจะเป็นไปในทางลบมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (Green et al., 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปรีชญกุล และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.80 เป็นผู้คลอดครรภ์หลัง ซึ่งทำให้ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการคลอดบุตรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ($\text{mean} = 79.80$, $\text{S.D.} = 11.81$) อีกทั้งผู้คลอดที่ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้วจะมีจิตใจเข้มแข็ง ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Priel, Gonik, & Rabinowitz, 1993) ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อนจะมีความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้คลอดครรภ์แรกมีความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (Lowe, 2002; Lowdermilk & Perry, 2006)

อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะ ความสามารถในการรับรู้ การเรียนรู้ ความเข้าใจ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ด้วยประสบการณ์ในด้านต่างๆ ในผู้คลอดที่อายุมาก จะทำให้มีพื้นฐานความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกได้ดีกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อย (สุปราณี อัทธเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) และจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) พบว่า ส่วนใหญ่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกเกิดขึ้นในผู้คลอดวัยผู้ใหญ่มากกว่าผู้คลอดวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปริสัณกุล และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.48) มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.31 มีอายุระหว่าง 21-34 ปี ซึ่งเป็นผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นจะเป็นในลักษณะที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า และความสามารถในการทนกับความปวดน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ มีพัฒนาการทางความคิดและอารมณ์ที่แตกต่าง จึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Borjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Low, Martin, Sampsel, Guthrie, & Oakley, 2003) อีกทั้งเมื่อมีการประเมินจากความรู้สึกของผู้คลอดแล้ว พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นจะรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการคลอด คิดว่าการคลอดเป็นความเสี่ยง เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และคิดว่าจะต้องได้รับการช่วยเหลือ แต่ผู้คลอดวัยผู้ใหญ่จะมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีความปลอดภัย เพราะสามารถควบคุมความปวด และคลอดได้ด้วยตนเอง (Nichols, 1992) สำหรับความสามารถในการทนต่อความปวดในระยะคลอดนั้น ผู้คลอดที่อายุต่ำกว่า 18 ปี มีความสามารถในการทนต่อความปวดน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Lowe, 2002)

ระดับการศึกษา ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของนิโคล (Nichols, 1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้คลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดพบว่า ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เพราะการได้รับการศึกษาจะทำให้มีโอกาสที่จะได้รับ

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปริสัญกุล และคณะ (2556) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งระดับการศึกษาที่สูงจะส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจกระบวนการคลอดและวิธีปฏิบัติเพื่อควบคุมตนเองเมื่อเกิดความปวดในระยะคลอดได้ดี (สุปราณี อัทธเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531)

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดได้แก่

ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือการที่ได้รับความช่วยเหลือในการคลอดฉุกเฉิน จะทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ไม่ดี (Waldenstrom et al., 2004)

สภาพแวดล้อมในขณะคลอด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะคลอด เพราะในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ได้แก่ การจัดห้องให้ไม่มีแสงสว่างมากเกินไป เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว มีการระบายอากาศระบายที่ดี และลดกลิ่นรบกวน ซึ่งการจัดสิ่งแวดลอมที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ส่วนการได้รับยาแก้ปวดจะทำให้ผู้คลอดขาดการรับรู้ในระยะคลอด ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี (Nichols & Gennaro, 2000)

การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอด เมื่อมีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ทำให้เกิดแนวความคิดการดูแลการคลอดเชิงรุก โดยมีการเร่งคลอดกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวที่เหมาะสมภายหลังการเจ็บครรภ์จริง ซึ่งได้แก่ การเจาะถุงน้ำคร่ำ และการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก กิจกรรมการดูแลดังกล่าวจะส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวแรงและถี่ขึ้น เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน การเร่งคลอด จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดมีความรู้สึกลัวปวดเพิ่มขึ้น (สุปราณี อัทธเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006; Lowdermilk & Perry, 2006) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ในทางลบ (Waldenstrom, et al., 2004)

ชนิดการคลอด พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดที่คลอดปกติดีกว่าผู้คลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพราะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อนจะส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางลบ (สุปราณี อัทธเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Hodnett, Downe, Edwards, & Walsh, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดจะมีการรับรู้

ประสบการณ์ในทางลบ เมื่อเป็นการคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ หรือการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Creedy et al., 2000; Marut & Mercer, 1979; Waldenstom et al., 2004)

ระยะเวลาการคลอด ระยะเวลาการคลอดที่นานจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย เพราะผู้คลอดจะได้สัมผัสและรับรู้ถึงความปวดจากการคลอดที่ถือว่าเป็นความทุกข์ทรมาน ซึ่งกล่าวได้ว่าระยะเวลาในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (สุปราณี อัทธเสรี และเขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2005)

3. ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้แก่

การเตรียมความพร้อมการคลอด เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของการคลอดได้ดี โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้คลอดมารับบริการได้ในเวลาที่เหมาะสม เช่น มารับบริการทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มาคลอดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด สามารถใช้เทคนิคในการช่วยบรรเทาความปวดในระยะคลอดได้ และสามารถร่วมมือกับการดูแลทางการแพทย์ จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมในการคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจในการคลอดและความเจ็บปวดระหว่างคลอด ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจ สามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์การคลอดได้ เกิดการผ่อนคลายความเจ็บปวด ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (Wee, 2005) อีกทั้งการใช้เทคนิคในการบรรเทาความปวดวิธีต่าง ๆ ที่ได้จากการเตรียมคลอด ทำให้รับรู้ความปวดในระยะคลอดลดลง (Lowdermilk & Perry, 2006)

การสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอด ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือนุคคลในครอบครัวจะทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดได้ดี (Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999; Nichols & Humennick, 2000) การเป็นผู้คลอดครั้งแรกไม่มีประสบการณ์การคลอดทำให้มีความต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง การได้รับความช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ และเชื่อว่าจะได้รับการช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) การสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนระดับประคับประคองในระยะคลอดจากญาติยังทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีด้วย (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) เพราะการได้รับการสนับสนุนระดับประคับประคองในด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจสามารถเผชิญ

ความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ลดการใช้ยาบรรเทาปวด ระยะเวลาในการคลออดสั้นลง สามารถคลออดเองได้ ลดอัตราการผ่าตัดคลออดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยให้ผู้คลออดเกิดความพึงพอใจต่อการคลออด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวก (Hodnett et al., 2009; Lowdermilk & Perry, 2006)

ความวิตกกังวล ความกลัว จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล และความกลัวระดับสูงจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางลบมากขึ้น (Nichols & Gennaro, 2000; Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006) ซึ่งสาเหตุของความกลัวและความวิตกกังวลมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการคลออด หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับการคลออดในทางลบ ทั้งยังไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์เกี่ยวกับการคลออดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ได้ จึงมองว่าการคลออด เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (บุญทวี สุนทรลัมศิริ และคณะ, 2553) แต่ถ้าผู้คลออดได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการคลออดที่เพียงพอ จะมีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลออด ส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวก (Lavender et al., 1999) ส่วนการได้รับการเตรียมตัวคลออดเป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะช่วยให้ผู้คลออดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวก (พรณทิพย์ ไชยขุนทด และคณะ, 2557) และเมื่อเกิดความคาดหวังว่าตนเองสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลออดได้ โดยความคาดหวังนั้นอาจเกิดจากการได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลออด ทำให้ผู้คลออดมั่นใจและสามารถจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลออดได้ มีความรู้สึกว่าการคลออดเป็นประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจ และเป็นไปตามเป้าหมาย เกิดเป็นผลลัพธ์การรับรู้ประสบการณ์การคลออดในทางบวก (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012; Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Lavender et al., 1999; Soet, Brack, & Dilorio, 2003;)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลออดของผู้คลออดข้างต้นพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลออด ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลออด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลออดของผู้คลออดทั้งสิ้น

การส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวก

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในระยะคลออด ที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนคือ การเจ็บครรภ์คลออด ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของมดลูก ปากมดลูก ถูกลูก น้ำคร่ำ การคลออดทารกและการคลออดรก (Cunningham et al., 2014) โดยจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลออดนั้นมีกลไกที่เป็นสาเหตุของความปวดในระยะคลออดไม่แตกต่างกัน แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ผู้คลออดแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน

เพราะมีพื้นฐานทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และความสามารถในการทนต่อความปวดที่ต่างกัน ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้ เช่น การรับรู้ความปวดในระหว่างการคลอด ความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และความวิตกกังวล ซึ่งจะเห็นได้ว่าความปวดนั้นคือสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกให้รับรู้ถึงความผิดหวังต่อการคลอด และผลที่ตามมาคือ เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ ซึ่งนอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลและเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอีกหลายปัจจัย โดยบางปัจจัยสามารถควบคุมได้ แต่บางปัจจัยไม่สามารถควบคุมได้ การส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกจึงมุ่งเน้นได้เพียงการจัดการกับปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ดังรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และงานวิจัยที่สนับสนุนการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกต่อไปนี้

จตุพร ตันตโนกิจ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($\text{mean} = 171.37, \text{S.D.} = 11.50$) ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 135.20, \text{S.D.} = 16.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p < .001$) งานวิจัยนี้สรุปได้ว่าการเตรียมการคลอดให้แก่ผู้คลอดและผู้สนับสนุนการคลอด จะทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ โชมขุนทด และคณะ (2555) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดมีระดับความปวด เมื่อปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ($\text{mean} = 5.93, \text{S.D.} = 1.03$) และระดับความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ($\text{mean} = 8.80, \text{S.D.} = 1.42$) ระยะเวลาในการรอกคลอด ($\text{mean} = 517.67, \text{S.D.} = 206.51$) และระยะเวลารวมของการคลอด ($\text{mean} = 558.47, \text{S.D.} = 200.56$) น้อยกว่า และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($\text{mean} = 102.87, \text{S.D.} = 10.20$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\text{mean} = 8.80, \text{S.D.} = 1.32$; $\text{mean} = 9.93, \text{S.D.} = 0.20$; $\text{mean} = 765, \text{S.D.} = 210.80$; $\text{mean} = 807.73, \text{S.D.} = 215.84$; $\text{mean} = 86.80, \text{S.D.} = 11.61$) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 .001 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดให้กับผู้คลอดและผู้ให้การสนับสนุนการคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดี

นวพร มามาก (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คู่ เป็นมารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์พร้อมสามี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาล บางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดของมารดาในกลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 130.90$, $\text{S.D.} = 13.24$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 114.07$, $\text{S.D.} = 13.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีคะแนนความรักใคร่ ผูกพันระหว่างบิดาและทารก ($\text{mean} = 82.13$, $\text{S.D.} = 5.16$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 78.67$, $\text{S.D.} = 6.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกใน กลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 96.03$, $\text{S.D.} = 5.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 94.07$, $\text{S.D.} = 10.51$) อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในสามี และคะแนนสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสในมารดาสูง ($\text{mean} = 112.23$, $\text{S.D.} = 10.83$; $\text{mean} = 106.40$, $\text{S.D.} = 11.90$) กว่ากลุ่ม ควบคุม ($\text{mean} = 108.00$, $\text{S.D.} = 11.65$; $\text{mean} = 104.80$, $\text{S.D.} = 12.85$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า ผู้คลอดที่สามีมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดจะมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดดี

บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ (2553) ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน ประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 ราย โดย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองใน ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง จากผู้วิจัย ผลการศึกษา พบว่า คะแนน ความเครียดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 43.77$, $\text{S.D.} = 8.75$) ต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม ($\text{mean} = 49.49$, $\text{S.D.} = 7.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า คะแนนการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดของมารดาในกลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 98.17$, $\text{S.D.} = 13.28$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 88.51$, $\text{S.D.} = 12.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จะเห็นได้ว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุน ประคับประคองในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลจะมีความเครียดลดลงและส่งผลต่อการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดที่ดี

เพลินพิศ พรหมรักษ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบ ผสมผสานโดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด ต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก จำนวน 60 ราย เป็นมารดาครรภ์แรกที่มา

ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานตั้งแต่อายุครรภ์ 32-38 สัปดาห์ และระหว่างเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดในระยะคลอดช่วงปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน น้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.32, p < .001$ และ $t = 8.81, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.53, p < .001$) จากการวิจัยนี้สรุปได้ว่าผู้คลอดที่มีสำนึกสนับสนุนการจัดการกับความปวดในระยะคลอดจะสามารถเผชิญกับความปวดได้ดีและส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

วิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ศึกษาผลของการสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลรามาชินดี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.06, p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า การมีผู้ให้การสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอดเผชิญกับความปวดได้ดี และส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าผู้คลอดที่สามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งจากวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากครอบครัวเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างผู้คลอดกับผู้ให้การสนับสนุนการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้คลอดปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้เกิดการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลต่อความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียด ที่ลดลง ทั้งยังช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลายและมีกำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด อาจจะนำมาซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ด้วยเหตุผลนี้การส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด ผู้คลอดไว้วางใจ และมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนให้เข้ามาร่วมสนับสนุนใน

ระยะคลอดจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

กล่าวโดยสรุปว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เศรษฐฐานะ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ชนิดการคลอด การปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร เช่น การให้ยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอด และ 3) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อคลอด การได้รับการสนับสนุน และความพึงพอใจในการคลอด โดยในการวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาใน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเช่นกัน จึงได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรโดยศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกเท่านั้น 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ชนิดการคลอด ระยะเวลาของการคลอด และการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร เช่น การให้ยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอด ได้ถูกเลือกมาศึกษาเพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ส่วนปัจจัยที่ไม่นำมาศึกษาคือปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรโดยศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น และ 3) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ในส่วนของการให้การสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้ให้การสนับสนุนที่มีความรู้ความเข้าใจ จะส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้ให้การสนับสนุนคือ “มารดาของผู้คลอด” อีกทั้งการส่งเสริมให้มีการสนับสนุนในระยะคลอดนั้น เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้คลอด และนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากมารดาของผู้คลอดยังสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่ให้บทบาทของบิดามารดาเป็นหนึ่งในความสำคัญของทุกช่วงชีวิต โดยเฉพาะช่วงชีวิตที่ให้กำเนิดอีกหนึ่งชีวิตที่มีความสำคัญและเป็นเชื้อสายโดยตรง ส่วนปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ตัวอื่นๆ ไม่ได้ถูกเลือกนำมาศึกษาเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดที่ดี จะทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด การใช้ยาระงับปวดลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นมาจากการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดทั้งสิ้น ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการเตรียมตัวเพื่อคลอดเป็น

ปัจจัยที่ผู้คลอดได้รับการส่งเสริมจากพยาบาลประจำการทุกรายเป็นกิจวัตรอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมจากการนำแนวคิดการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดดังที่กล่าวมาแล้ว มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก เพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการบริการการคลอดที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

การพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ ปี ค.ศ.2001 (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, and Krathwohl, 1962) ซึ่งโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่ผู้พัฒนาขึ้นนี้ จัดอยู่ในกลุ่มของปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ที่จะส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การเตรียมมารดาผู้คลอดเพื่อการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในระยะคลอด 4 ด้าน ซึ่งการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) เป็นการสนับสนุนที่มีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาการคลอด เพื่อสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ โดยอาศัยแนวคิดที่ว่า บุคคลที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด และเป็นบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจ ซึ่งบุคคลผู้ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้คือ มารดาของผู้คลอด ที่จะได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการให้การสนับสนุนในระยะคลอด ด้วยการจัดโปรแกรมที่คำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1962) 3 ด้านคือ ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) ด้านจิตพิสัย (affective domain) และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain)

ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นจุดประสงค์การเรียนรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านปัญญา หรือด้านความรู้และการคิด จัดโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดได้จัดให้มีการส่งเสริมให้มารดาผู้คลอดเกิดการเรียนรู้ 3 ระดับ คือ 1) การสอนเพื่อให้มารดาผู้คลอดเกิดความรู้ (knowledge) ในเนื้อหา 2) การสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ (comprehension) และ 3) การสอนเพื่อให้มารดาผู้คลอดสามารถนำความรู้ไปใช้ (application) ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยทั้งความรู้และความเข้าใจ

ด้านจิตพิสัย (affective domain) เป็นจุดประสงค์การเรียนรู้ที่เกี่ยวกับความสามารถทางด้านจิตใจ ความรู้สึก ซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้นกิจกรรมในโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด จึงให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ ให้ความสำคัญต่อมารดาผู้คลอด และอธิบายให้เห็นถึงควมมีคุณค่าในตนเองที่จะมีส่วนร่วมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมมารดาผู้คลอดให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ ได้แก่ 1) การรับรู้ (perceive) คือตั้งใจ สนใจ 2) การตอบสนอง (respond) คือ การมีส่วนร่วม และ 3) การเห็นคุณค่า (value) คือ การรู้สึกซาบซึ้ง ยินดี และมีเจตคติที่ดี

ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นจุดประสงค์การเรียนรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด จึงจัดให้อยู่ในรูปแบบของการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อให้มารดาผู้คลอดเกิดทักษะ ดังนี้ 1) การเลียนแบบ (imitation) 2) การลงมือปฏิบัติ ทำตาม (manipulation) 3) ความถูกต้อง (precision) 4) ความชัดเจน และต่อเนื่องในการปฏิบัติ (articulation) และ 5) ความเป็นธรรมชาติ (naturalization)

โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด จัดครอบคลุมทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม โดยดำเนินการผ่านกิจกรรม 3 รูปแบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การให้ความรู้รายบุคคล

การให้ความรู้แก่มารดาของผู้คลอดในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาในการสอน 1 ชั่วโมง กิจกรรมในการสอนเน้นการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือข้อสงสัย และการสาธิต เครื่องมือที่ใช้ในการสอนประกอบด้วย แผนการสอนและซีดีประกอบการบรรยายเกี่ยวกับ การให้ความรู้เรื่องการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด รายละเอียดของเนื้อหาการสอนดังที่ปรากฏในแผนการสอนประกอบเนื้อหา (ภาคผนวก ข) เมื่อเสร็จสิ้นการสอนมารดาของผู้คลอดจะได้รับคู่มือการเตรียมเพื่อให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด สำหรับนำไปทบทวนที่บ้าน

2. การสอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ

การสอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบ active learning เป็นเทคนิคการสอนที่มุ่งเน้นให้มารดาของผู้คลอดเกิดการเรียนรู้ สามารถเก็บและจำสิ่งที่เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม และการมีปฏิสัมพันธ์ เพราะบุคคลจะทำสิ่งใดได้ดีจะต้องอาศัยความรู้เป็นพื้นฐาน และที่สำคัญในการที่จะทำให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีทักษะในการ

ปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ลักษณะการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับนี้จะได้ฝึกการปฏิบัติที่เสมือนจริง ทำให้มารดาของผู้คลอดสามารถจำได้เป็นระบบความจำระยะยาว (long term memory) ซึ่งส่งผลดีต่อการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (ทิสนา แยมมณี, 2554) ซึ่งการสาธิตจะสอดแทรกวิธีการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในแต่ละช่วงที่มีการสอนตามแผนการสอน เช่น การช่วยเหลือผู้คลอดให้ผ่อนคลายความปวดมีวิธีการช่วยเหลือ อันได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด เป็นต้น

3. การทบทวนความรู้

การทบทวนความรู้เป็นการนำความรู้เดิมของมารดาของผู้คลอดที่ได้รับในสัปดาห์ก่อนมาทบทวนอีกครั้ง เป็นวิธีที่จะช่วยให้มารดาของผู้คลอดเกิดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่จะมีส่วนร่วมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด และมีความพร้อมในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง เนื่องจากการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ดีต้องอาศัยการทบทวนความรู้ (ทิสนา แยมมณี, 2554) อีกทั้งเป็นการประเมินหลังจากการสอนเพื่อให้ทราบว่ามารดาของผู้คลอดมีความเข้าใจในเนื้อหาการสอนหรือไม่ ในขณะเดียวกันก็จะช่วยทำให้ทราบถึงแนวทางการให้ความรู้เพิ่มเติม หรือทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ที่มารดาของผู้คลอดไม่แน่ใจ หรืออาจเป็นการตอบข้อซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน สำหรับมารดาของผู้คลอดที่มีความเข้าใจในเนื้อหาแล้ว การทบทวนความรู้จะช่วยเสริมสร้างความพร้อมและความมั่นใจในการที่จะนำความรู้และทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง

โดยสรุป โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งถือเป็นช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ซึ่งการเตรียมมารดาผู้คลอดเพื่อการให้การสนับสนุนในระยะคลอดในระยะนี้จะเป็นการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้คลอด โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้แก่มารดาของผู้คลอดเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน การสอนทักษะในเรื่องการหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหว และการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด 2) แจกซีดีและคู่มือ “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” ให้แก่มารดาของผู้คลอดนำไปทบทวนและฝึกทักษะที่บ้าน และ 3) ทบทวนความรู้และทักษะหลังจากการสอน 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอดซักถามในสิ่งที่สงสัย และจะประเมินผลของโปรแกรมฯ โดยวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (the posttest only control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. ตั้งครรภ์ได้ขั้ว อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อเริ่มทำการศึกษา
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ที่ผ่านมา
3. ทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และไม่มีภาวะพิการ
4. มารดาของผู้คลอด สามารถให้การสนับสนุนประคับประคองอย่างต่อเนื่องแก่ผู้คลอดได้
5. ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอดสามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี
6. ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอด มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
7. มารดาของผู้คลอดมีเครื่องเล่นซีดี
8. ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอดมีโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกับผู้วิจัยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ

1. ผู้คลอดหรือทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น การใช้สูติศาสตร์หัตถการ ล้วงรก หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

2. มารดาของผู้คลอดเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามนัดหมาย

3. ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอดบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนจบสิ้นการดำเนินการวิจัย

4. ผู้คลอด คลอดก่อนช่วงเวลาที่มารดาของผู้คลอดจะทำการทบทวนความรู้ให้แล้วเสร็จ คือ 1 สัปดาห์หลังได้รับความรู้จากผู้วิจัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; พิศสมัย ורתัย และศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) เวอร์ชัน 3.1.9.2 ซึ่งมีการกำหนดการหาค่าของขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยจะต้องประกอบไปด้วยค่าระดับนัยสำคัญ power และ effect size โดยกำหนดค่าสถิติ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (one-tailed)

2. ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. power = .80

4. effect size = .74 (large effect size จาก วาสนา แหวนหล่อ, 2540 และ เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547)

โดย effect size = .74 ได้จากสูตรการคำนวณหา effect size คือ

$$\bar{d} = \frac{\sum N_i d_i}{\sum N_i}$$

การแทนค่าในสูตรได้จากผลงานวิจัยของวาสนา แหวนหล่อ (2540) และเพลินพิศ พรหมรักษ์ (2547) (ภาคผนวก ก) โดย Cohen (1988) ได้กำหนดขนาดของ effect size ออกเป็น 3 ระดับ คือ ขนาดของผลขนาดเล็ก (small effect size) เท่ากับ 0.2 ขนาดของผลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.5 และขนาดของผลขนาดใหญ่ (large effect size) เท่ากับ 0.8 ซึ่งผลของ effect size ที่คำนวณได้ เท่ากับ 0.74 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power (Faul et al., 2009; พิศสมัย ורתัย และศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 24 ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย คือ กลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 24 ราย

สถานที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถานที่ในการศึกษาทั้งหมด 2 แห่ง ได้แก่

สถานที่ที่ 1 แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางละมุง ให้บริการฝากครรภ์ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. โดยมีแพทย์ออกตรวจครรภ์วันละ 1 คน จำนวนผู้มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่วันละ 50-80 คน ไม่จำกัดอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนผู้มารับบริการฝากครรภ์รายเก่าวันละ 130-160 คน กิจกรรมการตรวจครรภ์ครั้งแรก ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ ให้สุขศึกษา และประเมินปัจจัยเสี่ยง เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 36 สัปดาห์จะถูกส่งไปที่ห้องคลอดเพื่อรับฟังการสอนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอด

สถานที่ที่ 2 แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางละมุง สถิติการคลอดเดือนละ 300-400 ราย คลอดทางช่องคลอดเฉลี่ยเดือนละ 200 ราย มีจำนวนเตียงทั้งหมด 15 เตียง ประกอบด้วยเตียงเตรียมคลอด 1 เตียง รอคคลอด 10 เตียง เตียงคลอด 3 เตียง และเตียงแยกสำหรับผู้คลอดที่ผลเลือด anti HIV positive หรือโรคติดต่อ 1 เตียง ทุกวันจันทร์จะได้รับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ จากแผนกฝากครรภ์ เพื่อมาฟังคำแนะนำในการเตรียมตัวคลอดโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญที่ควรรมาโรงพยาบาล มีการแนะนำสถานที่ การปฏิบัติตนเมื่อมาโรงพยาบาล และการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ห้องคลอดรับผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์ทั้งที่ฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ ให้บริการผู้คลอดที่เตรียมผ่าตัดคลอด ผู้คลอดที่รอสังเกตอาการ ผู้คลอดที่ได้รับขาระงับการคลอด ส่วนการดูแลผู้คลอดในช่วงปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 ชม. ให้พักในห้องรอคคลอด สามารถทำกิจกรรมได้ตามต้องการและ

อนุญาตให้สามีหรือบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนได้ เมื่อปากมดลูกเปิด 3 ซม.ขึ้นไปจะย้ายเข้าห้องคลอด ให้น้ำดื่ม อาหารและยาทางปากทุกชนิด พยาบาลประจำการประเมินความต้องการของผู้คลอดเกี่ยวกับความต้องการการได้รับการสนับสนุนจากญาติ ร่วมกับการพิจารณาความสามารถของสามีผู้คลอดหรือญาติที่ผู้คลอดไว้วางใจ ก่อนการอนุญาตให้มีผู้สนับสนุนเข้าไปในห้องคลอด การอนุญาตให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในระยะคลอดนี้ เป็นการให้ความสำคัญและเล็งเห็นถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้ อีกทั้งเป็นการแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้วยความเป็นวิชาชีพอย่างเต็มที่ ภายใต้หลักการและมาตรฐานการดูแล แต่การพิจารณาให้ญาติเข้าไปมีส่วนร่วมนี้ยังไม่ได้มีแบบแผนที่ชัดเจน และไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมมาก่อน ส่วนการให้ยาในห้องคลอดนั้นไม่ได้ให้เป็นประจำ แต่จะกระทำในรายที่มดลูกหดตัวน้อยกว่าปกติหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ สำหรับการให้ยาแก้ปวดก็เช่นกัน จะให้ในรายที่ผู้คลอดร้องขอและอยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสม ยาแก้ปวดที่ใช้คือ Pethidine ขนาด 50 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทำคลอดและเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ เวรเข้ามีพยาบาลวิชาชีพ 5-6 คน เวรบ่าย-ดึก เวรละ 5 คน ผู้คลอดในรายที่มีปัญหาหรือต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ พยาบาลจะรายงานปริกษาศูตินรีแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาหรือส่งต่อไปโรงพยาบาลชลบุรี ผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดจะย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญหรือหอผู้ป่วยพิเศษตามที่ผู้คลอดต้องการ ส่วนทารกแรกเกิดที่สุขภาพแข็งแรงดี พยาบาลห้องคลอดจะให้การบริบาลก่อนนำไปพร้อมกับผู้คลอด ส่วนในรายที่มีปัญหาหรือภาวะเสี่ยง พยาบาลห้องคลอดจะปรึกษากุมารแพทย์ ซึ่งอาจจะให้ย้ายไปหลังคลอดพร้อมมารดาหรือนำส่งหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเคนีย์ และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมนี้ จะจัดกิจกรรมให้แก่มารดาของผู้คลอดเป็นรายกรณี 1 ครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ รายละเอียดของ

กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดโดยการสาธิตและสาธิตกลับ การทบทวนความรู้ก่อนคลอด และการอนุญาตให้มารดาของผู้คลอดเข้าไปให้การสนับสนุนในระยะคลอด เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนให้ความรู้เรื่องการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด (ภาคผนวก ข) เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาของผู้คลอดกลุ่มทดลองมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้านและการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด

1.2 ซีดีประกอบการสอน (VCD) (ภาคผนวก ค) เป็นสื่อการสอนประกอบการให้ความรู้และสาธิตแก่มารดาของผู้คลอด มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการผ่อนคลายความปวด โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย

1.3 สมุดคู่มือ “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” (ภาคผนวก ง) เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการผ่อนคลายความปวด เนื้อหาในคู่มือนี้เหมือนกับในซีดีประกอบการสอน เพื่อให้มารดาของผู้คลอดนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติที่บ้าน และมีการติดตามทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ ภายหลังเริ่มโปรแกรมฯ การติดตามทบทวนความรู้และการฝึกปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยเปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอดได้ซักถามและช่วยเหลือเป็นรายกรณี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด (ภาคผนวก จ) สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอด และระยะเวลาของการคลอด

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาของผู้คลอด (ภาคผนวก ฉ) สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของมารดาของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การคลอด และประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (ภาคผนวก ข) สร้างขึ้นโดยมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) เพื่อประเมินความรู้สึก ความคิดเห็น ความพึงพอใจของผู้คลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์ ขณะคลอด และเกี่ยวกับทารก แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ และแบ่งเป็น 6 หมวด คือ

หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด	ข้อที่ 1-8
(ข้อที่ 3 มีความหมายด้านลบ)	
หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์	
ขณะอยู่ในระยะคลอด	ข้อที่ 9-12
(ข้อที่ 9 และ 12 มีความหมายด้านลบ)	
หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	ข้อที่ 13-20
(ข้อที่ 15, 16, 17 และข้อที่ 20 มีความหมายด้านลบ)	
หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด	ข้อที่ 21-26
(ข้อที่ 21, 22 และข้อที่ 26 มีความหมายด้านลบ)	
หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	ข้อที่ 27-33
(ข้อที่ 27, 30 และข้อที่ 31 มีความหมายด้านลบ)	
หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง	ข้อที่ 34-42
ต่อการคลอด	

แบบวัดนี้เป็นมาตรฐานค่า Likert scale 4 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย จนถึง 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด และในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะกลับคะแนนก่อนการนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 42-168 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแผนการสอน ซีดีประกอบการสอน และคู่มือการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านสูติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 1 ท่าน (ภาคผนวก ข) จากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับแก้แล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับมารดาของผู้คลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ปรับแก้ไขเครื่องมือเพื่อให้อ่านเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบสอบถาม

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด มารุตและเมอเซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติกรรม จำนวน 9 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และยวดี ทรัพย์ประเสริฐ ได้มีการดัดแปลง และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน และเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล สูติศาสตร์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ในการสอน การพยาบาลทาง สูติศาสตร์อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ท่าน ซึ่งแบบวัดฉบับปรับปรุงนี้ได้มีการนำไปใช้ในการศึกษาต่าง ๆ (เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547; อุบลรัตน์ สุทธิวิชชศักดิ์, 2551) สำหรับการศึกษาครั้งนี้จึงนำมาใช้โดยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

มารุตและเมอเซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ทำการทดสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปใช้ในสตรีครรภ์แรก ที่คลอดปกติ จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach- alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .83 สำหรับประเทศไทย เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมาใช้ในสตรี หลังคลอด จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .93 ต่อมายวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดมาใช้ในสตรีหลังคลอด จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach -alpha coefficient) ได้เท่ากับ .64 ซึ่งเป็นค่าที่น้อยเกินไป จึงได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ทั้ง 50 ข้อ ไปหาความเที่ยงใหม่โดยการตัดออกทีละ ข้อ ซึ่งเลือกตัดข้อที่มีผลให้ความเที่ยงน้อยออกไปทั้งหมด 8 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามที่เหลือ 42 ข้อ จัดเป็น 6 หมวดไปหาความเที่ยงอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 หลังจากนั้นเพลินพิศ พรหมรักษ์ (2547) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมาใช้ในผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดปกติ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และอุบลรัตน์ สุทธิวิชชศักดิ์ (2551) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดมาใช้ในมารดา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 70 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .76 สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้โดยปรับคำในข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่

ข้อ 4 ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์หรือพยาบาลได้ ปรับเป็นในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของมารดาได้

ข้อ 5 ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ของผู้สนับสนุนได้ ปรับเป็น ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของมารดาได้

ข้อ 8 ตลอดระยะเวลาเจ็บครรภ์ท่านได้รับคำแนะนำที่ช่วยให้ท่านสามารถควบคุมตนเองได้ดีจากแพทย์หรือพยาบาล ปรับเป็น ตลอดระยะเวลาเจ็บครรภ์ท่านได้รับคำแนะนำที่ช่วยให้ท่านสามารถควบคุมตนเองได้ดีจากมารดา

ข้อ 13 การช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะคลอด ทำให้ท่านคลายความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของบุตร ปรับเป็น การช่วยเหลือของมารดาตลอดระยะคลอด ทำให้ท่านคลายความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของบุตร

ข้อ 18 เมื่อท่านรู้สึกกลัวท่านได้รับการปลอบประโลมจากแพทย์และพยาบาลในห้องคลอดเสมอ ๆ ปรับเป็น เมื่อท่านรู้สึกกลัวท่านได้รับการปลอบประโลมจากมารดาที่อยู่ในห้องคลอดกับท่านเสมอ ๆ

ข้อ 19 ท่านคิดว่าความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดลดลงเนื่องจากมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือ ปรับเป็น ท่านคิดว่าความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดลดลงเนื่องจากมีมารดาคอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือ

ข้อ 33 ความห่วงใยจากสามีหรือญาติ มีส่วนช่วยให้ท่านบรรเทาจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานลงได้ ปรับเป็น ความห่วงใยจากมารดา มีส่วนช่วยให้ท่านบรรเทาจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานลงได้

ข้อ 40 ท่านรู้สึกว่แพทย์และพยาบาลเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือท่านในการคลอดครั้งนี้ ปรับเป็น ท่านรู้สึกว่มารดาเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือท่านในการคลอดครั้งนี้

และผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปทดลองใช้กับผู้คลอดครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .92 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 48 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรี ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

รวมถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยในเวลาใดก็ได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ซึ่งคำตอบหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อผู้คัดลอกกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะได้รับการร้องขอให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ภาคผนวก ฅ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเตรียมโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเรียบร้อยแล้ว ในขั้นตอนของการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด
2. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุงแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
5. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในทุก ๆ วันอังคาร และวันศุกร์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบกระบวนการตามโปรแกรม หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม เพื่อลดการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกแตกต่างในการได้รับการดูแล และจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันโดยการจัดให้เกิดความสมดุลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (balancing) ในด้านอายุ ระดับการศึกษา

กิจกรรมของแต่ละกลุ่มมีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม ผู้คลอดได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ และการเตรียมคลอดจากพยาบาลประจำการ ซึ่งกิจกรรมในกลุ่มควบคุมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (เมื่อผู้คลอดมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์) ผู้วิจัยเข้าพบผู้คลอดเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา

ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้คัดลดยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ภาคผนวก ฉ)

ภายหลังเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับมารดาของผู้คัดลอก โดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การคลอด และประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คัดลอก พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลผู้คัดลอก โดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที ดิดส์ติกเกอร์สี่เหลี่ยมที่สมุดฝากครรภ์เพื่อแสดงสัญลักษณ์การเป็นกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 2 (ในระยะคลอด) ผู้คัดลอกหรือมารดาของผู้คัดลอกโทรแจ้งผู้วิจัยเมื่อมาคลอด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดจากเอกสารการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอด และระยะเวลาของการคลอด

ครั้งที่ 3 (หลังคลอด 24 ชั่วโมง) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังคลอด 24 ชั่วโมง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และกล่าวขอบคุณผู้คัดลอกที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

กลุ่มทดลอง มารดาของผู้คัดลอกได้รับ โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับผู้คัดลอกได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์และการเตรียมคลอดจากพยาบาลประจำการ ซึ่งกิจกรรมในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (เมื่อผู้คัดลอกมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาของผู้คัดลอกและผู้คัดลอกโดยมีรายละเอียดของกิจกรรมเหมือนกับครั้งที่ 1 ของกลุ่มควบคุม และเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับมารดาของผู้คัดลอก โดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การคลอด และประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คัดลอก พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลผู้คัดลอก โดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที ดิดส์ติกเกอร์สี่เหลี่ยมที่สมุดฝากครรภ์เพื่อแสดงสัญลักษณ์การเป็นกลุ่มทดลอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสอน โดยให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาของผู้คัดลอกที่แผนกฝากครรภ์ ร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการประกอบการสอนเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด จากนั้นให้สมุดคู่มือและซีดี “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คัดลอก” สำหรับทบทวนที่บ้าน และนัดหมาย

มารดาของผู้คลอดสำหรับการทบทวนความรู้ในสัปดาห์ต่อไป ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 (เมื่อผู้คลอดมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดการอุ้งหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด ซึ่งทบทวน 1 สัปดาห์หลังจากการให้ความรู้ โดยการนัดพบที่แผนกฝากครรภ์ พร้อมทั้งพามารดาของผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอด เป็นการกระตุ้นส่งเสริมและสร้างความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ได้รับตามโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มารดาของผู้คลอดร้องขอตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่พึงปฏิบัติภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 3 (ในระยะคลอด) ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอดโทรแจ้งผู้วิจัยเมื่อมาคลอด มารดาของผู้คลอดดำเนินการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดตามที่ได้รับความรู้และการฝึกทักษะ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดจากเอกสารการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอด และระยะเวลาของการคลอด

ครั้งที่ 4 (หลังคลอด 24 ชั่วโมง) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังคลอด 24 ชั่วโมงเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และกล่าวขอบคุณมารดาของผู้คลอดและผู้คลอดที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หลังจากทดสอบการกระจายของคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วพบว่าไม่มีบางคุณลักษณะมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติที่สอดคล้องกับการกระจาย ดังต่อไปนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของ ระดับการศึกษา การได้รับยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอดของผู้คลอด และระดับการศึกษากับประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด

ของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) พบว่าระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ อายุ ระยะเวลาการคลอดของผู้คลอด และอายุของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (independent *t*-test) พบว่า ระยะเวลาการคลอดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ อายุครรภ์เมื่อคลอดของผู้คลอด ประสิทธิภาพการคลอดของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าซี (Mann-Whitney *U*-test) พบว่า ประสิทธิภาพการคลอดของมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากผลการวิเคราะห์ในข้อ 2 พบว่ามีตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่อาจเป็นตัวแปรร่วม (covariate) 3 ตัวคือ ระยะเวลาการคลอด ระดับการศึกษาและประสิทธิภาพการคลอดของมารดาผู้คลอด จึงทดสอบข้อตั้งของสถิติ ANCOVA ในเรื่องต่อไปนี้

3.1 Normality ของการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอด โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) (ภาคผนวก ข)

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมกับตัวแปรตาม (Linearity) ผลพบว่า การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation ระหว่างระยะเวลาการคลอดกับการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอด มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ภาคผนวก ข) ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและประสิทธิภาพการคลอดของมารดาผู้คลอดกับการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอด โดยใช้สถิติ Spearman Rho พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p > .05$) และผลการทดสอบพบอิทธิพลของระยะเวลาการคลอดต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,44} = 4.82, p < .05$) (ภาคผนวก ข) ดังนั้นจึงพิจารณาให้ระยะเวลาการคลอดเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

3.3 ทดสอบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการคลอดกับการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ต้องเหมือนกัน (Homogeneity of regression across groups) โดยใช้สถิติ F-test พบว่า interaction effect ระหว่างตัวแปรร่วมและการให้สิ่งทดลองมีผลต่อการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,44} = .03, p > .05$) (ภาคผนวก ข) แสดงว่ามี Homogeneity of regression across groups

3.4 ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ต้องเหมือนกัน (Homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F_{1,46} = 1.58, p > .05$) (ภาคผนวก ข)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว จำนวน 48 ราย ระหว่างดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองทั้งหมด 29 ราย คัดออกจากการศึกษาจำนวน 5 ราย ดังนี้ 1) มารดาผู้คลอดได้รับโปรแกรมไม่ครบเนื่องจากโทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ เมื่อครบ 1 สัปดาห์ที่ต้องทบทวนความรู้ 1 ราย 2) มารดาผู้คลอดได้รับโปรแกรมไม่ครบเนื่องจากผู้คลอดคลอดก่อนครบ 1 สัปดาห์ที่ต้องทบทวนความรู้ 1 ราย 3) มารดาผู้คลอดไม่สามารถให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดได้ 1 ราย 4) มารดาผู้คลอดได้รับโปรแกรมไม่ครบเนื่องจาก ผู้คลอดเป็นสุกใสก่อนคลอด 1 สัปดาห์ 1 ราย และ 5) ผู้คลอดได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนดและไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด 1 ราย ส่วนในกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลทั้งหมด 27 ราย คัดออกจากการศึกษาจำนวน 3 ราย ดังนี้ 1) โทรศัพท์ติดต่อผู้คลอดไม่ได้ 2 ราย และ 2) ผู้คลอดคลอดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 1 ราย ดังนั้นจึงมีตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 16-300 ปี อายุเฉลี่ย 20.75 ปี (S.D. = 4.00) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.20 มีอายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-40 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 25.50)

ได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดร้อยละ 54.20 มีระยะเวลาการคลอดระหว่าง 227-1,155 นาที เฉลี่ย 608.33 นาที (S.D. = 276.15) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 16-28 ปี อายุเฉลี่ย 20.75 ปี (S.D. = 3.87) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50 อายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-39 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 23.50) ได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดร้อยละ 41.70 มีระยะเวลาการคลอดระหว่าง 205-590 นาที เฉลี่ย 366.83 นาที (S.D. = 117.39) (ตาราง 4.1 และ ตาราง 4.2)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาและการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ระดับการศึกษา และการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 4.1

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent *t*-test เรื่องการแจกแจงแบบปกติ (normality) ของตัวแปรอายุ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด และระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ตัวแปรอายุทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มควบคุม: $KS = 1.03$, $p = .24$; กลุ่มทดลอง: $KS = 1.62$, $p = .08$) และตัวแปรระยะเวลาการคลอดของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติเช่นกัน (กลุ่มควบคุม: $KS = .50$, $p = .96$; กลุ่มทดลอง: $KS = .64$, $p = .80$) ส่วนตัวแปรอายุครรภ์เมื่อมาคลอดของกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มควบคุม: $KS = 1.08$, $p = .20$) แต่กลุ่มทดลองไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มทดลอง: $KS = 1.52$, $p = .02$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อมาคลอดที่มีการกระจายไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney *U*-test ในการเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อมาคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 4.2

จากผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองข้างต้น พบว่า ระยะเวลาการคลอดตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงทารกคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน หลังตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรทั้งสองแล้วพบว่า ทั้งสองตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาของการ

คลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57$; $p < .05$) (ภาคผนวก ข) จึงเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวด้วยสถิติ ANCOVA โดยมีระยะเวลาของการคลอดเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ซึ่งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA ในเรื่อง Normality, Linearity, Homogeneity of regression across groups และ Homogeneity of variance พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ (ภาคผนวก ข)

ตารางที่ 4.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษา และการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square ($n = 48$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p
	(n = 24)		(n = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	54.20	12	50	.52	.77
ปวศ./อนุปริญญา	4	16.70	6	25		
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	29.20	6	25		
การได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอด						
ไม่ได้รับ	11	45.80	14	58.30	.33	.56
ได้รับ	13	54.20	10	41.70		

ตารางที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด และระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent *t*-test และ Mann-Whitney *U*-test (*n* = 48)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 24)			กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 24)			<i>t</i> / <i>Z</i>	<i>p</i>
	Min- max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)	Min- max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)		
อายุ (ปี)	16-30	20.75 (4.00)		16-28	20.75 (3.87)		.00 ^a	1.00
อายุครรภ์เมื่อมา คลอด(สัปดาห์)	37-40	-	38.50 (25.50)	37-39	-	38.50 (23.50)	-.53 ^b	.63
ระยะเวลาการคลอด (นาทื)	227- 1,155	608.33 (276.15)		205- 590	366.83 (117.39)		-3.94 ^a	.00

^a = Independent *t*-test (*t*), ^b = Mann-Whitney *U*-test (*Z*)

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้คลอด

จากการศึกษาพบว่า มารดาผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 40-56 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 4.11) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีประสบการณ์ผ่านการคลอดระหว่าง 1-4 ครั้ง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 20.08) และทุกรายไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดมาก่อน ส่วนมารดาผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 36-63 ปี อายุเฉลี่ย 48.46 ปี (S.D. = 6.34) มีการศึกษาอยู่ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีประสบการณ์ผ่านการคลอดระหว่าง 1-5 ครั้ง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 28.92) และทุกรายไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดมาก่อนเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 4.3

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent *t*-test เรื่องการแจกแจงแบบปกติ (normality) ของตัวแปรอายุ และประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ตัวแปรอายุของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มควบคุม: $KS = .71$, $p = .70$; กลุ่มทดลอง: $KS = .78$, $p = .58$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann - Whitney *U*-test ในการเปรียบเทียบพบว่า ประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 4.4

ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square ($n = 48$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ($n=24$)		กลุ่มทดลอง ($n=24$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	8.3	10	41.7	7.15	.03
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	62.5	10	41.7		
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	7	29.2	4	16.7		

ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ และประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย สถิติ Independent *t*-test และ Mann-Whitney *U*-test (n = 48)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 24)			กลุ่มทดลอง (n = 24)			<i>t/Z</i>	<i>p</i>
	Min-	Mean	Median	Min-	Mean	Median		
	max	(S.D.)	(Mean rank)	max	(S.D.)	(Mean rank)		
อายุ (ปี)	40-56	49.38 (4.11)	- -	36-63	48.46 (6.34)	- -	-0.60 ^a	.56
ประสบการณ์ผ่าน การคลอด (ครั้ง)	1-4	- -	2 (20.08)	1-5	- -	2 (28.92)	-2.43 ^b	-.02

^a = Independent *t*-test (*t*), ^b = Mann-Whitney *U*-test (*Z*)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยรวมอยู่ระหว่าง 88-158 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 129.54 คะแนน (S.D. = 17.96) แยกเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดหมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอดอยู่ระหว่าง 16-18 คะแนน หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด อยู่ระหว่าง 10-22 คะแนน หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด อยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด อยู่ระหว่าง 8-22 คะแนน หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง อยู่ระหว่าง 20-36 คะแนน ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยรวมอยู่ระหว่าง 118-167 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 150.42 คะแนน (S.D. = 13.62) แยกเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดหมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอดอยู่ระหว่าง 21-32 คะแนน หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรอยู่ระหว่าง 40-10 คะแนน หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด อยู่ระหว่าง 8-18 คะแนน หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด อยู่ระหว่าง 16-24 คะแนน หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด อยู่ระหว่าง 7-17 คะแนน หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง อยู่ระหว่าง 27-36 คะแนน (ตารางที่ 4.5)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกหมวด โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -4.11, p < .05$) มีความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -3.10, p < .05$) มีความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -4.61, p < .05$) มีความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -3.47, p < .05$) มีความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -3.62, p < .05$) มีความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -3.52, p < .05$) (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดรายหมวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test และ Mann-Whitney *U*-test ($n = 48$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม ($n = 24$)			กลุ่มทดลอง ($n = 24$)			<i>t/Z</i>	<i>p</i>
	Min- max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)	Min- max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยรวม	88-158	129.54 (17.96)		118-167	150.42 (13.62)			
หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด	16-18	-	22 (16.23)	21-32	-	28 (32.77)	-4.11 ^b	.00
หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตร	4-12	-	7.50 (30.65)	4-10	-	5 (18.35)	-3.10 ^b	.00
หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	10-22	16.17 (3.60)	-	8-18	11.96 (2.66)	-	-4.61 ^a	.00
หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด	13-24	-	20 (17.56)	16-24	-	23 (31.44)	-3.47 ^b	.00
หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	8-22	-	13 (31.75)	7-17	-	9 (17.25)	-3.62 ^b	.00

^a = Independent *t*-test (*t*), ^b = Mann-Whitney *U*-test (*Z*)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดรายหมวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent *t*-test และ Mann-Whitney *U*-test (n = 48)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 24)			กลุ่มทดลอง (n = 24)			t/Z	p
	Min-max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)	Min-max	Mean (S.D.)	Median (Mean rank)		
หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง	20-36	-	29.5 (17.44)	27-36	-	34 (31.56)	-3.52 ^b	.00

^a = Independent *t*-test (*t*), ^b = Mann-Whitney *U*-test (*Z*)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้กล่าวว่า “ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอยู่ระหว่าง 88 - 158 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 129.54 คะแนน (S.D. = 17.96) และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอยู่ระหว่าง 118 - 167 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 150.42 คะแนน (S.D. = 13.62) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม (ระยะเวลาการคลอด) แล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,45} = 7.63, p < .05$) (ตารางที่ 4.6) แสดงว่า ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผลการศึกษาจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด

ตารางที่ 4.6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก
ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด ด้วยสถิติ
ANCOVA (n = 48)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
โปรแกรมการให้การสนับสนุน อย่างต่อเนื่องในระยะคลอด	1664.33	1	1664.33	7.63	.01
ระยะเวลาการคลอด	1867.73	1	1867.73	8.56	.01
ความคลาดเคลื่อน	9820.06	45	218.22		
รวม	16916.98	47			

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวน 48 ราย ผลการศึกษาค้นหานี้ นำมาอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้คลอด

ผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากัน คือ 20.75 ปี (กลุ่มควบคุม : S.D. = 4.00, กลุ่มทดลอง : S.D. = 3.87) จัดเป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายสมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนมีการทำงานและมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ รวมถึงมีพัฒนาการทางอารมณ์ด้านการควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (เรวดี เพชรสิริสาธิต, 2554) จึงเป็นวัยที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ การที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยเท่ากันนั้น ก็เนื่องจากการใช้วิธี balancing ในการจัดตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอายุให้เท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม หากผู้คลอดมีอายุอยู่ในช่วงวัยที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในผู้คลอดและทารกได้ ดังผลการศึกษาของ บัณฑิต ลวรัตนกร (2555) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้คลอดกับภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด โดยพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และผู้คลอดที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดทั้งกับตัวผู้คลอดเองและทารกมากกว่าผู้คลอดที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 34 ปี การที่ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ไม่ดี (Waldenstrom et al., 2004) นอกจากนี้ผู้คลอดวัยรุ่นยังมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า มีความสามารถในการทนปวดน้อยกว่า มีพัฒนาการทางความคิดที่แตกต่างไปจากผู้คลอด

วัยผู้ใหญ่ จึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกน้อยกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Borjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Low, Martin, Sampsel, Guthrie, & Oakley, 2003; Lowe, 2002) สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุกัญญา ปรีสัญญกุล และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.48) มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และส่วนใหญ่ร้อยละ 69.31 มีอายุระหว่าง 20.34 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น อายุของผู้คลอดจึงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในการศึกษาครั้งนี้จึงควบคุมอิทธิพลของตัวแปรด้านอายุในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อไม่ให้มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ระดับการศึกษาของผู้คลอด เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งในการศึกษานี้ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 50, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 54.20) สอดคล้องกับนโยบายของรัฐที่ให้จัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าฯ นั้นหมายถึง การจัดการศึกษาให้เรียนฟรีถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือเทียบเท่า (ราชกิจจานุเบกษา, 2559) เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) การที่พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ที่ใกล้เคียงกันนั้นเนื่องมาจากการใช้วิธี balancing ในการจัดตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรระดับการศึกษาที่มีต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เพราะการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดต่างกัน โดยผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Nichols, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปรีสัญญกุล และคณะ (2556) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก เนื่องจากการศึกษาที่สูงจะส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจกระบวนการคลอดและวิธีปฏิบัติเพื่อควบคุมตนเองเมื่อเกิดความปวดในระยะคลอดได้ดี (สุปราณี อัทธเสรี และเขวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) จะเห็นได้ว่า ระดับการศึกษาของผู้คลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในการศึกษาครั้งนี้จึงควบคุมอิทธิพลของตัวแปรด้านระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยวิธีดังกล่าวเพื่อไม่ให้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีอายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-40 สัปดาห์ และมีอายุครรภ์เฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน โดยอายุครรภ์เมื่อมาคลอดของผู้คลอด

กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 25.50) ในขณะที่อายุครรภ์เมื่อมาคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 23.50) ซึ่งช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว จัดเป็นการอายุครรภ์ที่ครบกำหนดเหมาะสมต่อการคลอดซึ่งหากผู้คลอดมาคลอดในอายุครรภ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเรียกได้ว่า คลอดก่อนกำหนดหรือเกินกำหนด นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทารกโดยตรงแล้ว ยังส่งผลด้านจิตใจของผู้คลอดด้วย ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี (Waldenstrom et al., 2004) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เมื่อเริ่มทำการศึกษาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ กล่าวได้ว่าอายุครรภ์เมื่อมาคลอดในงานวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกไม่แตกต่างกัน

การได้รับยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นคลอด เป็นการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดตามธรรมชาติ เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ ทำให้ปากมดลูกขยายและศีรษะของทารกมีการเคลื่อนต่ำตามระยะเวลาที่เหมาะสม (สมสิญจน์ เพ็ชรขิม, 2552) เป็นแนวทางการดูแลการคลอดเชิงรุก ซึ่งได้แก่ การเจาะถุงน้ำคร่ำ และการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ประสงค์ ดันมหาสมุทร, 2553) กิจกรรมการดูแลดังกล่าวจะส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวแรงและถี่ขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น การเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน การได้รับยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นคลอด จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกปวดเพิ่มขึ้น (สุปราณี อัทธเสรี และเขาวลัษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006; Lowdermilk & Perry, 2006) ความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลตามมาได้ (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี (Waldenstrom, et al., 2004) ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ผู้คลอดกลุ่มควบคุมได้รับยาเร่งคลอดและการกระตุ้นคลอดร้อยละ 54.20 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับร้อยละ 41.70 อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นคลอดของทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงกล่าวได้ว่าการได้รับยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาการคลอด เป็นระยะเวลาตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 ของการคลอด ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการคลอดอยู่ระหว่าง 227-1,155 นาที ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ย เท่ากับ 608.33 นาที (S.D. = 276.15) ส่วนผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอด

อยู่ระหว่าง 205-590 นาที ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 366.83 นาที (S.D. = 117.39) จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลา การคลอดของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดจึงได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด มีความสัมพันธ์ในทางลบขนาดปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57$; $p < .05$) หมายความว่า ผู้คลอดที่มีระยะเวลาการคลอดน้อยจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี หรือผู้คลอดที่มีระยะเวลาการคลอดนานจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี อธิบายได้ว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ ยืนยง และคณะ (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Chunuan et al., 2008; Yuenyong et al., 2012) และเมื่อระยะเวลาการคลอดสั้นจะทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ในทางกลับกันผู้คลอดที่มีระยะเวลาการคลอดนาน รับรู้ความเจ็บปวดจากการคลอดนาน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี (สุปราณี อัทธเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2005) ดังนั้นการทดสอบผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งนี้จึงควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอดที่มีต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดโดยใช้วิธีการทางสถิติ (ANCOVA)

มารดาผู้คลอด

อายุ พบว่า มารดาผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 36-63 ปี อายุเฉลี่ย 48.46 ปี (S.D. = 6.34) ส่วนมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 40-56 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 4.11) ซึ่งอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยช่วงอายุมารดาผู้คลอดที่แตกต่างอาจส่งผลถึงประสบการณ์ ความคิด และการรับรู้ในการเรียนรู้จากการสอนในโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงกล่าวได้ว่าอายุมารดาผู้คลอดทั้งสองกลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้ จึงส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา พบว่า มารดาผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) ส่วนมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.7) ซึ่งระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดที่แตกต่างกันอาจส่งผลถึงการรับรู้ถึงประโยชน์และวิธีการที่จะให้การดูแลผู้คลอดในระยะคลอด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้ส่งผลต่อการนำความรู้ไปปฏิบัติดูแลกับผู้คลอดไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดจึงน่าจะมีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอด พบว่า มารดาผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ผ่านการคลอดระหว่าง 1-4 ครั้ง มีมัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 20.08) ส่วนมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การคลอดระหว่าง 1-5 ครั้ง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 28.92) ซึ่งประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดมีค่ามัธยฐานเท่ากัน คือ 2 ครั้ง แต่เมื่อนำประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอด กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดพบว่า ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ภาคผนวก ข) ดังนั้นประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดจึงน่าจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด พบว่า มารดาผู้คลอดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด เพราะฉะนั้นประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดจึงเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อย่างไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้คลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับงานวิจัยในอดีตซึ่งไม่สามารถที่จะอธิบายถึงความสอดคล้องหรือแตกต่างของงานวิจัยได้ มีเพียงงานวิจัยที่ผู้ให้การสนับสนุนเป็นญาติใกล้ชิดเท่านั้น (ทิวากร ชานิกุล และพัศตร์วิไล ศรีแสง, 2553; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย, 2554; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Banyana, Jane, Ruth

& Christina., 1999; Chunuan et al., 2008; Million, Ahmed, & Solomon, 2007; Senanayake, Somawrdana, & Samarasinghe, 2013; Odalea, Mary, Maria, Jose & Antonio, 2007; Yuenyong et al., 2012) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนในระยะคลอดแก่ผู้คลอดที่มีมารดาผู้คลอดเป็นผู้ให้การสนับสนุนโดยตรง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 150.42 คะแนน (S.D. = 13.62) ในขณะที่ผู้คลอดกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 129.54 คะแนน (S.D. = 17.96) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอดแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,45} = 7.63, p < .05$) แสดงว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

อธิบายได้ว่าการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เนื่องจากความคาดหวังที่ผู้คลอดต้องการในระยะคลอดคือความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์และปรับตัวได้ในสถานการณ์การคลอด ซึ่งการคลอดนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากการดาผู้คลอดที่สนับสนุนให้ผู้คลอดกล้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน โดยการอยู่เป็นเพื่อนและปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายผ่อนคลาย รู้สึกภาคภูมิใจ และมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถ (Leap et al., 2010) ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก เพราะเป็นการสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูล และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett et al., 2007; Iliadou, 2012; Hodnett et al., 2011; MIDIRS and the NHS Centre For Reviews and Dissemination, 2003) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ที่มีแนวคิดว่าการมีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนใน

ระยะคลอดนอกจากจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้ว ยังทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้คลอดปรารถนา ทั้งนี้การสนับสนุนจะมีความต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีนั้นจะต้องมีผู้ให้การสนับสนุนที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลที่มีประสิทธิภาพด้วย จึงส่งผลให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในการศึกษาครั้งนี้จึงพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเคนีย์ และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจัดเตรียมมารดาผู้คลอดสำหรับการให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมฯ ได้จัดกิจกรรมให้แก่มารดาผู้คลอดเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2) การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดโดยการสาธิตและสาธิตกลับ 3) การทบทวนความรู้ก่อนคลอด และ 4) การอนุญาตให้มารดาผู้คลอดเข้าไปให้การสนับสนุนในระยะคลอด โดยเครื่องมือการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด อยู่ในรูปแบบของแผนการสอน ซีดี และคู่มือ มีองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน

การให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาผู้คลอดที่ครอบงำประกอบให้การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน เป็นการส่งเสริมให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และสามารถนำไปใช้ในการให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกนี้มีผลต่อจิตใจและความรู้สึกในทางบวกต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก (Sauls, 2004) การเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจากมารดาของตนเองที่มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการช่วยเหลือดูแลผู้คลอดตามแนวทางของกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีตามมา

เมื่อพิจารณารายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายเป็นขั้นตอนได้ว่า เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกพบของผู้วิจัยกับผู้คลอดกลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม พุดคุยระบายความรู้สึก จากนั้นสอบถามถึงความต้องการและความเป็นไปได้ในการให้มารดาเข้าไปสนับสนุนดูแลในระยะคลอดเมื่อผู้คลอดและมารดาผู้คลอดต้องการเข้าร่วมโปรแกรม จึงทำการนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ผู้คลอดพามารดาพบผู้วิจัยที่แผนกฝากครรภ์ในสัปดาห์ต่อไป ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้คลอดทุกรายมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมในห้องที่จัดเตรียมไว้สำหรับการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาของผู้คลอดที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัวเงียบ สงบ เพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก จากนั้นจึงให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดแก่มารดาผู้คลอด โดยใช้แผนการสอน การสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการใช้สื่อการสอนที่ครอบคลุม 3 ประเภท ตามแนวคิดของเอดการ์ เดล ได้แก่ สื่อประเภทเทคนิคและวิธีการ (techniques and methods) สื่อประเภทอุปกรณ์ (hardware) และสื่อประเภทวัสดุ (software) ที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ ทำให้มีความเข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้น เกิดการจดจำได้นานขึ้น ประกอบกับการใช้หลักการส่งเสริมการเรียนรู้ตามทฤษฎีกระบวนการเรียนรู้ 3 ด้านของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1962) ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมให้มารดาของผู้คลอดเกิดการเรียนรู้ 3 ระดับคือ 1) การสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (knowledge) 2) การสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ (comprehension) และ 3) การสอนเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง (application) ส่วนด้านจิตพิสัย (affective domain) และจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้โดยการจัดห้องสำหรับการให้ความรู้แก่มารดาผู้คลอดที่มีบรรยากาศเงียบ สงบ เป็นส่วนตัว เพื่อลดสิ่งรบกวนจากภายนอก ร่วมกับการอธิบายมารดาผู้คลอดให้เห็นถึงคุณค่าในตัวเองที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยส่งเสริมผู้คลอดให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีเป็นการสนับสนุนให้มารดาของผู้คลอดรู้ว่าตนเป็นบุคคลที่สำคัญ ทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ คือ 1) การรับรู้ (perceive) ที่มีความตั้งใจ สนใจ 2) การตอบสนอง (respond) ในการมีส่วนร่วม และ 3) การเห็นคุณค่า (value) โดยมารดาผู้คลอดรู้สึกซาบซึ้ง ยินดี และมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติต่อผู้คลอด และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) โดยจัดกิจกรรมให้อยู่ในรูปของการสาธิต (demonstration) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการแสดงให้เห็น เพื่อให้ผู้เรียนสังเกต ซักถาม และสรุปการเรียนรู้ (ทิสนา เขมมณี, 2557) ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนมากขึ้น (ปรีดา ตะเหลบ, 2553; อัมพล ใจรักษ์, 2550) จากนั้นให้มารดาผู้คลอดสาธิตย้อนกลับโดยฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหว และการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด จะเห็นได้ว่ารูปแบบการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทำให้มารดาของผู้คลอดเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติผ่านการ 1) การเลียนแบบ (imitation) 2) การลงมือปฏิบัติ (manipulation) 3) ความถูกต้อง (precision) 4) ความชัดเจนและต่อเนื่องในการปฏิบัติ (articulation) และ 5) ความเป็นธรรมชาติ (naturalization) กระบวนการให้ความรู้ดังกล่าวเป็นรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในกิจกรรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทั้ง 4 ด้านที่ถูกต้อง เนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคลอาจมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของมารดา-

ผู้คลอด อีกทั้งการสอนแบบรายบุคคลทำให้สามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติของมารดาผู้คลอดได้อย่างครบถ้วนทุกเนื้อหา และสามารถปรับวิธีการสอน (การถามตอบ การปฏิบัติให้ดู การให้สาธิตย้อนกลับ การสรุปแต่ละเนื้อหา) ให้สอดคล้องกับระดับความสามารถในการเรียนรู้ของมารดาผู้คลอดแต่ละราย และยังได้แจกซีดีและคู่มือ เพื่อให้มารดาผู้คลอดนำกลับไปทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังได้จัดกิจกรรมการทบทวนความรู้ให้กับมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองอีกครั้งหลังจากให้ความรู้ในครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการประเมินว่า มารดาของผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาการสอนหรือไม่ และทำให้ทราบถึงประเด็นต่าง ๆ ที่มารดาของผู้คลอดไม่แน่ใจ การทบทวนจึงเป็นการให้ความรู้เพิ่มเติม และทำความเข้าใจกับมารดาผู้คลอดให้ชัดเจน ตรงกัน พร้อมทั้งพามารดาผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอด เพื่อให้เห็นบรรยากาศภายในและสถานการณ์จริง กิจกรรมของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดดังกล่าว จึงเป็นการเสริมสร้างความพร้อมและความมั่นใจในการที่จะนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้คลอดในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทิสนา แฉมมณี, 2554; Murray et al., 2002) จะเห็นได้ว่า การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดในการวิจัยครั้งนี้คือ “มารดาผู้คลอด” มีความสำคัญที่ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้ ดังเช่น ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือดูแลในระยะคลอด ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีกำลังใจ และได้รับการสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการสนับสนุนนี้ยังเป็นการช่วยกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาความปวดได้ (จุฑพร ตันตโนกิจ, 2549; พรรณทิพย์ ไชยขุนทด และคณะ, 2555; นวพร มามาก, 2550; บุญทวี สุนทรลัมศิริ และคณะ, 2553; เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547; วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) จึงทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดรายหมวด พบว่า ในหมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอดของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (Median = 22, Mean rank = 16.23) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง (Median = 28, Mean rank = 32.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (Median = 7.50, Mean rank = 30.65) มากกว่ากลุ่มทดลอง (Median = 5, Mean rank = 18.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (mean = 16.17, S.D. = 3.60) มากกว่า

กลุ่มทดลอง (mean = 11.96, S.D. = 2.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อการประกอบการคลอดของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (Median = 20, Mean rank = 17.56) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง (Median = 23, Mean rank = 31.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (Median = 13, Mean rank = 31.75) มากกว่ากลุ่มทดลอง (Median = 9, Mean rank = 17.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของผู้คลอดกลุ่มควบคุม (Median = 29.5, Mean rank = 17.44) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง (Median = 34, Mean rank = 31.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการศึกษานี้ได้ว่า โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคนีย์และคณะ ปี ค.ศ.2001 (Kayne et al., 2001)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นผู้คลอดกลุ่มควบคุม 24 ราย และผู้คลอดกลุ่มทดลอง 24 ราย ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน ซีดีประกอบการสอน (VCD) และสมุดคู่มือ “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” มีเนื้อหาสอดคล้องกันเกี่ยวกับเรื่องการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอดโดยการสนับสนุน 4 ด้าน 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้คลอด และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA โดยมีระยะเวลาของการคลอดเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในจังหวัดชลบุรี จึงทำให้ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

2. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนในห้องคลอดของมารดาผู้คลอด ดังนั้น จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่ามารดาผู้คลอดมีการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนการคลอดได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่วางไว้หรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจความเป็นองค์รวมของการพยาบาลด้านสูติกรรม ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะมารดาผู้คลอด ในการให้การสนับสนุนผู้คลอดในระลอกอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะให้นำโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระลอกโดยมารดาผู้คลอดไปใช้ในการดูแลในระลอก เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระลอก ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ดังนั้นควรนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มาใช้ในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอดในระลอก

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาผู้คลอดในระลอกที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อผู้คลอดและครอบครัว จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวให้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้มารดาผู้คลอดมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนในระลอก

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การสนับสนุนที่อาจมีผลต่อการเรียนรู้ การนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์จริงที่อาจส่งผลต่อการดำเนินการเพื่อให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องแก่ผู้คลอด ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมระหว่างผู้คลอดและมารดาผู้คลอดในการเรียนรู้กิจกรรมในโปรแกรมเพื่อเกิดทักษะการปฏิบัติร่วมกันแทนการใช้หุ่น
4. ควรมีการประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนของมารดาผู้คลอดในห้องคลอด ในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

THE EFFECT OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAM ON THE PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST-TIME LABORING WOMEN

เกศินี ไชโย 5736232 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD NURSING), ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดคือความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด (สุกัญญาปริสัณญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556) โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีทั้งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้คลอดที่สามารถควบคุมตนเอง และมีส่วนร่วมในการคลอด เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ในระยะคลอดโดยใช้เทคนิควิธีการในการบรรเทาปวดได้ และเมื่อผู้คลอดผ่านสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดี มีการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก จะทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการคลอด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Mercer, 1986; Mercer & Ferketich, 1994) ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ผู้คลอดจะรับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวด เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ผิดหวังกับความสามารถของตนเองในการควบคุมความปวดและการเผชิญกับการคลอด (Baker, Choi, Hinshaw, & Tree, 2005; Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การ

คลอດทางลบนี้ จะเป็นความรู้สึกที่ติดค้างภายในจิตใจ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดา และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก รวมถึงการแสดงบทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ผู้คลอດที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอດทางลบอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอດ และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังการคลอດบุตร รวมทั้งอาจส่งผลต่อความกลัวและความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไป (Bryanton et al., 2008)

การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอດ เป็นการสนับสนุนดูแลที่มีทักษะ และเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้คลอດและผู้สนับสนุนการคลอດไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือญาติ ซึ่งจะทำให้ผู้คลอດรู้สึกอบอุ่นใจที่มีบุคคลอยู่เคียงข้าง (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม การตอบสนองความต้องการของผู้คลอດอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้คลอດมีความกลัวและความวิตกกังวลลดลง เป็นการเพิ่มกำลังใจแก่ผู้คลอດให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ศศิธร พุ่มดวง, 2549) ผู้คลอດที่มีเพื่อนอยู่ด้วยในระยะคลอດ จะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยลง (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556; Essex & Pickett, 2008; Latifses et al., 2005; Taylor, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการจัดโปรแกรมการให้การสนับสนุนในระยะคลอດโดยสามี ญาติ หรือญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิง ซึ่งพบว่าสามีบางส่วนที่เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอດมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้คลอດได้อย่างเหมาะสม และผู้คลอດรู้สึกกังวลว่าการที่สามีเข้ามาอยู่ด้วยทำให้การคลอດยุ่งยากมากขึ้น (นิตยา คชภักดี, 2540) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากญาติ โดยเฉพาะญาติที่เป็นผู้หญิง จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอດที่ดี ทำให้ความปวด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอດครรภ์แรกในระยะที่ 1 ลดลง (ทิวากร ชานิกุล และพัศตร์วิไล ศรีแสง, 2553; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา, 2556) และพบว่าส่วนใหญ่มารดาของผู้คลอດจะถูกเลือกให้เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอດมากที่สุด (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554) จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่าการสนับสนุนในระยะคลอດให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีนั้น ผู้ให้การสนับสนุนต้องมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เข้าใจถึงการสนับสนุนดูแลในแต่ละระยะของการคลอດ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอດได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ที่จะให้การสนับสนุนในระยะคลอດที่เป็นมารดาของผู้คลอດ เพราะเป็นการสนับสนุนดูแลในระยะคลอດที่ทำโดยบุคคลที่มีความรัก ความเอาใจใส่ ความปรารถนาดีต่อผู้คลอດ และที่สำคัญมีประสบการณ์การคลอດมาก่อน จึงจัดทำโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอດโดยมารดาของผู้คลอດ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่มารดาผู้คลอດในการดูแลในระยะคลอດให้เกิดการสนับสนุนที่มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้คลอດให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะผู้คลอດครรภ์แรกที่ไม่มีความรู้ ประสบการณ์การคลอດมาก่อน ซึ่งกิจกรรมที่อยู่ในโปรแกรมประกอบด้วยการจัดให้มารดาผู้คลอດได้รับความรู้ ฝึกทักษะ

เรื่องการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่ครอบคลุมการสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ การให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนผู้คลอด ถ้าผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการ จะทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (คารุณี จันตาไชย, กรียากร ชีวะโต และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว, 2556; บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2553; Enkin, Keirse, Neilson, et al., 2000) และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม (คารุณี จันตาไชย และคณะ, 2556; บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2553)

การส่งเสริมให้มารดาของผู้คลอดเข้าร่วมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเป็นทางเลือกที่ดีทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ เนื่องจากรดาเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้คลอดไว้วางใจ มีความผูกพันทางสายเลือดกันอย่างแน่นแฟ้น และสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้คลอดได้เพราะมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของมารดาผู้คลอดในทุกทักษะของการสนับสนุนที่จำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก นอกจากนี้ยังคาดว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นส่วนช่วยในการผลักดันสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระยะคลอด และเป็นการสนับสนุนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุก ๆ ระยะของการคลอดให้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของรัฐต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย

1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance /physical support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยา ส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ความกลัว โดยการกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคของการผ่อนคลาย การให้กำลังใจ การสัมผัส และการจัดสิ่งแวดล้อม

3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ซึ่งผู้คลอดจะได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ถึงพฤติกรรมปฏิบัติของตนเอง โดยการบอกกล่าวให้ผู้คลอดฟังว่าปฏิบัติเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้

คำแนะนำและชี้แนะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด เช่น การหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ

4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการในขณะที่ผู้คลอดอยู่ในภาวะวิกฤต หรืออยู่ในระยะคลอดที่ประสิทธิภาพการตัดสินใจลดลง ซึ่งผู้คลอดจะได้รับการเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนการตัดสินใจที่ถูกต้องของผู้คลอด เป็นตัวแทนผู้คลอดในการบอกกล่าวความรู้สึก และความต้องการ การติดต่อสื่อสารโดยเป็นตัวแทนผู้คลอดในการประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวได้ว่าเป็นตัวกลางในการรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาส่งต่อให้ผู้คลอดรับทราบและตัดสินใจ และเป็นตัวกลางในการบอกถึงอารมณ์ความต้องการของผู้คลอด

การให้การสนับสนุนในระยะคลอดจัดเป็นกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกที่จัดอยู่ในปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ในการศึกษาของสุกัญญา ปรีชญญกุล และคณะ (2556) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การได้รับสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการคลอด 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เศรษฐฐานะ ความขัดแย้งภายในใจ และ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อน ชนิดการคลอด การปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร เช่น การให้ยาเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอด เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นปัจจัยที่ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทั้งสิ้น แต่บางปัจจัยไม่สามารถปรับเปลี่ยน หรือไม่สามารถควบคุมได้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ คือ ความกังวล ความกลัว และความปวด โดยการให้การสนับสนุนทางสังคมจากมารดาผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน และพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมตามแนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) 4 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยผู้สนับสนุนการคลอดนั้นจะได้รับความรู้ และฝึกทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอดทำในขณะที่ผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์เป็นต้นไป และมีการประเมินผลการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

คำถามวิจัย

โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

3. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อพิจารณำแนวทางให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ไปใช้ในการดูแลผู้คลอดครั้งแรก เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้การพยาบาลต่อไป

4. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน

การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance/physical support) เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาของผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านร่างกายเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด การเช็ดหน้า การบ้วนปาก การจับเหยื่อ และการเปลี่ยนผ้าเมื่อมีการเปียกชื้น เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ซึ่งไม่ขัดต่อความก้าวหน้าของการคลอด

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาของผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย สัมผัสมือ และการจัดสิ่งแวดล้อมโดยไม่ให้มีเสียงดังรบกวน แสงสว่างไม่จ้าเกินไป ห้องเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว มีการระบายอากาศที่ดี และกำจัดกลิ่นเลือดหรือกลิ่นน้ำคร่ำ เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล

การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการให้ความรู้แก่มารดาของผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวด การเบ่งคลอดที่ถูกวิธี และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อส่งเสริมให้

ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ เช่น พฤติกรรมการปฏิบัติที่ผู้คลอดทำถูกต้อง ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้คลอดมีความกังวลจากสิ่งที่ไม่รู้ลดลง

การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการให้ความรู้แก่มารดาของผู้คลอดเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือทางด้านการเป็นตัวแทนเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ได้แก่ เป็นตัวกลางในการรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาส่งต่อให้ผู้คลอดรับทราบและตัดสินใจ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ และประสานงานระหว่างผู้คลอดและบุคลากรทางการแพทย์ ในการบอกถึงอารมณ์ความต้องการของผู้คลอด การเป็นตัวแทนในการปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ในช่วงเวลาที่ผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติเองได้ เช่น การลูบหน้าท้อง การนวด และการจัดท่า ซึ่งเป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างต่อเนื่อง และการช่วยประคับประคองดูแลทารก โดยการอุ้มทารกมาสัมผัสกับผู้คลอด พร้อมทั้งบอกน้ำหนัก

1.2 การแจกซีดีและคู่มือ เป็นการให้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสิ่งพิมพ์แก่มารดาผู้คลอดที่มีเนื้อหาที่สอดคล้องกัน เรื่อง “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ การสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด การแจกซีดีและคู่มือนี้เพื่อให้มารดาของผู้คลอดนำไปทบทวนความรู้และฝึกทักษะที่บ้าน

1.3 การทบทวนการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เป็นการทวนซ้ำความรู้เดิมให้แก่มารดาของผู้คลอดที่ได้รับจากผู้วิจัยหลังการสอน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินผลหลังจากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะ และเปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอดได้ซักถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อให้การสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง

2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินได้ด้วยแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด 2) ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ขณะที่อยู่ในระยะคลอด 3) ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 4) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด 5) ความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 6) ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอดโดยพยาบาลประจำการ เมื่อผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ อาการสำคัญที่ควรมาโรงพยาบาล การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด สิทธิการรักษา เอกสารที่ต้องเตรียม พร้อมทั้งการพาผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอด และการให้การพยาบาลตลอดระยะคลอดโดยพยาบาลประจำการเมื่อผู้คลอดมาคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power-analysis) ด้วยโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมิณสกุล, 2556) พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 24 ราย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย คือ กลุ่มควบคุม 24 ราย และกลุ่มทดลอง 24 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อเริ่มทำการศึกษา 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ที่ผ่านมา 3) ทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และไม่มีความพิการ 4. มารดาของผู้คลอด สามารถให้การสนับสนุนประคับประคองอย่างต่อเนื่องแก่ผู้คลอดได้ 5. ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอดสามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี 6. ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอด มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 7. มารดาของผู้คลอดมีเครื่องเล่นซีดี 8. ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอดมีโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกับผู้วิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเคนีย์และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมนี้ จัดกิจกรรมให้แก่มารดาผู้คลอดเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดโดยการสาธิตและสาธิตกลับ การทบทวนความรู้ก่อนคลอด และการอนุญาตให้มารดาของผู้คลอดเข้าไปให้การสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย 1) แผนการสอนให้ความรู้เรื่องการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด เป็นแนวทางในการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาผู้คลอด

กลุ่มทดลองมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน 2) ซีดีประกอบการสอน (VCD) เป็นสื่อการสอนประกอบการให้ความรู้และสาธิตแก่มารดาของผู้คลอด มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย และ3) สมุดคู่มือ “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด” เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน เนื้อหาในคู่มือนี้เหมือนกับในซีดีประกอบการสอน เพื่อให้มารดาของผู้คลอดนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติที่บ้าน และติดตามทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ภายหลังเริ่มโปรแกรมฯ การติดตามทบทวนความรู้และการฝึกปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยเปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอดได้ซักถามและช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอด และระยะเวลาของการคลอด 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาของผู้คลอด สร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของมารดาของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ผ่านการคลอด และประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด และ3) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สร้างขึ้นโดยมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) เพื่อประเมินความรู้สึก ความคิดเห็น ความพึงพอใจของผู้คลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์ ขณะคลอด และเกี่ยวกับทารก แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ชูชาติ ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ และแบ่งเป็น 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด หมวดที่ 2 ความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และหมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปทดลองใช้ในผู้คลอดครรภ์แรกที่มิคุ้นสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .92 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 48 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยผ่านการอบรมเรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคน” ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากผ่านการตรวจสอบโครงร่างการทำวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลตามเอกสารเลขที่ 08-59-14ว และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมนั้น ภายหลังการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลครบถ้วนแล้ว ผู้คลอด้จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำแต่ละแผนก ผู้วิจัยติดตามการมาคลอด้ของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อผู้คลอด้เข้าสู่ระยะคลอด้ มารดาผู้คลอด้จะเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอด้ และขอความร่วมมือให้ผู้คลอด้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้ หลังคลอด้ 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มทดลอง ภายหลังการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลครบถ้วนแล้ว ผู้คลอด้จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำแต่ละแผนกร่วมกับผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะ ตามโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด้ให้แก่มารดาผู้คลอด้ มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการสอนให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาของผู้คลอด้ที่แผนกฝากครรภ์ จากนั้นให้สมุดคู่มือและซีดี “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด้สำหรับมารดาผู้คลอด้” เพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน พร้อมทั้งนัดหมายมารดาผู้คลอด้สำหรับการทบทวนความรู้ในสัปดาห์ต่อไป ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด้ 4 ด้าน และการฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ที่แผนกฝากครรภ์ และพามารดาผู้คลอด้เยี่ยมชมห้องเมื่อผู้คลอด้เข้าสู่ระยะคลอด้ มารดาผู้คลอด้จะเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอด้ตามแผนการสอนของผู้วิจัย เมื่อคลอด้แล้ว และครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้คลอด้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา การได้รับยาเร่งคลอดหรือการกระตุ้นการคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระดับการศึกษา กับประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดของมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) ส่วนอายุ ระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และอายุของมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (independent t-test) และอายุครรภ์เมื่อคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U-test)
3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA คำนวณการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีการกระจายแบบปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกโดยใช้สถิติ ANCOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้คลอด จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 16-30 ปี อายุเฉลี่ย 20.75 ปี (S.D. = 4.00) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.20 มีอายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-40 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 25.50) ได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดร้อยละ 54.20 มีระยะเวลาการคลอดระหว่าง 227-1,155 นาที เฉลี่ย 608.33 นาที (S.D. = 276.15) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 16-28 ปี อายุเฉลี่ย 20.75 ปี (S.D. = 3.87) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50 อายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-39 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.50 สัปดาห์ (mean rank = 23.50) ได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดร้อยละ 41.70 มีระยะเวลาการคลอดระหว่าง 205-590 นาที เฉลี่ย 366.83 นาที (S.D. = 117.39) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาและการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ระดับการศึกษาและการได้รับยาเร่งคลอด/การกระตุ้นคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างผู้คลอดกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในเรื่อง อายุ และระยะเวลาการคลอดโดยใช้สถิติ Independent *t*-test พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนระยะเวลาการคลอดพบว่า ระยะเวลาการคลอดของผู้คลอดกลุ่มทดลองมีสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และตัวแปรอายุครรภ์เมื่อมาคลอด จากการทดสอบการกระจายพบว่า อายุครรภ์เมื่อมาคลอด มีการกระจายไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann - Whitney *U*-test ในการเปรียบเทียบพบว่า อายุครรภ์เมื่อมาคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากผลการการวิเคราะห์ข้างต้น พบว่า ระยะเวลาการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ระยะเวลาของการคลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.567$; $p < .05$) จึงเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวด้วยสถิติ ANCOVA โดยมีระยะเวลาของการคลอดเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ซึ่งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA ในเรื่อง Normality, Linearity, Homogeneity of regression across groups และ Homogeneity of variance พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้คลอด จากการศึกษาพบว่า มารดาผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 40-56 ปี อายุเฉลี่ย 49.38 ปี (S.D. = 4.11) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีประสบการณ์ผ่านการคลอดระหว่าง 1-4 ครั้ง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 20.08) และทุกรายไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดมาก่อน ส่วนมารดาผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 36-63 ปี อายุเฉลี่ย 48.46 ปี (S.D. = 6.34) มีการศึกษาอยู่ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช.เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีประสบการณ์ผ่านการคลอดระหว่าง 1-5 ครั้ง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (mean rank = 28.92) และทุกรายไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดมาก่อนเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวิเคราะห์ความแตกต่างของอายุมารดาผู้คลอดโดยใช้สถิติ สถิติ Independent *t*-test พบว่า อายุของมารดาผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอดทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Mann -

Whitney *U*-test ในการวิเคราะห์พบว่า ประสิทธิภาพผ่านการคัดของมารดาผู้คัดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้กล่าวว่า “ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดอยู่ระหว่าง 88 - 158 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 129.54 คะแนน (S.D. = 17.96) และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดอยู่ระหว่าง 118 - 167 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 150.42 คะแนน (S.D. = 13.62) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม (ระยะเวลาการคลอด) แล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,45} = 7.63, p < .05$) (ตารางที่ 1) แสดงว่า ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผลการศึกษาก็จะนำไปตามสมมติฐานที่กำหนด

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด ด้วยสถิติ ANCOVA ($n = 48$)

Source of variation	SS	df	MS	F	p
โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด	1664.33	1	1664.33	7.63	.004
ระยะเวลาการคลอด	1867.73	1	1867.73	8.56	.005
ความคลาดเคลื่อน	9820.06	45	218.22		
รวม	16916.98	47			

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 150.42 คะแนน (S.D. = 13.62) ในขณะที่ผู้คลอดกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 129.54 คะแนน (S.D. = 17.96) และจากการทดสอบด้วยสถิติ ANCOVA โดยควบคุมอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของเคย์และคณะ ปี ค.ศ.2001 (Kayne et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วยการเตรียมมารดาผู้คลอดเพื่อการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ ดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มของปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ที่ส่งผลทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (สุกัญญา ปรีสังญกุล และคณะ, 2556) อธิบายได้ว่าการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เนื่องจากความคาดหวังที่ผู้คลอดต้องการในระยะคลอดคือความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์และปรับตัวได้ในสถานการณ์การคลอด ซึ่งการคลอดนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากการดูแล-ผู้คลอดที่สนับสนุนให้ผู้คลอดกล้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน โดยการอยู่เป็นเพื่อนและปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย รู้สึกภาคภูมิใจ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ (Leap et al., 2010) ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก เพราะเป็นการสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้คำแนะนำและข้อมูล และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett et al., 2007; Iliadou, 2012; Hodnett et al., 2011; MIDIRS and the NHS Centre For Reviews and Dissemination, 2003) การมีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดนอกจากจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือให้อยู่ตามลำพัง มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้คลอดปรารถนา (Kayne et al., 2001) ทั้งนี้การสนับสนุนจะมีความต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีนั้น จะต้องมิใช่ให้การสนับสนุนที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลที่มีประสิทธิภาพด้วย จึงจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมมารดาผู้คลอดสำหรับการให้การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมฯ จัดกิจกรรมให้แก่มารดาผู้คลอดเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2) การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดโดยการสาธิตและสาธิตกลับ 3) การทบทวนความรู้ก่อนคลอด และ

4) การอนุญาตให้มารดาผู้คลอดเข้าไปให้การสนับสนุนในระยะคลอด โดยเครื่องมือการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด อยู่ในรูปแบบของแผนการสอน ซีดี และคู่มือ มืองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน การให้ความรู้รายบุคคลแก่มารดาผู้คลอดที่ครอบคลุมองค์ประกอบให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน เป็นการส่งเสริมให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และสามารถนำไปใช้ในการให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกนี้มีผลต่อจิตใจและความรู้สึกในทางบวกต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก (Sauls, 2004) รายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในการศึกษาครั้งนี้ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกพบของผู้วิจัยกับผู้คลอดกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม พุดคุยระบายความรู้สึก จากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามถึงความต้องการและความเป็นไปได้ในการให้มารดาเข้าไปสนับสนุนดูแลในระยะคลอด เมื่อผู้คลอดและมารดาผู้คลอดต้องการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยทำการนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมโดยให้ผู้คลอดพามาพบผู้วิจัยที่แผนกฝากครรภ์ในสัปดาห์ต่อไป ซึ่งผู้คลอดทุกรายจะมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมของมารดาผู้คลอด ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในห้องที่จัดเตรียมไว้สำหรับการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาของผู้คลอดที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัว เงียบ สงบ เพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดแก่มารดาผู้คลอดโดยใช้แผนการสอน การสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ และ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการใช้สื่อการสอนที่ครอบคลุม 3 ประเภท ตามแนวคิดของเอดการ์ เดล ได้แก่ สื่อประเภทเทคนิคและวิธีการ (techniques and methods) สื่อประเภทอุปกรณ์ (hardware) และสื่อประเภทวัสดุ (software) ที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ ทำให้มีความเข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้น เกิดการจดจำได้นานขึ้น ประกอบกับการใช้หลักการส่งเสริมการเรียนรู้ตามทฤษฎีกระบวนการเรียนรู้ 3 ด้านของบลูม และคณะ (Bloom et al., 1962) ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมให้มารดาของผู้คลอดเกิดการเรียนรู้ 3 ระดับคือ 1) การสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (knowledge) 2) การสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ (comprehension) และ 3) การสอนเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ได้จริง (application) ส่วนด้านจิตพิสัย (affective domain) ผู้วิจัยจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้โดยการจัดห้องสำหรับการให้ความรู้แก่มารดาผู้คลอดที่มีบรรยากาศเงียบสงบ เป็นส่วนตัว เพื่อลดสิ่งรบกวนจากภายนอก ร่วมกับการอธิบายมารดาผู้คลอดให้เห็นถึงคุณค่าในตัวเองที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยส่งเสริมผู้คลอดให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีเป็นการสนับสนุนให้มารดาของผู้คลอดรู้ว่าตนเป็นบุคคลที่สำคัญ ทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ คือ 1) การรับรู้ (perceive) ที่มีความตั้งใจ สนใจ 2) การตอบสนอง (respond) ในการมีส่วนร่วม และ

3) การเห็นคุณค่า (value) โดยมารดาผู้คลอดรู้สึกซาบซึ้ง ยินดี และมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติต่อผู้คลอด และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้อยู่ในรูปของการสาธิต (demonstration) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการแสดงให้เห็น เพื่อให้ผู้เรียนสังเกต ซักถาม และสรุปการเรียนรู้ (ทิสนา แคมมณี, 2557) ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนมากขึ้น (ปริดา ตะเหลบ, 2553; อัมพล ใจรักย์, 2550) จากนั้นให้มารดาผู้คลอดสาธิตย้อนกลับโดยฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหว และการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด จะเห็นได้ว่ารูปแบบการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทำให้มารดาของผู้คลอดเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติผ่านการ 1) การเลียนแบบ (imitation) 2) การลงมือปฏิบัติ (manipulation) 3) ความถูกต้อง (precision) 4) ความชัดเจนและต่อเนื่องในการปฏิบัติ (articulation) และ 5) ความเป็นธรรมชาติ (naturalization) กระบวนการให้ความรู้ดังกล่าวเป็นรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในกิจกรรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทั้ง 4 ด้านที่ถูกต้องเนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลที่อาจมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของมารดาผู้คลอด อีกทั้งการสอนแบบรายบุคคลทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติของมารดาผู้คลอดได้อย่างครบถ้วนทุกเนื้อหาและสามารถปรับวิธีการสอน (การถามตอบ การปฏิบัติให้ดู การให้สาธิตย้อนกลับ การสรุปแต่ละเนื้อหา) ให้สอดคล้องกับระดับความสามารถในการเรียนรู้ของมารดาผู้คลอดแต่ละรายและผู้วิจัยยังได้แจกซีดีและคู่มือเพื่อให้มารดาผู้คลอดนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองได้ทบทวนด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการทบทวนความรู้ให้กับมารดาผู้คลอดกลุ่มทดลองอีกครั้งหลังจากให้ความรู้ในครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่า มารดาผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาการสอนหรือไม่ และทำให้ทราบถึงประเด็นต่างๆ ที่มารดาของผู้คลอดไม่แน่ใจ การทบทวนจึงเป็นการให้ความรู้เพิ่มเติมและทำความเข้าใจกับมารดาผู้คลอดให้ชัดเจน ตรงกัน พร้อมทั้งพามารดาผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอดเพื่อให้เห็นสถานการณ์จริง กิจกรรมของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดดังกล่าว จึงเป็นการเสริมสร้างความพร้อมและความมั่นใจในการที่จะนำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้คลอดในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทิสนา แคมมณี, 2554; Murray et al., 2002) จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดในการวิจัยครั้งนี้คือ “มารดาผู้คลอด” มีความสำคัญที่ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้ ดังเช่นผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือดูแลในระยะคลอด ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีกำลังใจ และได้รับการสนับสนุนที่ตอบสนอง

ความต้องการได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการสนับสนุนนี้ยังเป็นการช่วยกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาความปวดได้ (จตุพร ดันตโนกิจ, 2549; พรรณทิพย์ โชมขุนทด และคณะ, 2555; นวพร มามาก, 2550; บุญทวี สุนทรลี้ศิริ และคณะ, 2553; เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547; วิภารัตน์ สอดส่อง, 2548) จึงทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม สรุปผลการศึกษาค้างนี้ได้ว่า โปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาค้างนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในจังหวัดชลบุรี จึงทำให้ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้
2. การศึกษาค้างนี้ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนในห้องคลอดของมารดาผู้คลอด ดังนั้น จึงไม่สามารถยืนยันได้ว่ามารดาผู้คลอดมีการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนการคลอดได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่วางไว้หรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยค้างนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจความเป็นองค์รวมของการพยาบาลด้านสูติกรรม ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะมารดาผู้คลอด ในการให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะให้นำโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยมารดาผู้คลอดไปใช้ในการดูแลในระยะคลอด เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ดังนั้นควรนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มาใช้ในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของมารดาผู้คลอดในระยะคลอดที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อผู้คลอดและครอบครัว จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวให้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้มารดาผู้คลอดมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การสนับสนุนที่อาจมีผลต่อการเรียนรู้ การนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์จริง ที่อาจส่งผลต่อการดำเนินการเพื่อให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องแก่ผู้คลอด ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมระหว่างผู้คลอดและมารดาผู้คลอดในการเรียนรู้กิจกรรมในโปรแกรมเพื่อเกิดทักษะการปฏิบัติร่วมกัน แทนการใช้หุ่น
4. ควรมีการประเมินพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนของมารดาผู้คลอดในห้องคลอด ในการวิจัยครั้งต่อไป

THE EFFECT OF CONTINUOUS LABOR SUPPORT PROGRAM ON THE
PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST-TIME
LABORING WOMEN

KESINEE CHAIMO 5736232 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N.
(MATERNAL AND CHILD NURSING), SRISAMORN PHUMONSAKUL,
D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Perception of childbirth experience involves feelings, opinions and interpretations of incidents during childbirth that influence postpartum maternal behaviors (Sukanya Parisanyakun, Chawee Baosuang and Piyaporn Prasitwattanasri, 2013). Perception of childbirth experience includes positive and negative childbirth experiences, involving a woman's awareness of self-control ability and participation in childbirth while coping with events during childbirth by using pain relief techniques. And when laboring women have positive childbirth situations with support for mother-child relationships, laboring women have satisfaction in childbirth and perceive childbirth experiences positively (Mercer, 1986; Mercer & Ferketich, 1994). On the contrary, when laboring women perceive childbirth experiences negatively, they perceive childbirth fearfully as a painful experience. The results are suffering and disappointment with personal ability to control pain and cope with labor (Baker, Choi, Hinshaw & Tree, 2005; Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009). Negatively perceived childbirth experience is a residual psychological feeling influencing mothers' psychological health and bonding between mothers and infants,

including performance of maternal roles in the short and long term. Laboring women who perceive childbirth experience negatively may have postpartum depression and psychological abnormalities after childbirth in addition to potentially influencing fears and intentions to have more children (Bryanton et al., 2008).

Continuous labor support is skilled supportive care with cooperation between laboring women and childbirth coaches such as medical staff or relatives which will help laboring women feel warmth from the people around them (Sasitorn Pumduang). Continuous labor support places importance on holistic care, effective response to the needs of laboring women and helping laboring women have less fear and anxiety to increase self-esteem (Sasitorn Pumduang, 2006). Laboring women who have friends during childbirth have mental security resulting in perception of less pain (Soi Anusornteerakun and Pranisa Kittiprithsada, 2013; Essex & Pickett, 2008; Latifses et al., 2005; Taylor, 2002). According to previous studies, organized programs for providing labor support had husbands, relatives or close female relatives. Some husbands who provided labor support were found to have behaviors including inability to control emotions and properly meet the needs of laboring women. Moreover, laboring women felt having their husband with them during childbirth made the experience more difficult (Nittaya Kotchapakdee, 1997). At the same time, receiving support from relatives, especially female relatives, resulted in positive childbirth outcomes with less pain, fear and anxiety among first-time laboring women in Stage 1 labor (Tiwakorn Chamnikun and Pakwilai Srisang, 2010; Soi Anusornteerakun and Pranisa Kittiprithsada, 2013). In most cases, the mothers of laboring women were found to be most frequently chosen as labor coaches (Atitaya Permsook, 2007; Siriwan Yuenyong and Nannapat Raktai, 2011). According to previous studies, effective labor support requires that coaches have correct knowledge, skills and practice with understanding of supportive care in each stage of childbirth in addition to the ability to meet laboring women's needs. In the present study, therefore, the researcher recognized the importance of mothers of laboring women in providing support during childbirth because this support during childbirth is provided by a person who has love, care and good will for laboring women. Most importantly, mothers of laboring women have experienced childbirth. Therefore, the continuous labor support program provided by mothers of laboring women was developed to prepare mothers of laboring women for care-giving during labor in order to provide continuous support and most efficiently meet the needs of laboring women, especially first-time laboring women without

previous labor experience. The activities in the program consisted of arranging for laboring women to receive instruction and skills training in providing continuous labor support with coverage of physical support, emotional support, recommendations, news and information, and representation of laboring women. If laboring women have needs met they will perceive the childbirth experience positively (Darunee Janruechai, Kriyakorn Tiwato and Janpen Pangduangkaew, 2013; Boontawee Suntornlimsiri, Srisamorn Pumonsakun and Orapin Jarempoon, 2010; Enkin, Keirse, Neilson, et al., 2000) and be able to properly adapt to the maternal role (Darunee Janruechai et al., 2013; Boontawee Suntornlimsiri et al., 2010).

Promoting mothers of laboring women to provide continuous labor support is a good option that can be usefully implemented, because mothers are close to laboring women and trusted as blood relations. Furthermore, mothers can build confidence in laboring women because mothers of laboring women have childbirth experience. In the past, however, no studies were conducted in direct relation to preparing the mothers of laboring women in every essential support skill. Therefore, the researcher's interest is to conduct a study on the effects of the continuous labor support program on perception of childbirth experience in first-time laboring women for use as a guideline in providing care for laboring women to create positive perception of the childbirth experience. Furthermore, the findings of this study are expected to contribute to providing support and promote participation in labor in addition to supporting Ministry of Public Health policies regarding family participation at every stage of labor in state hospitals.

Conceptual Framework of the Study

This study used the labor support concept of Kayne and colleagues (Kayne et al., 2001) as a conceptual framework. The components of labor support are as follows:

- 1) Tangible assistance/physical support is support aimed at comforting laboring women by using non-pharmacological pain relief techniques to support labor progression.
- 2) Emotional support is aimed at helping laboring women relax from anxiety and fear by supporting laboring women to use relaxation techniques, encouragement, touch and environmental setting.
- 3) Advice and information support is aimed at giving laboring women confidence. Laboring women receive feedback to help them perceive personal behaviors by

telling laboring women what to do in addition to offering recommendations and advice about pain relief techniques such as breathing, lightly rubbing the abdomen, massaging, moving and arranging a position to support childbirth in order to help laboring women practice correctly and appropriately to build confidence.

4) Advocacy supports laboring women in having needs met during a crisis or labor when decision-making efficiency is lower. Laboring women will receive care, and support is provided for correct decision-making by laboring women. Advocates represent laboring women in informing about feelings, needs and communication by advocating for laboring women in coordination between laboring women and medical staff. Advocates can be considered a medium in receiving information from medical personnel and referring information for laboring women to acknowledge and decide in addition to being a medium for indicating laboring women's needs.

Labor support is an activity for promoting positive perception of childbirth experience and considered as a factor influencing perception of childbirth experience in terms of controllable factors. A study conducted by Sukanya Parisanyakun, Chawee Baosuang and Piyaporn Prasitwattanaseri in 2013 found the factors influencing perception of childbirth experience to be composed of the following three factors: 1) controllable factors such as anxiety, fear, pain, expectations, knowledge about childbirth, preparation for childbirth, use of pain-relief medications, self-esteem, social support and satisfaction with childbirth; 2) personal factors such as age, level of education, number of pregnancies, economic status, internal conflicts and 3) situation factors such as pregnancy with risks or complications, type of childbirth and habitual practices such as labor induction. Other factors also include unchangeable or uncontrollable factors influencing perception of the childbirth experience. Therefore, the researcher chose to study controllable factors such as labor support and developed a program consisting of activities in concurrence with the continuous labor support concept of Kayne and colleagues (Kayne et al., 2001) in the four aforementioned areas. Labor coaches received instructions and skills training to prepare for providing continuous labor support effectively in addition to providing knowledge and skills training for laboring women at gestational ages of 36 weeks and up. In addition, the program assessed the effects of providing continuous labor support by measuring perception of the childbirth experience by laboring women at 24 hours postpartum.

Research Question

Does the continuous labor support program have effects on perception of childbirth experience in first-time laboring women?

Research Objectives

To compare perception of childbirth experience in first-time laboring women between the subjects who received routine care with the continuous labor support program and the subjects who received routine care only.

Research Hypothesis

The first-time laboring women from the group receiving the continuous labor support program with routine care will have better perception of childbirth experience than first-time laboring women who received routine care only.

Scope of the Study

This study was quasi-experimental research aimed at exploring the effects of the continuous labor support program on perception of childbirth experience in first-time laboring women who came to receive antenatal care services and delivered at Bang Lamung Hospital, Chonburi, in October 2016 – February 2017.

Expected Benefits

The findings of this study can be implemented to yield the following benefits:

- 1 . The findings can be used as guidelines for developing a model for providing continuous labor support.
- 2 . The findings can be used as guidelines for preparing education for nursing students in providing knowledge, understanding and awareness of the importance of continuous labor support to perception of childbirth experience in first-time laboring women.

3. The findings can be used as guidelines for nursing administrators to set policy to consider implementing continuous labor support guidelines in care for first-time laboring women to further enhance care quality.

4 . The findings can be used as guidelines in studies related to the effects of providing continuous labor support on perception of childbirth experience in other groups of laboring women.

Definition of Variables

1. **Continuous labor support program** means nursing activities developed based on the literature reviews consisting of the following:

1.1 Education and skill training regarding labor support in four areas

Tangible assistance/physical support is provision of knowledge and skills training for mothers of laboring women regarding guidelines for physical support when laboring women enter labor such as massages, movement and positioning to support labor, wiping the face, rinsing the mouth, mopping sweat and changing clothes when clothes are wet. This supports laboring women in feeling comfort without obstructing labor progress.

Emotional support is the provision of knowledge and skills training for mothers of laboring women about emotional support guidelines for when women enter labor such as breathing to ease pain, lightly rubbing the abdomen, staying with laboring women to provide companionship, providing encouragement, praising laboring women, touching hands and arranging environmental settings to have no noise disturbance or excessively bright lights, arranging rooms for privacy, good ventilation and eliminating odors of blood and amniotic fluid to support laboring women in feeling relaxed from fear, stress and anxiety.

Advice and information support is knowledge for mothers of laboring women regarding guidelines on information support when women enter labor such as provision of information regarding labor progress, recommendations on use of pain relief techniques, correct pushing methods and feedback information to support laboring women to have confidence such as behavioral practices performed correctly by laboring women. This

raises awareness of personal behaviors and practices in addition to providing information to help laboring women have less anxiety from the unknown.

Advocacy for laboring women provides knowledge for mothers of laboring women about guidelines for advocacy support when women enter labor such as being a medium for receiving information from medical personnel and relaying information for laboring women to acknowledge and decide in addition to communicating with other family members and coordinating between laboring women and medical staff to identify laboring women's needs. Advocating pain relief techniques when laboring women cannot practice (lightly rubbing the abdomen, massaging and positioning) supports laboring women to have needs met continually and helps with childcare by taking infants to come into contact with laboring women and informing laboring women of their infants' birth weights.

1.2 CD and handbook distribution was the provision of electronic and printed media with consistent contents for laboring women on the topic of "Providing Continuous Labor Support for Laboring Women". The media consisted of instruction, labor support in four areas and skills training regarding pain relief techniques such as breathing to relieve pain, touching the abdomen, massaging, moving and positioning to support childbirth. CDs and handbooks were distributed for mothers of laboring women to review knowledge and practice skills at home.

1.3 Continuous labor support review was the review of knowledge the mothers of laboring women received from the researcher one week after education in order to monitor and assess results after receiving knowledge and skills training in addition to providing knowledge for mothers of laboring women to ask about practice for continual provision of support for laboring women.

2. Perception of childbirth experience means the feelings, opinions and interpretations of various events during every stage of labor from early labor to two hours postpartum. Perception of childbirth experience was assessed by using the perception of childbirth experience measurement scale of Yuwadee Sapprasert (1998) which was translated and modified from the perception of childbirth experience measuring scale of Marut and Mercer (Marut & Mercer, 1979) which consisted of the following six areas: 1) successful self-control during labor; 2) anxiety for fetal health; 3) fear during labor; 4) expectations about the childbirth experience; 5) labor pain and 6) satisfaction with personal success in labor. High

total scores meant first-time laboring women had good perceptions of the childbirth experience.

3. Routine care means education for nurses on preparing women for childbirth when laboring women have a gestational age of 36 weeks. The information provided included topics such as labor pain, significant symptoms requiring hospital visits, breathing to relieve pain, treatment rights, documents required, and taking women to visit the labor room as well as care provided throughout labor by nurses when women come to give birth.

Research Methodology

The subjects used in this study were first-time laboring women with mothers who provided continuous support and came to give receive antenatal care and deliver at Bang Lamung Hospital, Chonburi, in October 2016 – February 2017. The sample size was calculated by using power analysis with the G*power program (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009; Pisamai Oratai and Srisamorn Pumonsakun, 2013). According to the findings, a minimum of 24 subjects per group was required. Therefore, this study had a total of 48 subjects with 24 subjects in the control group and 24 subjects in the experimental group. The samples were purposively sampled based on the following qualifications: 1) singleton pregnancy with a gestational age of 36 weeks at the beginning of the study; 2) no complications during pregnancy and labor; 3) healthy infants without disability; 4) mothers of laboring women who were able to provide continuous support for laboring women; 5) laboring women and mothers of laboring women who were able to read, write and speak Thai fluently; 6) laboring women and mothers of laboring women who were willing to participate in this study; 7) mothers of laboring women who had CD players and 8) laboring women or mothers could contact to the researcher by phone.

The research instrumentation in this study was composed of the following:

1. The research instruments consisted of the continuous labor support program developed by the researcher using Kayne and colleague's labor support concept (Kayne et al., 2001) with a literature review. This program provided one activity for mothers of laboring women on an individual basis. The details of the activities in the program consisted of

education via video media, skills training on the use of pain relief techniques during labor by demonstration and feedback demonstration, reviews of knowledge before childbirth and allowing the mothers of laboring women to provide labor support. The instruments used in the program consisted of continuous labor support education plans for mothers of laboring women which were guidelines on educating and training the mothers of laboring women in the experimental group in skills with contents on labor support in four areas; 2) VCDs for supplementing the instruction were educational media for demonstrating to the mothers of laboring women with contents related to teaching plans researched from textbooks, documents and studies and 3) the “Continuous Labor Support for Mothers of Laboring Women” handbook was printed media prepared accompany the instruction on labor support in four areas. The contents of this handbook are the same as the contents of the instructional VCDs for the mothers of laboring women to review and practice at home. The knowledge and practice was monitored and reviewed for one week after beginning the program. Monitoring to review knowledge and practice required 30 minutes and allowed the mothers of the laboring women to ask questions and provided individual support.

2. Data collection instruments consisted of the following: 1) a personal data questionnaire for laboring women created by the researcher to collect data from laboring women on age, level of education and childbirth data such as gestational age at the time of arrival to give birth, labor induction and duration of labor; 2) a personal data questionnaire on the mothers of laboring women was created to collect data on the mothers of the laboring women consisting of age, level of education, labor experience and experience in staying to provide company for laboring women and 3) a perception of childbirth experience questionnaire created by Marut & Mercer (1979) to assess the feelings, opinions and satisfaction of laboring women regarding events occurring to laboring women during labor and childbirth and the women’s feelings about the infants. The questionnaire was translated into Thai and modified by Yuwadee Sapprasert (1998). It was composed of 42 questions divided into the following six sections: Section 1 – Self-Control success during childbirth; Section 2 – Anxiety about fetal health; Section 3 – Fear during childbirth, Section 4 – Expectations about the childbirth experience; Section 5 – Pain during childbirth and Section 6 – Satisfaction about personal childbirth success. High overall scores meant perception of good childbirth experience by the women in labor.

The researcher experimented with the perception of childbirth experience questionnaire in 10 first-time laboring women with qualifications matching those of the subjects. Cronbach's Alpha Coefficient was calculated and a score of .92 was obtained. When used in 48 real subjects, Cronbach's Alpha Coefficient was calculated to be .97.

Data Collection

The researcher received instruction on human research ethics from the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After the research draft had passed examination by the thesis supervisory committee at Mahidol University, the researcher received approval for the thesis topic from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. The researcher then received approval for the study from the Institutional Review Board, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, pursuant to Document No. 08-59-14 ง, and granted permission to collect data from the director of Bang Lamung Hospital, Chonburi. The researcher selected the samples based on the sampling criteria. Once the subjects had agreed to participate in the study and sign informed consent forms. The researcher collected data from the experimental group who received the continuous labor support program with routine care first before collecting data from the control group to prevent data contamination. For the control group, after collecting data from the women who had completed the personal data questionnaires, the laboring women received care meeting standards from the medical staff and nurses stationed at each department. The researcher monitored the subjects' arrival to give birth. When the subjects entered labor, the mothers of the laboring women stayed with the subjects, provided encouragement and supported the laboring women. The researcher then asked for cooperation for the laboring women to complete the perception of childbirth experience questionnaire at 24 hours postpartum. For the experimental group, after completed the personal data questionnaire, the laboring women received care meeting standards from medical staff and nurses stationed at each department. In addition, the researcher carried out activities to provide knowledge, understanding and skills training according to the continuous labor support program for laboring mothers with the following activities and procedures:

The researcher provided individual instruction for the mothers of laboring women at the antenatal care unit before distributing the "Continuous Labor Support for Mothers of

“Laboring Women” handbooks and VCDs for the subjects to review at home in addition to scheduling appointments with the mothers of laboring women to conduct reviews. The researcher reviewed the content on labor support in four areas and practiced pain relief skills at the Antenatal Care Department. The researcher then took the mothers of laboring women to visit the laboring women in line with the researcher’s teaching plans. After giving birth and at 24 hours postpartum, the researcher requested the laboring women to complete the perception of childbirth experience questionnaire.

Data Analysis

In this study, data were analyzed with a computer program by setting significance at .05 with the following data analysis details:

- 1 . The personal data of the experimental and control groups were analyzed by using descriptive statistics with frequency distribution, percentage, mean and standard deviation.
- 2 . The differences in personal characteristics such as level of education, labor inducement or stimulation were tested between the laboring women in the experimental and control groups. Tests on the level of education and experience in providing companionship for laboring women of the mothers of the laboring women in the experimental and control groups were carried out by using chi-square test. Age, duration of labor of laboring women in the experimental and control groups, as well as the ages of the mothers of laboring women in the experimental and control groups were analyzed by using independent t-test statistics. Gestational age at the childbirth of the mothers of laboring women in the experimental and control groups as well as the childbirth experiences of the mothers of the laboring women in the experimental and control groups were analyzed by using the Mann-Whitney U-test.
3. Basic agreement of ANCOVA statistics and perception of childbirth experience in the first-time laboring women of the experimental and control groups was found to have normal dispersion. Thus, differences in mean perception of childbirth experience scores in first-time mothers were analyzed using ANCOVA statistics.

Research Findings

The personal data of the laboring women participating in the study revealed the laboring women in the control group to be aged 16 – 30 years with a mean age of 20.75 years (S.D. = 4.00). Most of the subjects had high school/vocational certificate levels of education (54.20%). The subjects had gestational ages of 37-40 weeks at the time of childbirth with a mean gestational age of 38.54 weeks (S.D. = .93). The subjects received labor induction (54.20%) and had labor durations of 227 – 1,155 minutes or a mean of 608.33 minutes (S.D. = 376.15). The laboring women in the experimental group were aged 12 – 28 years with a mean age of 20.75 years (S.D. = 38.38). Most of the subjects had high school/vocational certificate levels of education (50%) with a gestational age at the time of childbirth of 37 – 39 weeks and a mean gestational age of 205 – 590 minutes, or a mean of 366.83 minutes (S.D. = 117.39). When the differences in level of education and labor induction were compared between the control group and the experimental group by using chi-square statistics, level of education and labor induction between the control group and the experimental group were found to be no different with statistical significance ($p > .05$).

The differences was compared in personal data between the laboring women in the control and experimental groups on the issues of age and duration of labor by using independent t-test statistics. No differences in age were found in the groups with statistical significance ($p > .05$). The durations of labor for the laboring women in the experimental group were found to be shorter than in the experimental group with statistical significance ($p < .05$). According to dispersion tests, gestational age at the time of childbirth was found to be not normal. Thus, the Mann-Whitney U-test was used in comparisons and found gestational age at the time of childbirth from both groups of subjects to have no differences with statistical significance ($p > .05$).

According to the above analysis, the durations of labor between the control group and the experimental group were different with statistical significance ($p < .05$). Therefore, the correlation analysis between duration of labor and perception of the childbirth experience of first-time laboring women was performed with Pearson Correlation Coefficient. According to the results, duration of labor and perception of childbirth in first-time laboring women to be correlated with statistical significance ($r = -.567$; $p < .05$). Thus, the researcher compared perceptions of childbirth experience in first-time laboring women between the group receiving the continuous labor support program with routine care and the group receiving routine care only

with ANCOVA statistics with duration of labor as the covariate. The test results for the primary assumption preliminary agreement for ANCOVA testing on normality, linearity and homogeneity of regression across groups and the homogeneity of variance revealed the data to support the primary assumption for the statistical analysis.

The findings on the personal data of the mothers of laboring women revealed the mothers of the laboring women in the control group to be aged 40 – 56 years with a mean age of 49.38 years (S.D. = 4.11), high school/vocational certificate level of education (62.5%) and experiences in childbirth 1 – 4 times (Mode = 2, Median = 2). None of the mothers had ever had experience as a companion to a laboring woman. The mothers of the laboring women in the experimental group were aged 36 – 63 years with a mean age of 48.46 years (S.D. = 6.34). Most of the mothers of the laboring women in the experimental group received education at the elementary level and the high school/vocational certificate levels (41.7%) with 1-5 experiences in childbirth (Mode = 2, Median = 2). None of the mothers had ever had experience as a companion to a laboring woman. When the differences in levels of education were compared between the mothers of the laboring women in the control group and the experimental group by using chi-square statistics, the level of education among mothers of laboring women in the control and experimental groups was found to be different with statistical significance ($p < .05$).

The differences in age among the mothers of the laboring women was analyzed by using independent t-test statistics and found the ages of the mothers of laboring women in the control and experimental groups to be no different with statistical significance ($p > .05$). The data on the childbirth experiences of the mothers of the laboring women in both groups were analyzed by using the Mann-Whitney U-test. The childbirth experiences of the mothers of laboring women in both groups were found to be different with statistical significance ($p < .05$).

Hypothesis Testing

The hypothesis for this study stated, “The first-time laboring women from the group receiving the continuous labor support program with routine care will have better perception of childbirth experience than first-time laboring women who received routine care only”.

According to the perception of childbirth experience analysis, the control group was found to have perception of childbirth experience scores within a range of

88 – 158 points with a mean score of 29.54 points (S.D. = 17.96) while the experimental group had perception of childbirth experience scores within a range of 118 – 167 points with a mean score of 150.42 points (S.D. = 13.62). According to the analysis by using ANCOVA statistics when the influence of the covariate variables was controlled (duration of labor), the experimental group was found to have better perception of childbirth experience than the control group with statistical significance ($F_{1,45} = 7.63$, $p < .05$) (Table 1). This indicates that the first-time laboring women in the group receiving the continuous labor support program with routine care had better perception of childbirth experience than the laboring women in the group receiving routine care only. Thus, the findings supported the hypothesis.

Table 1 Comparison of Mean Perception of Childbirth Experience between First-Time Laboring Women in the Control and Experimental Groups by Controlling Duration of Labor Influence Using ANCOVA Statistics (n = 48)

Variation Source	SS	df	MS	F	p
Continuous Labor Support Program	1664.33	1	1664.33	7.63	.004
Duration of Labor	1867.73	1	1867.73	8.56	.005
Variance	9820.06	45	218.22		
Total	16916.98	47			

Discussion of the Findings

According to the findings, the laboring women in the experimental group were found to have a mean perception of childbirth experience score of 150.42 points (S.D. = 13.62) while the laboring women in the control group were found to have a mean perception of childbirth experience score of 129.54 points (S.D. = 17.96). According to the testing with ANCOVA statistics by controlling the influence of duration of labor, the laboring women in the experimental group who received the continuous labor support program with routine care were found to have better perception of childbirth experience than the laboring women in the control group who received routine care only for the following reasons:

In this study, the researcher developed the program based on the labor support concept of Kayne and colleagues (Kayne et al., 2001) and a literature review on the factors influencing perception of the childbirth experience. The program consisted of preparing mothers of laboring women to provide continuous labor support in four areas. The activities in the aforementioned program were in the group of controllable factors influencing good perceptions of the childbirth experience in laboring women (Sukanya Parisanyakun et al., 2013). Continuous labor support can be explained as having influenced perception of the childbirth experience among laboring women because the laboring women expected to have the ability to cope with events and adapt to the situation. The laboring women received continuous support from their mothers who supported them in coping with unknown situations by providing companionship and performing activities to help the laboring women feel happy, relaxed, proud and capable (Leap et al., 2010). Continuous labor support helped the laboring women perceive positive childbirth experiences because the continuous labor support met the needs of the laboring women in terms of physical, emotional, informational and advocacy support (Adams & Bianchi, 2008; Hodnett et al., 2007; Iliadou, 2012; Hodnett et al., 2011; MIDIRS and the NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2003). In addition to helping the laboring women feel they were not alone, having a person to stay as a companion during labor helped the laboring women cope with the situation and receive continual support to meet their needs (Kayne et al., 2001). For support to be continuous and yield good perception of the childbirth experience, laboring women need to have good coaches who have knowledge, understanding and effective care skills to help the laboring women perceive positive childbirth experiences. In this study, the researcher prepared the mothers of the laboring women to provide continuous and effective labor support. The program organized one activity for the mothers of laboring women on a case-by-case basis beginning when laboring women had a gestational age of 36 weeks. The activity included the following: 1) education via video media; 2) skills training on pain relief techniques during labor through demonstration and feedback demonstrations; 3) prenatal review of knowledge and 4) permission for mothers of laboring women to provide support during labor. The instruments for providing continuous labor support were in the form of teaching plans, VCDs and handbooks with labor support components in four areas to support the mothers of laboring women in the experimental group with knowledge, skills and capacity for implementation to effectively support the laboring women. Thus, the women in the experimental group perceived the childbirth experience positively. Positive perceptions of childbirth experience had a psychological influence on positive feelings until the postpartum period. This resulted in good mother and child bonding (Sauls, 2004).

The details of the activities in the continuous labor support program in this study began with building good relationships from the start between the researcher and the laboring women in the experimental group. The researcher provided opportunities for the laboring women to ask questions and express their feelings. The researcher then asked about the needs and possibilities of allowing mothers to provide labor support. When the laboring women and the mothers of laboring women were willing to participate in the program, the researcher made appointments for participation by having the laboring women bring their mothers to meet the researcher in the Antenatal Care Department during the following week. All of the laboring women had a gestational age of 36 weeks. While the mothers of the laboring women were participating in the program, the researcher carried out activities in rooms prepared for providing instruction and skills training for the mothers of the laboring women with a private, quiet and peaceful atmosphere to minimize disturbance from external environments. The researcher provided instruction about continuous labor support for the mothers of the laboring women by using teaching plans, instructional video media and computer media. The researcher used all three types of educational media based on the concept of Edgar Dell consisting of techniques and methods, hardware and software to increase learning efficiency. This helped the mothers of the laboring women understand the contents more easily and retain their memory of the content longer. This was accompanied by using the 3 domains of Bloom's learning theory such as in Cognitive domain by promoted the mothers of laboring women to achieve the 3 levels of learning: 1) teaching to acquire knowledge; 2) teaching for comprehension; and 3) teaching for application. For the Effective domain, the researcher prepare suitable environment for learning such as quietly private room to decrease troublesomeness. Including, explanation of the value of supporting laboring women to gain a good labor outcomes would create self-esteem among the mothers and perceived as a significant person of their laboring daughter. These would make them to behave in learning such as perceived with intention, respond by participating, and valuing their performance. For the Psychomotor domain, the researcher created demonstration activities, which learning was achieved by observation. This was accompanied by demonstration sets, which were a process for creating learning by demonstrating for students to observe, ask questions and summarize learning (Tissana, 2014), causing more interaction between students and educators (Preeda Taleb, 2010; Ampon Jairak, 2007). Then the researcher had the mothers of laboring women perform return demonstrations in pain relieve techniques such as effleurage, massage, activities, and positioning. These process made the mothers of laboring women performed by imitation, manipulation, precision, articulation, and naturalization. The aforementioned individual instruction process was

aimed at helping the mothers of laboring women in the experimental group gain accurate knowledge, understanding and skills in performing continuous labor support activities in all four areas, because the researcher was aware of interpersonal differences with potential effects on the learning ability of the mothers of the laboring women. Furthermore, individual instruction enabled the researcher to assess the knowledge, understanding and skills of the mothers of laboring women concerning all of the contents in addition to enabling the researcher to modify the teaching methods (asking and answering questions, showing examples, performing feedback demonstrations and summarizing each topic) to be consistent with the learning ability of each mother of the laboring women. The researcher also distributed the CDs and handbooks for the mothers of the laboring women to take back and review at home. This provided opportunities for the mothers of the laboring women in the experimental group to review. Moreover, the researcher organized review activities for the mothers of the laboring women in the experimental group again after providing instruction for the first time in one week. This activity was aimed at determining whether or not the mothers of the laboring women had knowledge and understanding about the lesson content and to build awareness on issues about which mothers of laboring women were uncertain. Therefore, the reviews provided additional knowledge and gave the mothers of laboring women clear and understanding in the same direction. In addition, the mothers of the laboring women were taken to visit the labor room for a view of the real situation. Thus, the aforementioned activities in the continuous labor support program promoted readiness and confidence in implementing knowledge, understanding and skills to effectively care for laboring women in real situations (Tissana Kaemmanee, 2011; Murray et al., 2002). The preparations for the labor coaches of the laboring women or the mothers of the laboring women in this study were obviously important in helping the laboring women perceive good childbirth experiences. Similarly, the findings of this study revealed the first-time laboring women in the experimental group to have better mean perceptions of childbirth experience than those in the control group. This was consistent with research findings revealing that continuous labor support caused the laboring women to be coached by people who were prepared to provide labor support, encourage laboring women and meet needs continuously. Labor support also helped motivate the laboring women to perform pain-relief activities (Jatuporn Tantanokit, 2006; Pantip Chomkuntod and colleagues, 2012; Nawaporn Mamak, 2007; Boontawee Suntomlinsiri and colleagues, 2010; Plempit Promrak, 2004; Wiparat Sodsong, 2005). Thus, the first-time laboring women had better mean perception of childbirth experience scores than those in the control group. In conclusion, the

findings of this study showed that the continuous labor support program affected perceptions of childbirth experience in first-time laboring women in line with the hypothesis.

Research Limitations

1. This study used purposive sampling based on set inclusion criteria to control the potential influence of extraneous variables on the study. In addition, the subjects lived in Chonburi. Therefore, the findings may have limitations in referencing populations with different characteristics from the samples in this study.

2. This study did not evaluate supportive behaviors of the mothers of laboring women in delivery room, then it's not guarantee that they would performed supportive behaviors continuously as in the program.

Recommendations for Implementation of the Findings

The findings of this study helped healthcare team personnel perceive and understand holistic obstetric nursing, including promotion of family participation, mothers of laboring women in particular and continuous labor support for laboring women. Thus, it should be recommended to use the continuous labor support program by the mothers of laboring women in caring during delivery period to promote positive perception of childbirth experience among laboring women.

Nursing Research

According to the findings, laboring women who received the continuous labor support with routine care were found to have perceived positive childbirth experiences. Therefore, the developed program should be continuously used in the service system with an emphasis on family participation in preparing care for laboring women from pregnancy and providing labor support for laboring women.

Nursing Education

According to the findings of this study, the participation of the mothers of laboring women who provided continuous support were of obvious benefit to laboring women and their families. Therefore, the aforementioned activities should be included as part of nursing education

with emphasis on student learning and awareness of the importance of allowing mothers of laboring women to participate as coaches in providing labor support.

Nursing Research

1. Studies should be conducted on the factors related to the personal information of labor coaches with potential effects on learning, implementing knowledge to perform activities and ability to cope with real situations, all of which may influence efforts to provide continuous support for laboring women with potential effects on perception of childbirth experience in laboring women.
2. In the future, studies should be conducted on the effects of the continuous labor support program on perception of childbirth experience in other groups of laboring women.
3. Continuous labor support programs should be developed with relation to participation by laboring women and mothers of laboring women to learn activities in the program and practice skills together rather than using models.
4. Evaluation of supportive behaviors among the mothers of laboring women should be perform in the further research.

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือ การมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด. นนทบุรี.*
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). *หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.*
- คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เรื่อง ให้จัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย พ.ศ.2559 (25599, 15 มิถุนายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 133 ตอนพิเศษ 136 ง. หน้า 11-12.
- จตุพร ดันตโนกิจ. (2549). *ผลของโปรแกรมการเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และผู้สนับสนุนการคลอด ต่อระดับความปวด พฤติกรรมการเผชิญความปวดระยะเวลาการคลอด และประสบการณ์การคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติยา ชงศิตา, โสมภัทร ศรีไชย และวิชัย อึ้งพินิจพงศ์. (2552). *ผลของการนวดไทยโดยสามีต่อการลดอาการปวดหลังและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสขณะตั้งครรภ์*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 32(2), 34-44.
- ณัฐจิรา วินิจจัย, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, และวรรณ พาทูวัฒนกร. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลใน ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28(4), 44-54.
- ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยสีวามงคล. (2554). *ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การสูบน้ำท้องและการนวดก้นกบ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.
- คารุณี จันทาไชย, กรียากร ชิวะโต, และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว. (2556). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครั้งแรก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร*. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28(1), 100-110.

- ทิวากร ชำนิกุล และพัศตร์วิไล ศรีแสง. (2553). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(1), 33-42.
- ทิตนา แคมมณี. (2554). *ศาสตร์การสอน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพพร มามาก. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ฅชภัคดี. (2540). ประสบการณ์การคลอดครั้งแรก. *นิตยสารลูกรัก*, 15(177), 156-159.
- นิภาวรรณ มณีโชติวงศ์, ปราณี ชีโรโสภณ และ สมจิตร เมืองพล. (2555). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 10-18.
- บัณฑูร ลวรัตนกร. (2555). อายุมารดากับผลการคลอดของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 11(1), 1-9.
- บุญทวี สุนทรลัมศิริ, ศรีสมร ภูมนสกุล, และอรพินธ์ เจริญผล. (2553). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- ประสงค์ ดันมหาสมุทร. (2553). *สูติรีเวชทันยุค*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปรีดา ตะเหลบ. (2554). การพัฒนาการสอนบรรยายแบบสาธิตเชิงปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการเทอร์โมไดนามิกส์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสอนฟิสิกส์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณทิพย์ โชมขุนทด, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2557). ผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาของการคลอดและการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 41(1), 13-24.
- พวงน้อย สารรัตนกุลและจันทิมาชนบดี. (2550). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- พิศมัย อรทัย และศรีสมร ภูมนสกุล. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power = Power analysis and sample size estimation using G* Power program*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- เพลินพิศ พรหมรักษ์. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความปวดในระกลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ต่อพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรวดี เพชรสิริสัมพันธ์. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 16(1), 54-69.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2551). *นวดกดจุดฝ่าเท้าที่ถูกหลักทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ไทยลดา.
- วิณะชัย อนุตรสกุล. (2557). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.takingcarehealth.com/สุขภาพแบบองค์รวม/> วันที่ 9 กรกฎาคม 2558
- วาสนา แหวนหล่อ. (2540). ผลของการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาารัตน์ สอดส่อง. (2548). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 291-300.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 24.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2551). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัลลายด์เพรส.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, ฉบับพิเศษ 2, 67-82.
- สมพิศ ดุษดี และชมพูนุช โสภากาวิชัย. (2551). ผลของการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(1), 14-25
- สมลัญจน์ เพ็ชรชัย. (2552). การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์. *เวชบันทึกศิริราช*, 2(1), 21-30.

- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา. (2556). ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 23-31.
- สุกัญญา ปริสฺณกุล, จวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี, *พยาบาลสาร*, 40, 84-93.
- สุปราณี อัทธเสรี และ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุสาคี ศุภรพันธ์. (2548). การพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด. ขอนแก่น: คลังนานา.
- อำพล ใจรักษ์. (2550). การสอนบรรยายประกอบการสาธิตเชิง ปฏิสัมพันธ์ในเรื่องแรงและการเคลื่อนที่ สำหรับการสอนในระดับมัธยมปลาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
- Baker, S. R. Choi. P. Y. L., Hinshaw, C. A., & Tree. J. (2005). Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*, 15, 315-342.
- Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. & Krathwohl, D.R. (1962). *Taxonomy of educational objectives : Handbook I : Cognitive domain*. New York : David McKay.
- Borjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594.

- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J., Cecatti, J. G., & Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4, 5. <http://doi.org/10.1186/1742-4755-4-5>
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of woman's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 24-34.
- Caffrey, A. (2013). How important is continuous support for women in labour? An overview of evidence. *NCT's Journal on Preparing Parents for Birth and Early Parenthood*, 18-20.
- Charlton, J. E. (2005). *Pain in pregnancy and labor. Core curriculum for professional education in pain* (3rd ed.). (pp. 1-5). Retrieved from <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC>.
- Chunuan, S., Kala, S., & Kochapakdee, W. (2004). Childbirth policy in Thailand: Is it a time to change? *Songklanagarind Medical Journal*, 22(4), 263-273.
- Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Thitimapong, S., Nangham, S., & Ongpalanupat, F. (2009). Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a province hospital in songkhla province. Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(1), 16-27.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap III, L. C., & Wenstrom, K. D. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Cunningham JP, Gilja V, Ryu SI, Shenoy KV (2009) Methods for estimating neural firing rates and their application to brain-machine interfaces. *Neural Networks*, 22, 1235-1246.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2008). Processes and stage of labor and birth. In M.R., Davidson, M.L., London, & Ladewig, P.A.W. (Eds.). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (8th ed., pp. 576-601). Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: Integrating mind, body and behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48, 15-23.

- D'Arcy YM. (2007) . *Pain management evidence-based tools and techniques for nursing professionals*. United States of America: HC ProInc
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed.). Oxford University Press, Oxford.
- Essex, H. N., & Pickett, K. E. (2008). Mothers without companionship during childbirth: An analysis within the millennium cohort study. *Birth*, 35(4), 266-276.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 41(4), 1149-1160.
- Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990) . Expectation, experiences, and psychological outcome of childbirth: A prospective study of 825 woman. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Gupta, S., Kumar, G. S. A., & Singhal, H. (2006). Acute pain-labour analgesia. *Indian Journal of Anaesthesia*, 50(5), 363-369.
- Helms, J. E. & Barone, C. P. (2008) . Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*, 28(6), 38-50.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review (Online)*, (3): CD003766. Retrieved May 10, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917986>.
- Hodnett, E., Downe, S., Edwards, N., & Walsh, D. (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review (Online)*, (3): CD003766. Retrieved May 10, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636733>.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2009). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, 1. The Cochrane Collaboration. Published: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2

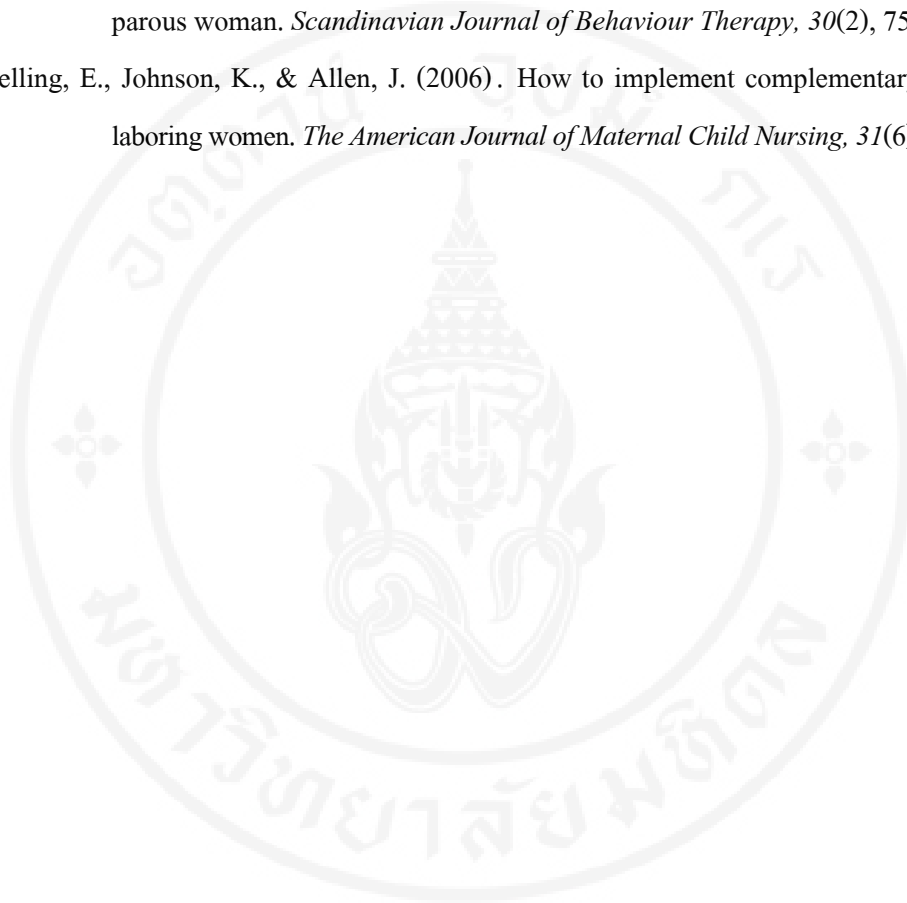
- Hughes, D. (2013). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Good practice points. (5th ed.). November 2012, Royal College of Midwives.
- Midwifery Matters*, 21(136), 21-27.
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Kayne, M. A., 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.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10, 263-270.
- Latifses V., Bendell D., Estroff T., Field T., & Bush J. (2005). Fathers massaging and relaxing their pregnant wives lowered anxiety and facilitated marital adjustment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 9, 277-82.
- Lavender, T., Walkinshaw, H., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(3), 234-242.
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: The impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 190.
- Leslie, M. S., Storton, S. (2007). The coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 1: Offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care. *Journal of Perinatal Education*, 16 (Suppl. 1), 10-19.
- Levine, R., Oandasan, A.P., Primeau, L.A., & Berenson, A.B. (2003). Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *American Journal of perinatology*, 20(5), 239-248.
- Low, L. K., Martin, K., Sampsel, C., Guthrie, B., & Oakley, D. (2003). Adolescents' experiences of childbirth: Contrasts with adults. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(3), 192-198.

- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006) . *Maternity nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16-24.
- 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.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979) . Comparison of primipara's perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 26--266.
- Mbye, M., Tsay, S.-L., Kao, C.-H., & Lin, K.-C. (2011). Perceptions of midwife support during labour and delivery in Gambia. *African Journal of Midwifery & Women's Health*, 5(2), 59-66.
- Mercer, R.T. (1985). Relationship of the birth experience to the late mothering behavior. *Journal Nurse Midwifery*, 30, 204-211.
- Mercer, R. T. (1986) . *First-time motherhood: Experience from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994) . Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43, 344-351.
- MIDIRS and the NHS Centre for Reviews and Dissemination. (2003). *Support in labour: Informed choice for professionals leaflet*. Bristol: MIDIRS.
- Morhason-Bello, I.O., Adedokun, B.O., Ojengbede, O.A., Olayemi, O., Oladokun, A., & Fabamwo, A.O. (2009). Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal Obstetrics and Gynaecology*, 49(2), 145-150.
- Murtagh, M., & Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22(2), 105-110.
- Nichols, T. (1992). Different forms of child labour. *Work, empowerment and society*, 6(1), 135-146.
- Nichols, F. H., & Gennaro, S. (2000). *The childbirth experience*, in F. H. Nichols & S. S .Humenick (Eds.), *Childbirth education: Practice, researchand theory* (2nd ed.). (pp.66-83). Philadelphia: W. B. Saunders

- Ntombana, R., Sindiwe, J., & Ntombodidi, T. (2014). Opinions of labouring women about companionship in labour wards. *African Journal of Midwifery & Women's Health*, 8(3), 123-127.
- Nystedt, A., Hogberg, U., Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: A case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586.
- Orshan, S. A. (2008). *Maternity, Newborn, and Woman's health Nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Perry, S. E. (2006). *Maternal child nursing care*. (3rd ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Priel, B., Gonik, N., & Rabinowitz, B. (1993). Appraisals of childbirth experience and newborn characteristics: The role of hardness and affect. *Journal of personality*, 61(3), 299-315.
- Reeder, S. R., Martin, L. L., & Konia, K.D. (1992). *Maternity nursing: Family newborn and women's health care* (17th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ricci, S. S. (2007). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ross-Davie, M., & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: What do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery*, 12(2), 52-58.
- Sauls, D. J. (2004). Adolescents' perception of support during labor. *Journal of Perinatal Education*, 13(4), 36-42.
- Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39(6), 703-712.
- Scott, K. D., Berkowitz, G., & Klaus, M. (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and*, 180(5), 105-1059.
- Senanayake, H. M., Somawardana, U. A. B. P., & Samarasinghe, M. (2013). Effect of a female labour companion and of educating her regarding support during labour on perinatal and labour outcomes. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(4), 112-115.
- Simkin P. (1991). *Non-pharmacological methods of pain relief during labour*. In I. Chalmers, M. Enkin, M. Keirse. editors. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 893-912.

- Simkin P., & Frederick E., (2000). *Labour support*. In F. H. Nichols, S. S. Humenick, editors. Childbirth education: Practice, research, and theory. Philadelphia: W.B. Saunders, 307-341.
- Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A guide for busy nurses. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Taylor, J. S. (2002). Caregiver support for women during childbirth: Does the presence of a labor support person affect maternal-child outcomes? *American Family Physician*, 66(7), 1205-1206.
- Teshome, M., Abdella, A., & Kumbi, S. (2007). Parturients' need of continuous labor support in labor wards. *Ethiopian Journal of Health Development*, 21(1). 35-39.
- Tiran D. (1996). Complementary therapies in maternity care: Personal reflections on the last decade. *Complementary therapies in clinical practice*, 11, 48-50.
- Tuntanokij, J. (2006). The effects of childbirth training program for pregnant women and supporters on pain level, pain coping behaviors, laboring period and childbirth experience. Unpublished Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 37, 17-27.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
- Wang, M., Tsai, P., Lee, P., Chang, W., & Yang, C. (2008). The efficacy of reflexology: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 512-520.
- Wee, M. (2005). How painful is labour? *Women's Health Medicine*, 2(4), 15-16.

- Yuenyong, S., O'Brien, B., & Jirapeet, V. (2012). Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), 45-56.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous woman. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.
- Zwelling, E., Johnson, K., & Allen, J. (2006). How to implement complementary therapies for laboring women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(6), 364-370.





ภาคผนวก ก

การคำนวณค่า Effect size เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยที่ใช้อ้างอิง (วาสนา แหวนหล่อ, 2540)

ผลของการเตรียมมารดาเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และ
สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุม

การรับรู้ประสบการณ์ การคลอด	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		t
		Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	24	133.54	2.93	.001***
กลุ่มควบคุม	24	103.12	7.94	

***p< .001

$$\begin{aligned} \text{สูตรการหาค่า Pooled variance } 1 &= \frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{(n_1-1) + (n_2-2)} \\ &= \frac{(24-1)(2.93)^2 + (24-1)(7.94)^2}{(24-1) + (24-2)} \end{aligned}$$

$$= \frac{1647.46}{45}$$

$$= 36.61$$

$$\begin{aligned} \text{สูตรการหาค่า Effect size} &= \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \\ &= \frac{133.54 - 103.12}{36.61} \end{aligned}$$

$$= 0.83$$

งานวิจัยที่ใช้อ้างอิง (เพลินพิศ พรหมรักษ์, 2547)

ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานโดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด ต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		t
		Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	30	155.60	4.69	-10.77***
กลุ่มควบคุม	30	109.97	10.62	

***p< .001

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรการหาค่า Pooled variance } 2 &= \frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{(n_1-1) + (n_2-2)} \\
 &= \frac{(30-1)(4.69)^2 + (30-1)(10.62)^2}{(30-1) + (30-2)} \\
 &= \frac{3908.63}{57} \\
 &= 68.57
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{สูตรการหาค่า Effect size } \overline{d} &= \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \\
 &= \frac{155.60 - 109.97}{68.57} \\
 &= 0.67 \\
 &= \frac{\sum N_i}{N} \\
 &= \frac{(.83)(48) + (.67)(60)}{48+60} \\
 &= \frac{79.81}{108} \\
 &= .74
 \end{aligned}$$

ผลการประมาณค่าขนาดตัวอย่าง

ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ขนาดตัวอย่างรวมทั้ง 2 กลุ่ม เท่ากับ 48 คน
ค่า Actual power = 0.81 ซึ่งใกล้เคียงกับค่า power ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ (0.80)



ภาคผนวก ข

แผนการสอน เรื่อง “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด”

แผนการสอน

เรื่อง การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

มารดาของผู้คลอด

แผนกฟากครรกร์โรงพยาบาลบางละมุง

1 ชั่วโมง

เรื่อง

ผู้เรียน

สถานที่สอน

เวลาที่สอน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อจบการเรียนการสอนมารดาของผู้คลอด

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนผู้คลอด และศึกษากะเกี่ยวกับการนอนคลายความปวด ได้แก่ การหายใจเพื่อคลายความปวด การสูบน้ำเพื่อ การนวด การเคลื่อนไหว และการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด
2. สามารถนำความรู้และทักษะการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดไปใช้ปฏิบัติในระยะคลอดที่เป็นสถานการณ์จริงได้

ผู้สอน

นางสาวกิตินิ ไชโยม นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศุภครรกร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	<u>ขั้นนำ</u> เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี โดยเฉพาะการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งเป็นหนึ่งในผลลัพธ์การคลอดที่ผู้คลอดปรารถนาให้เกิดในทางบวก การเตรียมความพร้อมให้มารดาของผู้คลอดเพื่อสร้างความรู้และทักษะการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มารดาของผู้คลอดเกิดความเข้าใจ และความมั่นใจในการช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้ดี	3 นาที	- กล่าวทักทาย มารดาของผู้คลอดแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียน นำเข้าสู่การสอน	- รับฟังบรรยาย	- PowerPoint สไลด์ที่ 1 หัวข้อ การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด	

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้อ่าน	ขั้นสอน การสนับสนุนในระยะคลออด หมายถึง การที่มีบุคคลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลออดตลอดระยะเวลาการคลออดเพื่อสนับสนุนให้ผู้คลออดเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งการสนับสนุนการคลออดที่ครบองค์ประกอบจะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลออดที่ดีและผู้คลออดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวก ซึ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลออดมี 4 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance /physical support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลออดเกิดความสุขสบาย และส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลออด ได้แก่ - การเช็ดหน้า - การจับแขน - การสนับสนุนให้บ้านปาก	2 นาที	- บรรยาย	- รับฟังบรรยาย	- สไลด์ที่ 2 ภาพผู้คลออดและมารดาของผู้คลออด	- สังเกตความสนใจ
1. มารดาของผู้คลออดสามารถบอกการสนับสนุนด้านร่างกาย และสำคัญของการนอนหลับ และการเคลื่อนไหวและการจัดท่าที่ส่งเสริม	1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (tangible assistance /physical support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลออดเกิดความสุขสบาย และส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลออด ได้แก่ - การเช็ดหน้า - การจับแขน - การสนับสนุนให้บ้านปาก	2 นาที	- บรรยายการสนับสนุนด้านร่างกาย	- รับฟังการบรรยาย	- สไลด์ที่ 3-6 ภาพการสนับสนุนด้านร่างกาย	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
การคลออดได้ถูกต้อง	- การเปลี่ยนผ่านเมื่อมีการเปลี่ยนจากมุมเลือก หรือน้ำคร่ำ - การนวด ประโยชน์ของการนวด คือ ทำให้ผู้คลอดเกิดความผ่อนคลาย เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ผู้คลอดจะรู้สึกสบายมากขึ้น การนวดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ เพราะหากทรมานวิธีที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี	1 นาที	- บรรยายเป้าหมาย ความสำคัญและประโยชน์ของการนวด	- รับฟังการบรรยาย	- สไลด์ที่ 7 แสดงภาพผู้คลอดที่มีความสุขสบายขณะได้รับการนวด และตัวหนังสือประโยชน์ของการนวด	ร่างกายได้ถูกต้องครบถ้วน - สังเกตความสนใจของมารดาผู้คลอด
	การเตรียมตัวผู้คลอด (มารดาของผู้คลอด) 1. ควรบริหารแขน ข้อมือ ฝ่ามือ และนิ้วมือ เพื่อให้แขนมีกำลัง และประสิทธิภาพในการลงน้ำหนักที่ดี เช่น การหมุนแขน เหยียดแขน เกร็งแขนเหมือนยกของหนัก หรืออาจบีบขนาดกล้ามเนื้อ สะบัดข้อมือ ประคบมือบีบกันเอง บีบฝ่าแขน หรือขยับนิ้วโป้งกับขอบโต๊ะ	2 นาที	- บรรยายและเปิดวิดีโอสาธิตการเตรียมตัวก่อนนวด - ตอบข้อซักถาม	- รับฟังการบรรยาย และชนวิดีโอ - ซักถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 8 วิดีโอแสดงการเตรียมตัวผู้คลอด	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - บอกรีวิว

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
3. มารดาของผู้คลอด สามารถบอกวิธีการ ขนาด และอธิบายการปฏิบัติแต่ละวิธีได้	2. ดัดเล็บ และ ไม่สวมแหวน การขนาดหลัง หรือการขนาดส่วนต่างๆ ทางด้านหลัง ท่านั่ง 1. ผู้คลอดนั่งคุกเข่า โนมตัวไปข้างหน้า ชบหน้า กับหมอนแยกเข่าออกจากกัน ปลายเท้าชี้เข้ากัน หรือนั่งคร่อมเก้าอี้หันหน้าชบบนพนักพิง มารดาของผู้คลอดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังในท่าหลังตรง 2. มารดาของผู้คลอดวางฝ่ามือทาบบริเวณส่วนปลายของกระดูกสันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกที่กบมากที่สุด แล้วใช้แรงจากฝ่ามือกดเคลื่อนสลับซ้ายและขวาเบาๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัวกดจากก้นกบไปตามแนวข้างกระดูกสันหลัง จนถึงส่วนบนบริเวณก้นเนื้อสะบักและไหล่ หรือใช้ฝ่ามือลูบขึ้นลงไปตามแนวเดิม แต่การลูบต้องให้น้ำหนัก หรือใช้นิ้วกดลึก หรือกดคลึงตามแนวเดิม	10 นาที	- บรรยายและเปิดวิดีโอวิธีการขนาด - ให้มารดาผู้คลอดมีส่วนร่วมในการบอกและสาธิต - ย้อนกลับวิธีการขนาดแต่ละวิธี - ตอบข้อซักถาม	- รับฟังการบรรยาย และชมวิดีโอวิธีการขนาด - มีส่วนร่วมในการบอกและสาธิต - ย้อนกลับวิธีการขนาดในแต่ละวิธี - ตอบข้อซักถาม	- สไลด์ที่ 9-17 ภาพและวิดีโอ แสดงวิธีการขนาดต่างๆ - ตัวแทนผู้คลอดในการสาธิตย้อนกลับ	- เตรียมตัวก่อนขนาดได้ - สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - บอกวิธีการขนาดได้ - สาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	ท่านอนตะแคง ให้ผู้คลอคนอนตะแคง ใช้หมอนสอดระหว่างขา ให้ผู้คลอองขาเล็กน้อย มีวิธีดังนี้ วิธีที่ 1 การนอนจากสะโพก ใช้ฝ่ามือนอนจากสะโพกไปถึงไหล่ ให้ฝ่ามืออยู่ข้างแนวกระดูกสันหลัง นวดไปตามแนวขาของลำตัว จนถึงสะบักหรือไหล่ หรือใช้นวดคลึงไปตามแนวเดิม ถ้าผู้คลอชอบการนวดแบบลงน้ำหนักมากให้ใช้การนวดแบบกดลึก โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงไปตรงๆ นึ่งๆ นานประมาณ 10 วินาที จึงย้ายตำแหน่งให้ทั่วบริเวณตามแนวเดิมทำอีกข้างหนึ่งเมื่อผู้คลอพลิกตะแคงเปลี่ยนท่า วิธีที่ 2 การนวดรอบก้นกบ มารดาของผู้คลอใช้สันมือขนาดเล็กๆ เป็นวงกลม ขณะที่มีมดลูกของผู้คลออดมีการบีบตัวให้แน่นก้นที่มีความคงที่ และหยุดนิ้วในช่องมดลูกคลายตัว					

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	วิธีที่ 3 การนวดเป็นรูปเลขแปด มารดาของผู้คลอดกำมือแล้ววางสันมือบริเวณหลังส่วนล่างสุดของผู้คลอด กดน้ำหนักมือลงเป็นแนวรูปเลขแปด การนวดขาส่วนบน น่อง และเท้า 1. ให้ผู้คลอดนั่งแยกขา ส่วนมารดาของผู้คลอดนั่งคุกเข่าตรงหน้า ใช้ฝ่ามือ 2 ข้างกดนวดสลับมือจากเข่า มายังต้นเข่าด้านในถึงขาหนีบทำซ้ำเป็นจังหวะให้สอดคล้องกับจังหวะการหายใจ 2. ให้ผู้คลอดวางเท้าข้างหนึ่งบนต้นขาของมารดา แล้วให้มารดาผู้คลอดใช้มือขนาดคืบหลังเท้า ข้างเท้า และข้อเท้าเบาๆ หากมีอาการตะคริวให้ผู้คลอดวางเท้าที่เป็นตะคริวบนต้นขาของมารดา แล้วให้มารดาคดบริเวณหัวเข่าลงพร้อมกับพลิกปลายเท้าเข้าหาตัวผู้คลอด					

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
4.มารดาของผู้คลอดสามารถบอกการจัดทำและอธิบายวิธีการจัดทำในแต่ละระยะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	- การเคลื่อนไหวนและจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด การเคลื่อนไหวน ทำต่างๆ ของผู้คลอดขณะรอคลอดต้องอยู่ในท่าที่ทำให้สุขสบาย ผู้คลอดจะรู้ด้วยตนเองว่าทำได้ที่ทำให้ให้อ่อนคลายความเจ็บปวดได้มากที่สุด แต่ไม่ว่าจะอยู่ในท่าใดจะมีหลักการดังนี้ - ผู้คลอดต้องได้รับการโอบอุ้ม หรือพยุงอย่างเต็มที่ จากมารดาผู้คลอด หรือมีอุปกรณ์อื่นๆ ที่ช่วยพยุง - หากผู้คลอดอยู่ในท่านั้น ควรอง่าเล็กน้อย เท้าทั้ง 2 ข้างต้องยื่นแยกจากกันเพื่อให้อยู่ในท่าที่มั่นคง - ต้องมีการฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้คลอดและมารดาของผู้คลอดและสามารถนำมาใช้ได้เมื่อเข้าสู่ระยะของการคลอด - ผู้คลอดสามารถเลือกใช้ท่าใดก็ได้ที่ตนเองชอบและถนัด โดยมารดาของผู้คลอดจะให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนท่า และไม่ควรอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานเกิน 1 ชั่วโมง เพราะจะทำให้ร่างกายเมื่อยล้า จึงต้องมีการเปลี่ยนท่าอย่างบ่อย	10 นาที	- บรรยายการจัดท่าต่างๆ ในแต่ละระยะของการคลอด - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	- รับฟังการบรรยาย วิธีการเคลื่อนไหวนและการจัดท่าที่ส่งเสริมการคลอด - มีส่วนร่วมในการบอกและสาธิต ขั้นตอนวิธีการเคลื่อนไหวนและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด - ซักถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 19-20 ประโยชน์และหลักการของการเคลื่อนไหวนและการจัดทำส่งเสริมการคลอด - สไลด์ที่ 21-32 ภาพแสดงการจัดท่าและการเคลื่อนไหวนต่างๆ ในแต่ละระยะของการคลอด	- สังเกตความสนใจของมารดาของผู้คลอดการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - มารดาของผู้คลอดสามารถอธิบายการจัดท่าในแต่ละระยะได้ - ได้ถูกต้อง 80%

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาท)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	ทุก 30-60 นาที - เมื่อผู้นำคร่ำแตกแล้วกิจกรรมจะ จำกัดเฉพาะคนเดียวเท่านั้น วิธีปฏิบัติ การเคลื่อนไหวกและทำที่ส่งเสริมการคลอมีหลาย ทำให้อีกคือ 1. ทำเดิน มารดาของผู้คลอประคองให้ผู้คลอ เดินหลังตรงและค่อยๆเคลื่อนไหวกอย่างช้าๆ 2. ทำยืน มารดาของผู้คลอช่วยเหลือผู้คลอโน้ม ตัวไปข้างหน้า ห่างจากผนังประมาณ 1 ฟุต แยก ปลายเท้าออกจากกันเล็กน้อย หรือเท้าอีกข้างหนึ่ง อยู่ด้านหน้า ชบหน้าบนแขนที่วางตามผนัง 3. ทำนั่งเก้าอี้ มารดาของผู้คลอช่วยเหลือให้ ผู้คลอนั่งบนเก้าอี้อิงผนังหรือ ไม่ก็ได้ ทำวง รากับพื้น หรือนั่งรวมเก้าอี้หันหน้าเข้าหาผนัง เก้าอี้ ชบหน้าบนแขนที่วางตามผนังเก้าอี้ หรือ นั่งบนเตียงฟูบนนอนโต๊ะคร่อมเตียง ในกรณีที่สูง น้ำคร่ำแตกแล้ว ห้ามผู้คลอดลุกเดิน ให้อยู่เฉพาะ บนเตียงเท่านั้น					

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	4. ทำนึ่งของ ให้ผู้ตลอดวางเท้าราบกับพื้น แยกเท้า 2 ข้าง ออกจากกัน 5. ทำนึ่งคุกเข่า ให้ผู้ตลอดนั่งคุกเข่าบนพื้น โนมตัวไปข้างหน้า ชบหน้าลงบนเตียงที่มีหมอนรอง หรือนั่งคุกเข่าบนเตียง ในกรณีที่ถูกน้ำคร่ำแตกแล้ว เพราะจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่เฉพาะบนเตียงเท่านั้น 6. ทำคลาน ให้ผู้ตลอด ไข่มื้อ และเข่าทั้งสองข้าง ชันบนพื้น ทำนี้จะช่วยให้ส่วนท้องไม่กดบริเวณหลังและทวารหนัก 7. ทำนอนคุกเข่า ให้ผู้ตลอดคุกเข่าบนเตียง โนมตัวไปข้างหน้าชบหน้า และหน้าอกลงบนหมอน 8. ทำนอนศีรษะสูง (ทำกึ่งนั่ง) ให้ผู้ตลอดนอนบนเตียงที่ศีรษะสูงทำมุมประมาณ 45 องศา กับพื้น 9. ทำนอนตะแคงซ้าย ให้ผู้ตลอดนอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำบนเตียงมีหมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้าง					

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
5. มารดาของผู้คลอดสามารถบอกการสนับสนุนด้านอารมณ์ และสัทธิชยอนกลับการหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดและการลูบหน้าท้องได้ถูกต้อง	2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ความกลัว ได้แก่ - การอยู่เป็นเพื่อน - ให้กำลังใจ - กล่าวชมเชย - สัมผัสมือ - การการจัดสิ่งแวดล้อม โดยการจัดห้องให้ไม่มืดแสงสว่างมากเกินไป เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว มีการระบายอากาศระบายที่ติดกลิ่นรบกวน และจัดไม่ให้มีเสียงรบกวน	2 นาที	- บรรยายการสนับสนุนด้านอารมณ์ - เปิดโอกาสให้ผู้คลอดมารดาของผู้คลอดซักถาม - ตอบข้อสงสัย	- รับฟังการบรรยาย - ถามข้อสงสัย	- สไลด์ 33-35 - ภาพการสนับสนุนด้านอารมณ์	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - มารดาผู้คลอดบอกการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้ถูกต้อง
6. มารดาของผู้คลอดสามารถบอกวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดและอธิบายวิธีการปฏิบัติการหายใจได้	- การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เทคนิคในการหายใจในระลอกคลอดนั้น ต้องอาศัยการฝึกให้เคยชิน เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องตัวระหว่างเจ็บครรภ์ การมุ่งความสนใจสู่จังหวะการหายใจทำให้เกิดความกลมกลืน เกิดความรู้สึกที่ป็นหนึ่งเดียวกับภาวะที่มีอยู่ภายในตนเองในขณะนั้น และ	10 นาที	- บรรยายและเปิดวิดีโอสาธิตวิธีการหายใจในแต่ละระยะของการคลอด - ให้มารดาของผู้คลอดบอกวิธีการหายใจในแต่ละ	- รับฟังการบรรยายและทวนวิดีโอสาธิต - บอกวิธีการหายใจในแต่ละระยะของการคลอดและสาธิต - ขอนกลับเกี่ยวกับวิธีการหายใจในแต่ละ	- สไลด์ที่ 36 - ประโยชน์ของการหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด - สไลด์ที่ 37-40 - ภาพและวิดีโอ	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - บอกถึงวิธีการ

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	นอกจากนี้การฝึกหายใจร่วมกับผู้ฝึกจะทำให้ทั้ง 2 ฝ่ายเกิดความสงบและรู้สึกผ่อนคลายร่วมกัน ประโยชน์ 1. ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด 2. ทำให้ผู้คลออดและทารกได้รับออกซิเจน 3. ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เทคนิคการหายใจ ประกอบด้วยการหายใจ ดังนี้ การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดระยะเจ็บครรภ์ ท่า <u>วิธีปฏิบัติ</u>การช่วยเหลือโดยมารดาของผู้คลออด 1. ให้ผู้คลออดนอนหรือนั่งในท่าที่สบายก่อนคลายเต็มที่ 2. เมื่อหมดลูกเริ่มหดรัดตัวใช้มือข้างหนึ่งวางบริเวณยอดมดลูก แล้วพูดกับผู้คลออดว่า “มดลูกหดรัดตัว” 3. ให้ผู้คลออดหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกทางจมูก 4. ให้ผู้คลออดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆลึกๆ พร้อมนับ		ระยะของการคลออดและสารพัดย้อนกลับ - ตอบข้อสงสัย	กิจกรรมของผู้เรียน ระยะของการคลออด - ถอนข้อสงสัย	แสดงวิธีการหายใจในระยะต่างๆ	หายใจได้ถูกต้อง - สกปรกย้อนกลับ วิธีการหายใจแต่ละระยะได้ถูกต้อง

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	จังหวะ 1-2-3-4 ในใจ แล้วหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเพียงเล็กน้อยนับจังหวะ 1-2-3-4 ทำเช่นนี้จนครบ 1 นาที ซึ่งจะหายใจได้ประมาณ 6-9 ครั้งพอดีกับลมดูดกลืนหายใจ มารดาของผู้คลอดพูดว่า “มดลูกคลายตัว” 5. ให้ผู้คลอดหายใจเข้าและผ่อนออกทางจมูกอีก 1 ครั้ง การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดในระยะเจ็บครรภ์ถี่ (ปากมดลูกเปิด 4 ถึง 8 เซนติเมตร) ระยะนี้จะเป็นการหายใจสั้นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้กระบังลมกดทับมดลูกเมื่อมดลูกหดรัดตัว วิธีการปฏิบัติช่วยเหลือโดยมารดาของผู้คลอด 1. ให้ผู้คลอดนอนหรือนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายเต็มที่ 2. เมื่อมดลูกเริ่มหดรัดตัวใช้มือข้างหนึ่งวางบริเวณยอดมดลูก แล้วพูดกับผู้คลอดว่า “มดลูกหดรัดตัว” 3. ให้ผู้คลอดหายใจเข้าและผ่อนออกทางจมูกอีก 1 ครั้ง					

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	4. ให้ผู้คลอดหายใจแบบช้าๆทางปากไปเรื่อยๆจนกระทั่งหมดฤทธิ์ตัวเต็มที่ จึงเปลี่ยนจังหวะเป็นการหายใจเข้าออกทางปากสั้นๆเรื่อยๆเท่าที่ค่อยไปจนหมดฤทธิ์เริ่มคลายตัว 5. เมื่อหมดฤทธิ์คลายตัวให้ผู้คลอดปรับจังหวะการหายใจทางปากเป็นแบบช้าๆ การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวดในระยะเจ็บครรภ์มากและอยากเบ่ง เมื่อปากหมดฤทธิ์บีบรัดหรือบีบ 8-10 ซม. หมดฤทธิ์หดตัวแรงถี่และนาน ผู้คลอดอาจรู้สึกอยากเบ่ง เนื่องจากศีรษะทารกลงไปกดที่ผนังช่องคลอดและพื้นเชิงกราน การควบคุมการหายใจในช่วงนี้ คือ ควบคุมไม่ให้ผู้คลอดเบ่ง เพราะถ้าเบ่งในระยะนี้จะทำให้ปากหมดฤทธิ์ และเสียพลังงาน <u>วิธีการปฏิบัติช่วยเหลือโดยมารดาของผู้คลอด</u> 1. เมื่อหมดฤทธิ์เริ่มหดตัวใช้มือข้างหนึ่งวางบริเวณขมดลูกแล้วพูดกับผู้คลอดว่า “หมดฤทธิ์ตัว” 2. ให้ผู้คลอดนอนในท่าที่สบาย และบอกให้					

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	ผู้คลอหายใจเข้าออกลิ้นทางจมูก 1 ครั้ง จากนั้นให้ผู้คลอหายใจเข้าออกทางปากเร็วๆ ดังนี้ เบาๆ ติดต่อกัน 6-8 ครั้ง เหมือนระยะเจ็บครรภ์ถี่ แล้วจึงเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง จนกว่ามดลูกจะคลายตัว การหายใจในระยะเบ่งคลอด (ระยะปากมดลูกเปิดหมด) <u>วิธีปฏิบัติการช่วยเหลือโดยมารดาของผู้คลอด</u> - เมื่อมดลูกเริ่มหดรัดตัวใช้มือข้างหนึ่งวางบริเวณยอดมดลูกและพูดกับผู้คลอดว่า “มดลูกหดรัดตัว” ให้ผู้คลอด หายใจเข้าออกลิ้นทางจมูก 1 ครั้ง - มารดาของผู้คลอดบอกผู้คลอดให้สูดลมหายใจเข้าทางจมูกถี่ๆ แล้วกลืนไว้ปิดปากให้แน่น กับศีรษะค้างชิดอกพร้อมทั้งเบ่งลงไปทางช่องคลอดและทวารหนัก โดยออกแรงเบ่งให้ได้มากและนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ - ทำเช่นเดิมซ้ำอีกจนมดลูกคลายตัว มารดาของผู้คลอดบอกกับผู้คลอดว่า “มดลูกคลายตัว” แล้วให้ผู้คลอด หายใจเข้าออกลิ้นทางจมูก 1 ครั้ง					

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
7. มารดาของผู้คลอดสามารถบอกวิธีการดูหน้าท้องและอธิบายวิธีการปฏิบัติกรดูหน้าท้องได้	- การดูหน้าท้อง เป็นการสัมผัสบริเวณหน้าท้องของผู้คลอดช่วยในการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย วิธีปฏิบัติ เมื่อมดลูกหดรัดตัว 1. มารดาของผู้คลอดยืนอยู่ข้างผู้คลอดและหันหน้าไปทางปลายข้างตรงกันบริเวณกึ่งกลางของกระดูกหัวหน้า 2. วางมือทั้งสองข้างจรดกันบริเวณกึ่งกลางของกระดูกหัวหน้า 3. แยกมือดูหน้าท้องตั้งแต่หัวหน้าขึ้นไปด้านข้าง ลำตัวจนมาจรดที่ยอดมดลูก พร้อมกับให้ผู้คลอดหายใจเข้า 4. ดูหน้าท้องผ่านตรงกลางลำตัวลงมาที่หัวหน้า เช่นเดิมอีกครั้ง พร้อมกับให้ผู้คลอดหายใจออก 5. ทำซ้ำจนมดลูกคลายตัว	5 นาที	- บรรยายและเปิดวิดีโอสารัตถการดูหน้าท้อง - ให้มารดาของผู้คลอดบอกวิธีการดูหน้าท้องร่วมกับสาธิตย้อนกลับ - เปิดโอกาสให้ผู้คลอดข้อสงสัย	- รับฟังการบรรยายและชมวิดีโอสารัตถการ - บอกวิธีการดูหน้าท้องและสาธิตย้อนกลับ - ชักถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 41 ภาพแสดงวิธีการดูหน้าท้อง - สไลด์ที่ 42 วิดีโอแสดงวิธีการดูหน้าท้อง - หุ่นจำลองดูหน้าท้อง	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม - การซักถาม - บอกวิธีการดูหน้าท้องและอธิบายวิธีการปฏิบัติกรดูหน้าท้องได้ - สามารถสาธิตย้อนกลับได้ - ถูกต้อง

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
8. มารดาของผู้คลอดสามารถบอกการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร ได้ถูกต้อง	3. การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร (advice and information support) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ได้แก่การให้คำแนะนำและชี้แนะเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความปวด เช่น การหายใจ การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การแบ่งคลอดที่ถูกริ	5 นาที	- บรรยายการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร - เปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอดซักถาม - ตอบข้อสงสัย	- รับฟังการบรรยาย - ถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 43-48 ภาพแสดงการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถาม - บอกการสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร ได้ถูกต้อง 80 %
9. มารดาของผู้คลอดสามารถบอกการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดได้ถูกต้อง	4. การเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการในขณะที่ยุ่คลอดอยู่ในภาวะวิกฤตหรืออยู่ในระยะคลอดที่ประสิทธิภาพการตัดสินใจลดลง ได้แก่ การเอาใจใส่สนับสนุนการตัดสินใจที่	5 นาที	- บรรยายการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน - เปิดโอกาสให้มารดาของผู้คลอด	- รับฟังการบรรยาย - ถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 49-52 ภาพแสดงการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด	- สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม การซักถามบอกการ

จุดประสงค์ การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	ถูกต้องของผู้ตลอด เป็นตัวแทนผู้ตลอดในการบอกกล่าวความรู้สึก และความต้องการ การติดต่อสื่อสาร โดยเป็นตัวแทนผู้ตลอดในการประสานงานระหว่างผู้ตลอดและบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวได้ว่า เป็นเป็นตัวแทนกลางในการรับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาส่งต่อให้ผู้ตลอดรับทราบและตัดสินใจ และเป็นตัวกลางในการการบอกถึงอารมณ์ความต้องการของผู้ตลอด เช่น การอยากแบ่งตลอดที่เป็นลักษณะของการเจ็บครรภ์บ่งบอกถึงอาการเกิดตลอด และการเป็นตัวแทนผู้ตลอดในการปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความปวด ซึ่งเป็นภาระสนับสนุนในช่วงเวลาที่ผู้ตลอดไม่สามารถปฏิบัติเองได้ และการช่วยกระตุ้นประคองดูแลทารกโดยติดตามพยาบาลในการให้การดูแลเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนัก วัดสัดส่วน และการบริหารทารกแรกเกิด แล้วอุ้มทารกมาให้ผู้ตลอดสัมผัส พร้อมทั้งบอกน้ำหนัก		ซักถาม - ตอบข้อสงสัย			สนับสนุนด้าน สนับสนุนด้าน การเป็นตัวแทน ผู้ตลอด ได้ถูกต้อง 80 %

จุดประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหา	เวลา (นาที)	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการสอน	ประเมินผล
			กิจกรรมสอน	กิจกรรมผู้เรียน		
	ขั้นสรุป การทราบถึงวิธีการให้การสนับสนุนในระยะคลอด จะทำให้ผู้คลอดได้ประโยชน์ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้คลอดเป็นอย่างมาก เพราะเมื่อมารดาของผู้คลอดมีความรู้และเข้าใจถึงบทบาทของการสนับสนุนในระยะคลอด จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ลดลง อีกทั้งยังสามารถควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก กล่าวได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นผลมาจากการได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้งสิ้น	3 นาที	- พบพานหัวข้อที่ได้บรรยายมาทั้งหมด และซักถามมารดาของผู้คลอด ว่า “วันนี้เราได้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการสนับสนุนในระยะคลอดเรื่องใดบ้าง” - กล่าวสรุป - เปิดโอกาสให้ผู้ถาม และตอบข้อสงสัย - กล่าวขอบคุณและให้กำลังใจ - นัดหมายการพบพานความรู้ครั้งต่อไป - ตอบข้อซักถาม	- ตอบข้อซักถาม - รับฟังการสรุป - ซักถามข้อสงสัย	- สไลด์ที่ 53 สรุปหัวข้อที่บรรยาย - สไลด์ที่ 54 แสดงข้อความขอบคุณ	

ภาคผนวก ก

ซีดีประกอบการสอนเรื่อง

“การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด”

จัดทำโดย

นางสาวเกศินี ไชยโม

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล



ภาคผนวก ง

คู่มือ “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดสำหรับมารดาผู้คลอด”



ภาคผนวก จ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

ลำดับที่.....

วันที่.....

คำชี้แจง

กรุณาเติมข้อมูลให้ครบถ้วนตามความเป็นจริงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐
(ช่องสี่เหลี่ยม)

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ ปวช.
☐ ปวส./ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
3. อายุครรภ์เมื่อมาคลอด.....สัปดาห์
4. การได้รับยาเร่งคลอดหรือกระตุ้นการคลอด
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ คือ.....
5. ระยะเวลาการคลอด.....

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมารดาของผู้คลอด

คำชี้แจง

กรุณาเติมข้อมูลให้ครบถ้วนตามความเป็นจริงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐
(ช่องสี่เหลี่ยม)

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ ปวช.
☐ ปวส./ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
3. ท่านเคยคลอดบุตรมาแล้ว.....ครั้ง
4. ประสบการณ์การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด
☐ เคย
☐ ไม่เคย

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
(Perception of childbirth experience questionnaire)

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคาดหวังของท่านเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้ประสบมาแล้วในระยะคลอด โดยจะมีข้อความให้ท่านได้พิจารณาว่าตนเองมีความรู้สึกหรือคิดเห็นตรงกับข้อใดในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นตามที่เป็นจริงมากที่สุด คำตอบที่ได้ครั้งนี้ จะถือเป็นความลับและจะนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงบริการด้านการพยาบาลด้านสูติกรรมต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องตารางที่มีตัวเลขให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านที่มากที่สุดเพียงข้อเดียว **กรุณาตอบทุกข้อ** โดยในการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริง คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก

และความคิดเห็นของท่าน

หมายเลข 2 หมายถึง เป็นความจริงบางส่วน คือ ข้อความนั้นตรงกับ

ความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านบางส่วน

หมายเลข 3 หมายถึง เป็นความจริงส่วนมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับ

ความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด

หมายเลข 4 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับ

ความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

Copyright by Mahidol University

[illegible]

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA

1) Normality ของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test

กลุ่มควบคุม

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		การรับรู้ประสบการณ์การคลอด
N		24
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	129.5417
	Std. Deviation	17.96368
Most Extreme Differences	Absolute	.155
	Positive	.121
	Negative	-.155
Kolmogorov-Smirnov Z		.759
Asymp. Sig. (2-tailed)		.612

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

กลุ่มทดลอง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		การรับรู้ประสบการณ์การคลอด
N		24
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	150.4167
	Std. Deviation	13.61877
	Absolute	.159
Most Extreme Differences	Positive	.112
	Negative	-.159
Kolmogorov-Smirnov Z		.777
Asymp. Sig. (2-tailed)		.582

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

2) Linearity ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ

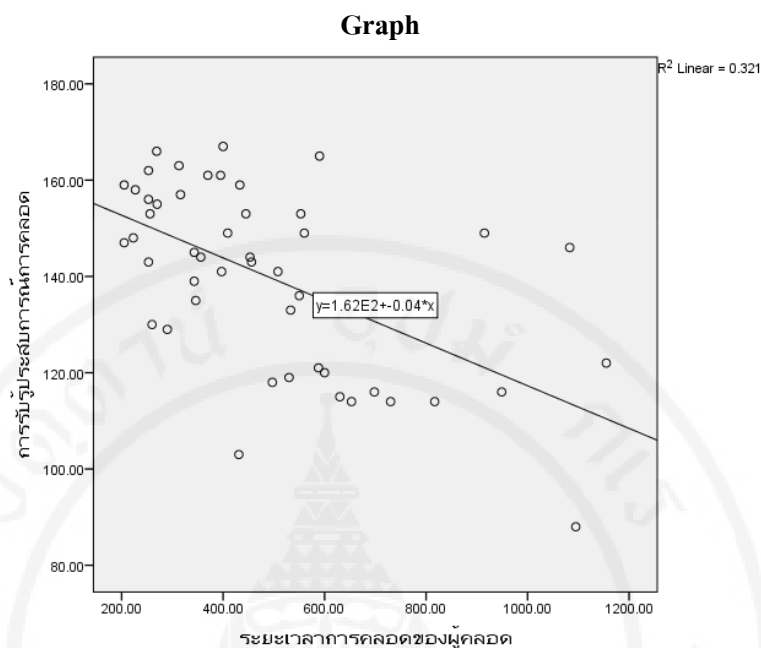
Pearson Product Moment Correlation และ Spearman's rank correlation

Correlations				
ตัวแปร	1	2	3	4
1. ระยะเวลาการคลอด	1.00			
2. ระดับการศึกษาของมารดาผู้คลอด	.15 ^a	1.00		
3. ประสบการณ์ผ่านการคลอดของมารดาผู้คลอด	-.12 ^b	-.50 ^{**b}	1.00	
4. การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด	-.577 ^{**a}	-.10 ^a	.21 ^b	1.00

** p < .01

a = Pearson Product Moment Correlation

b = Spearman's rank correlation



3) Homogeneity of regression across groups โดยใช้สถิติ F-test

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	7102.768 ^a	3	2367.589	10.615	.000
Intercept	133898.788	1	133898.788	600.308	.000
Group * TimeNew	5.849	1	5.849	.026	.872
Group	334.498	1	334.498	1.500	.227
TimeNew	1075.678	1	1075.678	4.823	.033
Error	9814.211	44	223.050		
Total	957437.000	48			
Corrected Total	16916.979	47			

a. R Squared = .420 (Adjusted R Squared = .380)

4) Homogeneity of variance โดยใช้สถิติ Levene's test

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

F	df1	df2	Sig.
1.582	1	46	.215

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.^a

a. Design: Intercept + TimeNew + Group

ภาคผนวก ณ
เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับกลุ่มทดลอง
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม
3. หนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
4. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. หนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ID 08-59-14 ง
COA NO. MURA2016ง
วันที่รับรอง 30 สิงหาคม 2



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลอง
(Patient/Participant Information Sheet)

หัวข้อเรื่องการวิจัย “ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก”

ผู้วิจัย นางสาวเกศินี ไชยโม

สถานที่วิจัย แผนกฝากครรภ์ และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางละมุง

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวเกศินี ไชยโม หมายเลขโทรศัพท์ 092-248-2240

E-mail address: kesinee.cha@student.mahidol.ac.th หรือ meaw9kesinee@gmail.com

2. ผศ.ดร. จันทิมา ขนบดี หมายเลขโทรศัพท์ 085-158-7630

E-mail address: Chantima.kha@mahidol.ac.th

ความเป็นมาของโครงการ

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เป็นการปฏิบัติดูแลผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอดโดยมีผู้สนับสนุน เพื่อทำให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี และรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนี้มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด โดยการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่จะทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ทางบวกดังกล่าวนี้ ต้องเป็นการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด การสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการให้การดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้ ช่วยให้ผู้คลอดมีความอบอุ่นใจ รู้สึกมั่นคง และมีกำลังใจ แต่การให้มารดาของผู้คลอดมีส่วนร่วมในระยะคลอดนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นส่วนช่วย

ในการผลักดันให้ผู้มีนโยบายเห็นถึงความสำคัญของการให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระยะ
คลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสนับสนุนนโยบายให้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของรัฐบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะ
คลอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองในผู้คลอด
ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์และมีมารดาเป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม
ควบคุม 24 รายและกลุ่มทดลอง 24 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลผู้คลอด
ครั้งแรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในทุกๆวันอังคารและวันศุกร์ ซึ่ง
จะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม ใช้ระยะเวลาในการ
ดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการสำหรับกลุ่มทดลองตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของท่าน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพเพื่อ
สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากมารดา และ
คัดเลือกท่านเข้ากลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด
อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยหากท่านสนใจ
และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ท่านลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมให้ทำการ
วิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยขอให้ท่าน (ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอด) ตอบแบบสอบถามคนละ 1 ชุด คือ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 1-2 นาที ขณะตอบ
แบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงที่ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา
4. หลังจากนั้นให้ท่าน (ผู้คลอด) รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการ
การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์และการเตรียมคลอดจากพยาบาลประจำการเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์
5. ผู้วิจัยดำเนินการสอนและให้ความรู้ รายบุคคลแก่มารดาของผู้คลอดที่แผนกฝากครรภ์
เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และการฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้มารดาของผู้คลอด

นำไปปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้คลอด ทักษะเหล่านั้น ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลายในระยะคลอด ประกอบด้วย การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด

6. ผู้วิจัยแจกสมุดคู่มือและซีดี “การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยมารดาผู้คลอด” ให้แก่มารดาของผู้คลอดสำหรับนำกลับไปทบทวนที่บ้าน พร้อมกับนัดหมายมารดาของผู้คลอดเพื่อมาทบทวนความรู้ในสัปดาห์ต่อไป ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

7. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ให้แก่มารดาของผู้คลอด 1 สัปดาห์หลังจากการให้ความรู้ โดยการนัดพบที่แผนกฝากครรภ์ ซึ่งทบทวนเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้มารดาของผู้คลอดนำไปปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้คลอด ซึ่งได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลายในระยะคลอด ประกอบด้วย การหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ส่งเสริมการคลอด พร้อมทั้งพามารดาของผู้คลอดเยี่ยมชมห้องคลอด ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

8. ผู้วิจัยขอให้ท่าน (ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอด) โทรแจ้งผู้วิจัยเมื่อมาคลอด

9. มารดาของผู้คลอดให้การสนับสนุนผู้คลอดตามที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะจากผู้วิจัย

10. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดจากเอกสารการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือกระตุ้นการคลอด ระยะเวลาของการคลอด และชนิดการคลอด

11. ผู้วิจัยเข้าพบท่านหลังคลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

12. ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินการตามโปรแกรมและกล่าวขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย:

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาขณะที่ท่านมาตรวจครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ และคลอดในห้องคลอด ซึ่งท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางพยาบาลของคลินิกฝากครรภ์ตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์คือ เป็นแนวทางแก่นักวิชาการทีมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมมารดาของผู้คลอดในการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้ท่านต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาล หรือการสูญเสียประโยชน์ใดๆที่ท่านพึงจะได้รับ

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่าน ไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย และผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านั้นนอกจากผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อน

ถ้าท่านมีข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาจารย์วิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท 02-2011544



ID 08-59-14 ว
COA NO. MURA2016.
วันที่รับรอง 30 สิงหาคม

เอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม
(Patient/Participant Information Sheet)

หัวข้อเรื่องการวิจัย “ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก”

ผู้วิจัย นางสาวเกศินี ไชยโม

สถานที่วิจัย แผนกฝากครรภ์ และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางละมุง

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางสาวเกศินี ไชยโม หมายเลขโทรศัพท์ 092-248-2240

E-mail address: kesinee.cha@student.mahidol.ac.th หรือ meaw9kesinee@gmail.com

2. ผศ.ดร. จันทิมา ขนบดี หมายเลขโทรศัพท์ 085-158-7630

E-mail address: Chantima.kha@mahidol.ac.th

ความเป็นมาของโครงการ

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด เป็นการปฏิบัติดูแลผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอดโดยมีผู้สนับสนุน เพื่อทำให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี และรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนี้มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด โดยการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดที่จะทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ทางบวกดังกล่าวนี้ ต้องเป็นการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านการให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด การสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการให้การดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้ ช่วยให้ผู้คลอดมีความอบอุ่นใจ รู้สึกมั่นคง และมีกำลังใจ แต่การให้มารดาของผู้คลอดมีส่วนร่วมในระยะคลอดนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะของการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ และเป็นส่วนช่วยในการผลักดันให้ผู้มีนโยบายเห็นถึงความสำคัญของการให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วม

Copyright by Mahidol University

ในระยะคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสนับสนุนนโยบายให้เกิดขึ้นกับ โรงพยาบาลของ
รัฐบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะ
คลอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองในผู้คลอด
ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์และมีมารดาเป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม
ควบคุม 24 รายและกลุ่มทดลอง 24 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลผู้คลอด
ครั้งแรกที่มีมารดาให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดในทุกๆวันอังคารและวันศุกร์ ซึ่ง
จะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมหลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4
สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการสำหรับกลุ่มควบคุมตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของท่าน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพเพื่อ
สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากมารดา และ
คัดเลือกท่านเข้ากลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด
อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยหากท่านสนใจ
และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ท่านลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมให้ทำการ
วิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยขอให้ท่าน (ผู้คลอดและมารดาของผู้คลอด) ตอบแบบสอบถามคนละ 1 ชุด คือ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 1-2 นาที ขณะตอบ
แบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงที่ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา
4. หลังจากนั้นให้ท่าน (ผู้คลอด) รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะได้ความรู้เกี่ยวกับการ
การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์และการเตรียมคลอดจากพยาบาลประจำการเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์
5. ผู้วิจัยขอให้ท่าน (ผู้คลอดหรือมารดาของผู้คลอด) โทรแจ้งผู้วิจัยเมื่อมาคลอด
6. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดจากเอกสารการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อมา
คลอด การได้รับยาเร่งคลอดหรือกระตุ้นการคลอด ระยะเวลาของการคลอด และชนิดการคลอด

7. ผู้วิจัยเข้าพบท่านหลังคลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และกล่าวขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย:

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาขณะที่ท่านมาตรวจครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ และคลอดในห้องคลอด ซึ่งท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของคลินิกฝากครรภ์ตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์คือ เป็นแนวทางแก่บุคลากรทีมสุขภาพในการเตรียมความพร้อมมารดาของผู้คลอดในการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้ท่านต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาล หรือการสูญเสียประโยชน์ใดๆที่ท่านพึงจะได้รับ

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่าน ไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านั้นนอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อน

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท 02-2011544



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๕๐๐

ชื่อโครงการ

EC_590753

ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการ
รับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๘ - ๕๕ - ๑๕ ว

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวเกศินี ไชยโม

ที่ทำงาน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญา
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง

๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๙

ระยะเวลาในการศึกษา

๘ เดือน

Copyright by Mahidol University



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

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

No MURA2016/500

Title of Project
EC_590753

The Effect of Continuous Labor Support Program on The
Perception of Childbirth Experience among First-Time
Laboring Women

Protocol Number

ID 08 – 59 – 14

Principal Investigator

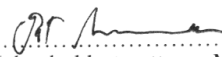
Miss Kesinee Chaimo

Education Institute

Ramathibodi School of Nursing
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

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

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

Date of Approval

August 30, 2016

Duration of Study

8 Months

Copyright by Mahidol University



ID 08-59-14 ว
COA NO. MURA2016/50
วันที่รับรอง 30 สิงหาคม 255

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก”
ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกศินี ไชโย
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือล่อลวงและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือล่อลวง

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย * ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ID 08-59-14 ว
COA NO. MURA2016
วันที่รับรอง 30 สิงหาคม



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก”
ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกศินี ไชยโม
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนนาง/นางสาว/คุณ ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือข่มขู่ให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือข่มขู่

ลงชื่อ (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย * ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย



ที่ ขบ ๐๐๓๒.๓/๗๗๘๖

โรงพยาบาลบางละมุง
ตำบลนาเกลือ อำเภอบางละมุง
จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๕๐

๒๗ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒(วท)/๐๒๗๗๓ ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล แจ้งว่า นางสาวเกศินี ไชยโม เลขประจำตัว ๕๗๓๖๒๓๑ RAMY/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ศึกษาค้นคว้าเขียนวิทยานิพนธ์ด้วยภาษาไทย ในหัวข้อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก” มีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากการดาผู้คลอดครรภ์แรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเข้าพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โดยใช้วิธีสังเกตแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๐ ความแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลบางละมุง ได้พิจารณาแล้วอนุญาตให้ นางสาวเกศินี ไชยโม นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เข้าเก็บข้อมูลจากการดาผู้คลอดครรภ์แรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเข้าพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง โดยใช้วิธีสังเกตแบบสอบถามด้วยตนเอง ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชาญชัย ลัมธงเจริญ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

กลุ่มอำนวยการ

โทร ๐ ๓๘๔๑ ๑๕๕๑ - ๒

โทรสาร ๐ ๓๘๔๒ ๘๖๖๔

ภาคผนวก ญ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ ดร.ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
2. อาจารย์นภาพร มามาก
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
3. คุณดวงพร ยามูล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกสูติกรรมห้องคลอด
โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวเกศินี ไชยโม
วันเดือนปีเกิด	9 พฤษภาคม พ.ศ.2531
สถานที่เกิด	จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ.2550-2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2557-2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
ที่อยู่ปัจจุบัน	360 หมู่ 1 ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง 21180
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก โทรศัพท์ 038-285532, 092-2482240 E-mail: kesinee@bnc.ac.th
ทุนวิจัย	วิทยานิพนธ์ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี