

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และ
การคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา
และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และ
การคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา
และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

นางนพพร มามาก

นางนพพร มามาก

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

D.N.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรพินท์ เจริญผล

M.Ed.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

วันที่ 19 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2550

นางนพพร มามาก

นางนพพร มามาก

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล

M.Ed.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิฑะศุกร

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อรพินท์ เจริญผล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และปัญหาต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิริยะสุกร ที่ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขและปรับปรุง เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ตลอดจนบุคลากรงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานสูติกรรมหลังคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของงานวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรก และสามีที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยตลอดการศึกษาวิจัย

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณ คุณพ่อศรี-คุณแม่บุญชอบ กลิ่นพวง ที่ให้กำลังใจสนับสนุน ในการศึกษามาโดยตลอด ขอขอบคุณคุณวิเชียร มามาก ที่ได้มอบกำลังใจ ความห่วงใย ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดการศึกษา ขอขอบใจ ค.ช. ศิวกร มามาก ที่เป็นบุตรที่น่ารัก เข้าใจมารดามา โดยตลอดการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันมาโดยตลอด และขอขอบคุณคุณอโณทัย วงศ์พรประดิษฐ์ ผู้ช่วยวิจัย ที่ได้ช่วยเหลือให้ วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

นาวพร มามาก

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (THE EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE SPOUSE INVOLVEMENT IN PREGNANCY AND BIRTH ON MARITAL RELATIONSHIPS, PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE, MATERNAL-INFANT ATTACHMENT, AND PATERNAL-INFANT ATTACHMENT)

นวพร มามาก 4837061 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ในมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 60 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดจากผู้วิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2550 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองใช้การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่ามีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในบิดา และคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสในมารดาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลจากการวิจัยนี้เสนอแนะว่า โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป
คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของสามี / สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส / การรับรู้ประสบการณ์การคลอด / ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก / ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

THE EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE SPOUSE INVOLVEMENT IN PREGNANCY AND BIRTH ON MARITAL RELATIONSHIPS, PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE, MATERNAL-INFANT ATTACHMENT, AND PATERNAL-INFANT ATTACHMENT

NAVAPORN MAMARK 4837061 RAMN/M

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

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

ABSTRACT

The present study was quasi-experimental research which aimed at investigating the effects of a program to promote involvement of the spouse in pregnancy and birth on marital relationships, perception of childbirth experience, maternal-infant attachment, and paternal-infant attachment in first-time mothers and fathers. The sample consisted of 60 pregnant women and their husbands who were purposively selected from the obstetric department, Bangbor Hospital, and who were divided into control and experimental groups. The control group received the usual care from nursing staff, while the experimental group received the usual care plus the program promoting spouse involvement in pregnancy and birth from the researcher. This study was carried out between March and August 2007. Data were collected by using the perception of childbirth experience questionnaire, the dyadic adjustment scale, the maternal attachment inventory, and the affectional relationship questionnaire. Data were statistically analyzed by means of independent t-test.

The results of this study showed that the mothers in the experimental group had a statistically significantly higher mean score of childbirth experience than that of the mothers in the control group ($p < .001$). As for paternal-infant attachment, the experimental group had a statistically significant higher mean score than that of the control group ($p < .05$). However, the mean scores of maternal-infant attachment and marital relationship of the mothers and the fathers in the experimental group were not statistically significant higher than those of the mothers and fathers in the control group ($p > .05$).

The findings of this study have led to the conclusion that the program to promote spouse involvement in pregnancy and the birth should be implemented by nursing staff in order to promote marital relationships, perception of childbirth experience, and parent-infant attachment among first-time mothers and fathers as well as to further develop the quality of nursing services.

KEY WORDS: SPOUSE INVOLVEMENT / MARITAL RELATIONSHIP / PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE / PATERNAL-INFANT ATTACHMENT / MATERNAL-INFANT ATTACHMENT.

164 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญภาพ	ซ
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
คำถามวิจัย	5
กรอบทฤษฎีการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	14
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการตั้งครรภ์และการคลอด	15
การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะตั้งครรภ์และการคลอด	19
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	22
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด	23
การส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก	25
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก	28
กระบวนการของความรักใคร่ผูกพัน	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพัน	33
การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	41
ขนาดตัวอย่าง	41
สถานที่ศึกษา	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย	42
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
บทที่ 5 การอภิปรายผล	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	74
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	100
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	132
ประวัติผู้วิจัย	164

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก	7
2. กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	9
3. แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก และทารกกับมารดา	30
4. แผนภาพแสดงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล	55

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.	จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแคว (χ^2)
2.	จำนวนและร้อยละของสามี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบด้วยสถิติไคว์สแคว (χ^2)
3.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ของมารดาและสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test
4.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอด คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test
5.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอด คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคม ประกอบขึ้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคล ที่ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างใกล้ชิดและเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา (Clements & Roberts, 1983: 118) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดของแต่ละบุคคลในครอบครัวที่มีต่อกัน ระหว่างบิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา และบุตร เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นความงดงามในชีวิต (Klaus & Kennell, 1982: 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวใหม่ที่มีสมาชิกใหม่เกิดขึ้น ก็จะมีการสร้างความสัมพันธ์ที่พิเศษ และมีความสำคัญในการเตรียมตัวสำหรับผู้ที่จะเป็นบิดามารดาให้พร้อม (Bobak & Jensen, 1993: 31) อันจะเป็นพื้นฐานที่มั่นคงก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นและยืนยาว ในระหว่างสมาชิก ครอบครัว (Clements & Roberts, 1983: 119) สำหรับครอบครัวที่มีบุตรคนแรก รูปแบบความสัมพันธ์จะปรับเปลี่ยนจากสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาเป็น บิดา มารดา และบุตร การเป็น บิดามารดาจึงเป็นบทบาทใหม่ของคู่สามี ภรรยา ผู้ชายรับบทบาทเป็นพ่อในขณะที่ต้องดำรงบทบาทของสามี ผู้หญิงก็รับบทบาทเป็นแม่และต้องดำรงบทบาทเป็นภรรยาด้วยเช่นกัน (สุพัตรา สุภาพ, 2543: 60-61) ดังนั้นการเตรียมคู่สมรสให้ดำรงบทบาทการเป็นสามีภรรยาในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด ตลอดจนการเตรียมบทบาทบิดามารดาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Bowen & Miller, 1980: 307)

ในปัจจุบันสตรีมีสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ มีการศึกษา และมีศักยภาพในการหารายได้มากขึ้น ออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต จากสถิติผู้หญิง ออกไปทำงานนอกบ้านประมาณร้อยละ 47 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2549) เป็นผลให้รูปแบบการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตคู่เปลี่ยนไป เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ซึ่งเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย แสดงถึง อัตราการหย่าร้างเทียบกับการจดทะเบียนสมรสใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็น ร้อยละ 23.4 ใน พ.ศ. 2544 นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดครอบครัวลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 5.6 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2503 เป็น 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2533 และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09

คนต่อหนึ่งครอบครัวเท่านั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 74-76) จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลถึงการช่วยเหลือและการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวอาจมีน้อยลง ขาดผู้ใหญ่ช่วยเหลือในการดูแลทารก ทำให้สามีต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้นโดยแบ่งเบาภาระจากภรรยา เพื่อที่จะได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (Jordan, 1990: 11) ซึ่งแตกต่างไปจากในอดีตที่สามีจะมีหน้าที่หลักในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงอย่างเดียว

บทบาทของสามีจึงเป็นผู้สนับสนุนที่ต้องแบ่งเบาภาระของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นของครอบครัว การมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีต่อภรรยาในการรับรู้ประสบการณ์การคลอดร่วมกัน ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดประสบการณ์การคลอดในด้านบวกสำหรับมารดา แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของความรักใคร่ผูกพัน ทั้งยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นระหว่างคู่สมรส (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Callister, 1995: 2) จากการศึกษาของกู๊ดแมน (Goodman, 2005: 190) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดาและทารก ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมของสามีในการคลอดสามีจะเป็นผู้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มต้นโดยการสนับสนุนทั้งด้านการช่วยเหลือ และการประคับประคองด้านอารมณ์ (Cohen & Syme, 1985: 143; Creehan, 1996: 230) ส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอด (Berry, 1988: 354; นิธิสากร นังคลา, 2546; Tuntanokij, 2006) ลดอัตราการเร่งคลอดโดยใช้ออกซิโตซิน, ลดการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง และลดอัตราการผ่าตัดคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382, 384-385; Pillitteri, 2003: 319-320) ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านสรีระและด้านจิตใจ ซึ่งสตรีในระยะใกล้คลอดหรือกำลังจะคลอดมักจะมีอาการกลัวและความวิตกกังวล มีผลกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาธิก (sympathetic) ทำให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อมดลูกก่อให้เกิดความเจ็บปวด และส่งผลสะท้อนกลับให้เกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น เกิดเป็นวงจรเรียกว่า วงจรของความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Syndrome) (Dick-Read, 1984: 197) และพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด และการแสดงอาการเจ็บปวด เช่น ความเหนื่อยล้า การหดตัวของมดลูกที่รุนแรง ประสบการณ์ในอดีต ภูมิหลังของวัฒนธรรม การให้ความหมายต่อเหตุการณ์การคลอด การเตรียมการคลอด และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 384-385; Lowe, 1996: 85) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอดจากสามีเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ช่วยให้การให้ความหมายต่อเหตุการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวก อันมีอิทธิพลต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดในระหว่างการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 384-385)

ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาจะได้รับประสบการณ์สำคัญจากการคลอดที่อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างถาวรหรือในระยะยาวทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังรายงานการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดในระยะหลังคลอด สัมพันธภาพที่แย่งกับสามี รวมถึงการมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอด (Niven & Murphy-Black, 2000: 244; Waldenstrom, 2003: 248) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกทำให้ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด และมีพฤติกรรมความเป็นมารดาเป็นไปในทางที่ดี (Mercer, 1995) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Berry, 1988: 354; Callister, 1995: 2; ประกายแก้ว คำคำ, 2534) การมีส่วนร่วมของสามีในการตั้งครรภ์ของภรรยาจะนำไปสู่การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระยะต่อมา (Diemer, 1997: 283) รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันต่อทารก และการปรับบทบาทในการเป็นบิดามารดาในระยะหลังคลอด (Moore, 1983: 933; Buist, Morse, & Durkin, 2002: 172; Pollock, Amankwaa, L, & Amankwaa, A, 2005: 19) กล่าวคือ ในระยะหลังคลอด การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกจะส่งผลให้ทารกเติบโตอย่างมีความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัย (Meyers, 1993: 447) ในทางตรงกันข้ามหากสามีไม่มีส่วนร่วม และไม่เอาใจใส่ในภรรยา ในช่วงตั้งแต่การตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด สามีก็อาจจะไม่ช่วยรับผิดชอบในการดูแลทารก และทอดทิ้งให้ภรรยาดูแลบุตรเพียงลำพัง (กอบกุล พันเจริญกุล, 2529: 273) ผลที่ตามมาคือสัมพันธภาพสมรสที่ไม่ดี ความพึงพอใจในชีวิตสมรสลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัว (Tomlinson et al., 1990, Hakulinen et al., 1997 cited by Finnbogadottir, Svalenius, & Persson, 2003: 96-97) นอกจากนี้มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าบิดาที่มีความยากลำบากในการเข้าไปมีส่วนร่วมเลี้ยงดูทารก จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (Bartlett, 2004) ดังนั้นบิดาจึงมีความสำคัญเท่าๆ กับมารดาในการดูแลทารก และเมื่อทารกถือกำเนิดขึ้นมาทารกจะอยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ ถ้าปราศจากการดูแลจากบิดาและมารดา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันตามมา และในการดูแลของบิดามารดาจะชดเชยให้กับทารกในทุกด้านที่เขาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งนี้เนื่องมาจากความผูกพันที่มีต่อทารก ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก จึงเป็นความผูกพันด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งและดำรงอยู่สืบไป ความผูกพันนี้เป็นเสมือนสัญญาณชีพของทารก เพราะทำให้ทารกมีพัฒนาการและดำรงชีวิตอยู่ได้ (Klaus & Kennell, 1982: 3; Moore, 1983: 933)

ความรักใคร่ผูกพันเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างจำเพาะ แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกทางด้านบวก เป็นความผูกพันพิเศษที่เชื่อมกันระหว่างบุคคล (Ainsworth, 1973 cited by Moore, 1983: 933) การมีประสบการณ์ต่อความผูกพันตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะในระยะ 30

นาที่แรกหลังคลอดที่เป็นระยะตื่นตัว (sensitive period) จะมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันในระยะต่อไป มา (Klaue & Kennell, 1976: 14) ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกในระยะนี้สามารถสร้างได้จากการสัมผัสทารก การมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้นมมารดาและการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูทารก ระยะเวลาในช่วงนี้ควรมีความพอที่ทั้งบิดามารดาและทารกจะได้อยู่ร่วมกันอย่างเต็มที่ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของความตื่นตัวและการเปลี่ยนแปลง โดยที่บิดามารดาจะได้ชื่นชมและอุ้มโอบกอดทารกไว้แนบอก และเป็นระยะที่บิดาสามารถอยู่ใกล้ชิดและให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์กับมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982: 95-96) ดังนั้นในระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวให้มีโอกาสสร้างความรักใคร่ผูกพันได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม อย่างไรก็ตามการพยาบาลเพื่อเตรียมการคลอดที่ผ่านมานั้นในอดีตมักจะมุ่งเน้นเฉพาะการเตรียมมารดา การเตรียมบิดาให้มีส่วนร่วมมีค่อนข้างน้อย (Diemer, 1997: 281-293; Nolan & Foster, 2005: 57) บิดาจะถูกจำกัดและแยกออกไป เป็นเพียงแค่ผู้สังเกตการณ์เท่านั้น และบิดาเองก็ขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วม (Goodman, 2005: 190; Bruist, Morse & Durkin, 2002: 172) แม้ว่าจะมีการเพิ่มความตระหนักของความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของสามี ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารก แต่ก็ยังเป็นเพียงแค่รูปแบบยังไม่ได้นำไปพัฒนาใช้อย่างจริงจัง

สำหรับในประเทศไทยระบบสุขภาพ ยังไม่ได้ให้การส่งเสริมในความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของสามี มีหลายการศึกษาเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นมารดา และทารก มีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของบิดาต่อการเลี้ยงดูทารก โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามี หรือสมาชิกในครอบครัวเข้าไปในห้องคลอดเพื่อให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในการคลอด และเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (sensitive period) อันเป็นผลให้หลาย ๆ การศึกษานี้เน้นไปที่การค้นหาประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวด โดยพยาบาล ตัวอย่างเช่น ศึกษาการเตรียมการคลอดโดยการสอนให้ใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บปวด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวและการจัดทำ การใช้เทคนิคการหายใจ และการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน (รสุนทร ลิ้มทะวงศ์, 2530; จุฬารักษ์ ตรีโยธิน, 2531; จีวีวรรณ อยู่สำราญ, 2533; อุษา เชื้อหอม, 2534; พรณิกา รักย์กุล, 2537; วัสสิกา เพือกโสมณ, 2539; จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; วาสนา แหวนหล่อ, 2540; ชูดี ทวีทรัพย์ประเสริฐ, 2541; สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี, 2542; สุขกัญญา สังฆสุวรรณ, 2543; วินัส นัตรชลอลักษณ์, 2543; นิศากร นังคลา, 2546; Kerdcharoen, 2004; Promrak, 2004; Tampawiboon, 2005; Tuntanokij, 2006) จากการศึกษาดังกล่าวมีบางการศึกษาที่ศึกษาถึงผลของการที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เข้ามาช่วยสนับสนุนในระหว่างการคลอดแต่มุ่งเน้นไปที่การบรรเทาความเจ็บปวด การลดระยะเวลาในการ

คลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาและผู้ช่วยเหลือ (นิจ้สากร นังคลา, 2546; Tuntanokij, 2006) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทบิดา หรือการมีส่วนร่วมของบิดา ก็จะมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสัมพันธภาพในระยะสั้นๆ เช่น การส่งเสริมสัมพันธภาพทันทีหลังคลอด, การส่งเสริมสัมพันธภาพหนึ่งวันแรกถึง 10 วันหลังคลอด เป็นต้น (ชนิตา กษะสุต, 2538; Vajiratanakorn, 2004; Promneramit, 2005) ในบางการศึกษาก็เน้นไปที่การเตรียมตัวคลอดที่ใช้การสนับสนุนจากสามี เฉพาะในระยะตั้งครรภ์ (สุจินดา ตรีเนตร, 2544) มีบ้างที่ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อการเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ซึ่งรวมถึงการให้สามีมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์คลอดเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนร่วมจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด(ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ, 2531; ประกายแก้ว คำคำ, 2534) และการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการค้นหารูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีอย่างต่อเนื่องในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด รวมไปถึงในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด เพื่อที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก ภายใต้กรอบทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันของคลอดสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาล การศึกษาและการวิจัย อันสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูปสุขภาพที่ส่งเสริมสถาบันครอบครัว โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะสามารถลดปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาครอบครัวแตกแยกซึ่งอาจเกิดขึ้นจากสาเหตุของการขาดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

คำถามวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด สามารถส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก ได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ของคลอดสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อส่งเสริม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในการเป็นบิดามารดาครั้งแรก ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละ

เล็กทีละน้อยตั้งแต่มารดามีการวางแผนการตั้งครรภ์ และมีพัฒนาการมาตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982: 2) ซึ่งเหตุการณ์สำคัญของการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพัน จำแนกได้ดังนี้ (Klaus & Kennell, 1982: 9)

- 1) ระยะก่อนการตั้งครรภ์: การวางแผนการตั้งครรภ์
- 2) ระยะตั้งครรภ์: การตรวจสอบการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และการยอมรับการมีตัวตนของทารกในครรภ์
- 3) ระยะคลอด: การคลอด
- 4) ระยะหลังคลอด: การได้เห็นทารก การสัมผัสทารก การให้การดูแลทารก และการยอมรับในการเป็นบุคคลของทารก

จะเห็นได้ว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้น แม้จะเกิดขึ้นได้เอง และมีการพัฒนาตามกระบวนการความรักใคร่ผูกพัน ตั้งแต่การวางแผนการตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด แต่เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน การพัฒนาตามกระบวนการความรักใคร่ผูกพันจึงแตกต่างกันไป ซึ่งคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 36-37) ได้กล่าวถึงปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารกไว้ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยทางด้านโรงพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก

(Klaus & Kennell, 1982: 37)

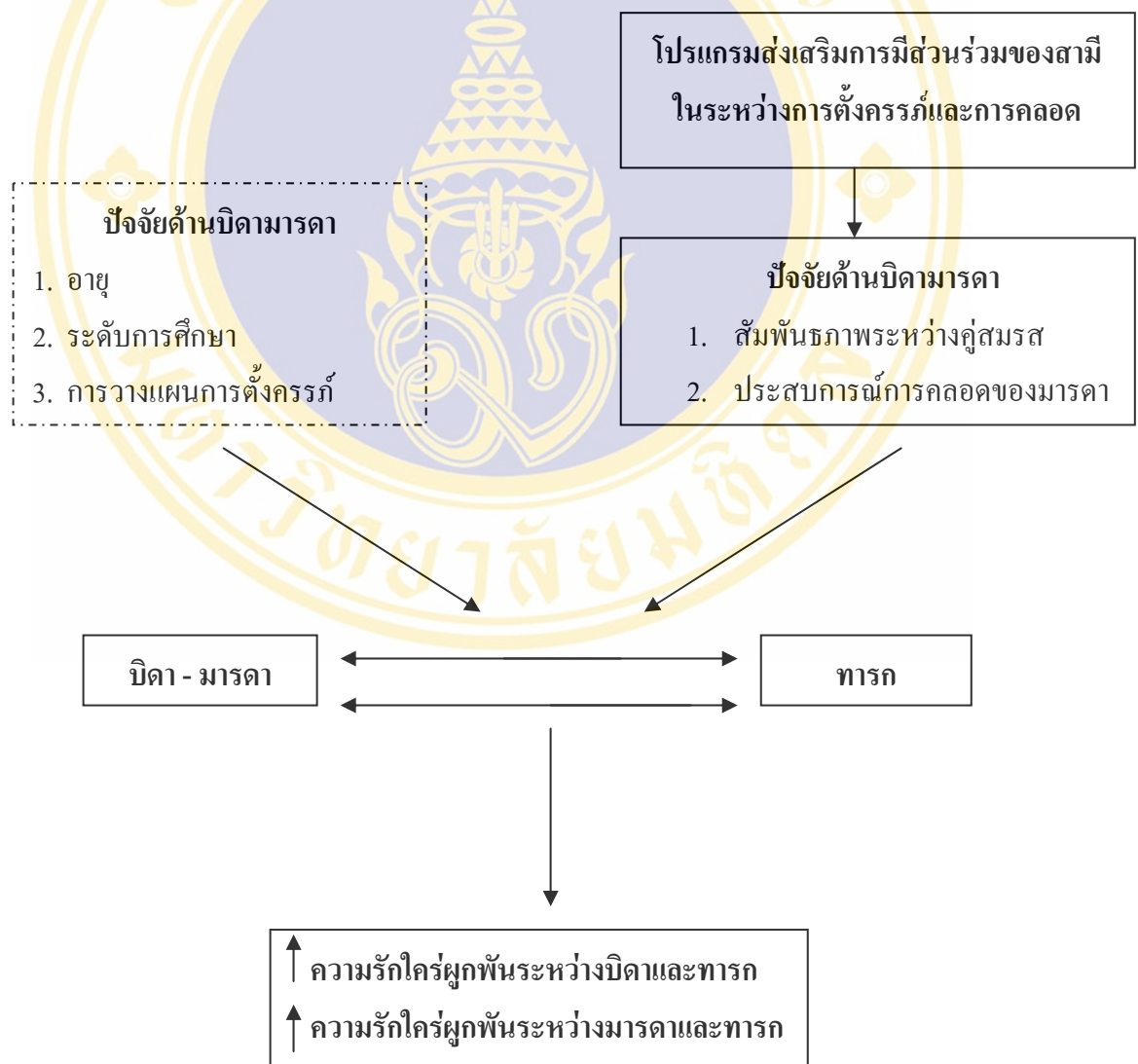
ปัจจัยด้านบิดามารดา (Parental background) ได้แก่ การได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาในวัยเด็ก พันธุกรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสัมพันธภาพสมรส ประสบการณ์การตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านการดูแล (Care practices) ได้แก่ พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและให้การสนับสนุนระหว่างการคลอด การแยกมารดาและทารกจากกันทันทีหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านทารก (Infant) ได้แก่ ธรรมชาติของทารก พื้นฐานทางด้านอารมณ์ของทารก และภาวะสุขภาพของทารก ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมของบิดามารดา และสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารก

จากทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารกของคลอสและเคนเนล จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการดูแลเป็นปัจจัยที่ง่ายต่อการปฏิบัติมากกว่าการปรับปรุงแก้ไขปัจจัยด้านบิดามารดา ซึ่งเป็นภูมิหลังที่ติดตัวมาและต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง หรือปัจจัยด้านทารก ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ต้องพัฒนาต่อไป ดังนั้นในการจัดการกับปัจจัยด้านการดูแลโดยการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด จึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับการให้การดูแลผู้คลอดในโรงพยาบาล ซึ่งในระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลง 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1.) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ และ 2.) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เพราะเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างรุนแรงทั้งในทางด้านบวกและด้านลบ สามีผู้ใกล้ชิดชิดกับมารดาโดยตลอดถ้าเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็จะช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ และดูแลด้านร่างกายของมารดาได้เป็นอย่างดี เกิดความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพบว่าบ่อยครั้งหญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์แรกที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และมีปัญหาทางด้านจิตใจ (Klaus & Kennell, 1982: 12) การให้การดูแลสนับสนุนจึงต้องอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดตั้งแต่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ไปถึงการคลอดและในระยะแรกของหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982: 21) ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว จะส่งผลต่อการสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันของบิดามารดากับทารกในครรภ์ การดำเนินชีวิตในครอบครัวและการดำรงบทบาทของบิดามารดาในระยะต่อมา ดังนั้นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้ง

แนะนำวิธีการในการให้การสนับสนุนกับภรรยาในแต่ละระยะ ตลอดจนการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างบิดามารดาและบุตร ด้วยการสนับสนุนให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างกระบวนการคลอด และระยะพักฟื้นสองชั่วโมงหลังคลอด เพื่อเพิ่มโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสามีภรรยาและทารก สามารถร่วมกันผ่านช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สามารถปรับเปลี่ยนระบบการดูแลให้สอดคล้องกับพัฒนาการของชีวิตได้ และช่วยในการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดกิจกรรมสำหรับผู้ให้การดูแลที่เป็นบิดาเพื่อที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา ซึ่งส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก ภายใต้กรอบทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันของคลอสและเคนเนล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีกว่ามารดาครรภ์แรก และสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
2. มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
3. สามีของมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่าบิดาในกลุ่มมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
4. มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับทั้งโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดา และทารก ในมารดาครรภ์แรกและคู่สมรสจำนวน 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่เท่าๆ กัน ซึ่งในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

ร่วมกับการพยาบาลปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงแค่การพยาบาลปกติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาครรภ์แรกและคู่สมรส ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2550 ถึง 30 สิงหาคม 2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เป็นสามีตระหนักถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลรยาอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด อันนำไปสู่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่แน่นแฟ้น มารดารับรู้ประสบการณ์คลอดในด้านบวก และส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก
2. พยาบาลสามารถใช้ผลของการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักฐานอ้างอิง ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ถึงระยะหลังคลอด
3. ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางให้กับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการส่งเสริมการดูแลแบบใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด
4. เป็นแนวทางเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามี ต่อการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์คลอดของมารดา และการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ในมารดากลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด หมายถึง การพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในมารดาครรภ์แรกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด เพื่อที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่เหนียวแน่น การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาในด้านบวก และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ซึ่งพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาภายใต้กรอบแนวคิดความรักใคร่ผูกพันของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) ประกอบด้วย

1. การดูแลในระยะก่อนคลอด (Antenatal nursing care) เป็นการให้ความรู้โดยจัดการสอนให้กับมารดาและสามีซึ่งแบ่งการสอนเป็น 3 ครั้งห่างกันทุก 1 สัปดาห์ใช้เวลาสอนครั้งละ 60 นาที การสอนครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 และการมีส่วนร่วมของสามี การสอนครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการเตรียมการคลอดและการมีส่วนร่วมของสามี และการสอนครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่อง

การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก การอุ้มทารก การจัดท่าในการให้นมมารดา และการพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอดและห้องหลังคลอด

2. การดูแลในระยะคลอด (Intrapartum nursing care) โดยการอนุญาตให้สามีเข้าไปมีส่วนร่วมดูแลมารดาในห้องคลอดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจนถึงระยะเบ่งคลอด ภายใต้การดูแลและการสนับสนุนของสูติแพทย์

3. การดูแลในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด โดยการส่งเสริมให้บิดาอุ้มทารกและให้มารดาได้สัมผัสทารกทันทีภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ให้การช่วยเหลือบิดามารดาในการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของทารก ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และเมื่อมารดาได้รับการซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จแล้วจึงส่งเสริมให้บิดาช่วยจัดท่าให้มารดา ในการให้นมทารก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกที่มารดามีต่อการเป็นบุคคลของทารกในครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ การคาดคะเนเกี่ยวกับทารกในครรภ์ การอุทิศตนเพื่อทารกและการทำหน้าที่ของมารดา ประเมินได้โดยแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ที่สร้างขึ้นโดยเครนลีย์ (Cranley, 1981: 281-284) และแปลเป็นไทยโดย กนกทิพย์ คุชณะวิชัยพงษ์ (2530) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานค่า Likert scale 5 ระดับคือ ไม่เป็นความจริงเลยได้ 1 คะแนนและเป็นจริงมากที่สุดได้ 5 คะแนน คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 24 – 120 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์สูง

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกของบิดาต่อการเป็นบุคคลของทารกในครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ การคาดคะเนเกี่ยวกับทารกในครรภ์ การอุทิศตนเพื่อทารกและการทำหน้าที่บิดา ประเมินได้โดยแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ที่สร้างขึ้นโดยเครนลีย์ (Cranley, 1981) และแปลเป็นไทยโดย นิสารัตน์ โห้โก๋ (2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า Likert scale 5 ระดับคือ ไม่เป็นความจริงเลยได้ 1 คะแนน และเป็นจริงมากที่สุดได้ 5 คะแนน คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 24 – 120 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์สูง

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง ความพยายามของคู่สมรสในการปรับตัวเข้าหาซึ่งกันและกันหลังจากอยู่ร่วมกัน พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง อันนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตสมรส ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดการปรับตัวของคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) ของสปานีร์ (Spanier, 1976: 15-28) ประเมินการปรับตัวของคู่สมรสใน 4 ด้าน คือ ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (dyadic

satisfaction) ความกลมเกลียว (dyadic cohesion) และการแสดงความรักระหว่างคู่สมรส (affectionate expression) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยวัจมาย สุชวนวัฒน์ (2541) เป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 จำนวน 27 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27 – 135 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความพึงพอใจของมารดา เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์และคลอด ประเมินได้ด้วยแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ ชูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และ เมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979: 260 -266) ใน 6 ด้านคือ 1.) ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด 2.) ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด 3.) ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 4.) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด 5.) ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และ 6.) ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด เป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 จำนวน 42 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 42 – 168 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกของบิดาและทารก ที่เป็นการบ่งบอกถึงความรักใคร่ผูกพันที่มีต่อกัน ประเมินได้โดยแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกซึ่งพัฒนาขึ้นโดยบิลล์ (Bills, 1980: 23) แปลเป็นไทยโดย เขียวลักษณ์ แฉขุนทด (2539) เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกภายหลังคลอด แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นชนิด Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19 – 95 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกมาก

ความรักใคร่ผูกพัน ระหว่างมารดาและทารก หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกของมารดาและทารก ที่เป็นการบ่งบอกถึงความรักใคร่ผูกพันที่มีต่อกัน ประเมินได้โดยแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกซึ่งพัฒนาขึ้นโดย มุลเลอร์ (Muller, 1994) แปลเป็นไทยโดย พรพรรณ จงปราณี (2540) เพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอด แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นชนิด Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 – 104 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมาก

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก โดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดตามลำดับ ดังนี้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา ที่มีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน โดยคู่สมรสพยายามที่จะปรับตัวเข้าหาซึ่งกันและกันหลังจากการแต่งงานเพื่อให้อยู่ร่วมกันได้อย่างยาวนาน พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา ร่วมกันแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง และเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของการเป็นสามี และภรรยาภายในครอบครัวของตน อันนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Spanier, 1976: 15-28) มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน ช่วยเหลือกันในกิจการงานบ้านและค่าใช้จ่ายภายในบ้าน มีความสัมพันธ์ทางเพศ และร่วมทุกข์ร่วมสุขกันเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะให้ความสนใจให้ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ให้อภัยซึ่งกันและกัน และมีความอดทนในการใช้ชีวิตร่วมกัน ความรู้สึกที่มีต่อกันทั้งหมดนี้จะช่วยลดความขัดแย้งในระหว่างคู่สมรส โดยสรุปแล้วสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น คู่สมรสจึงเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ มีความสำคัญ และเป็นแหล่งการสนับสนุนช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981: 196-202) และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยา สามารถที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างที่ภรรยาตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด ซึ่งทั้งสามีและภรรยาต้องมีความตระหนักในความต้องการซึ่งกันและกัน และถ้ามีการพูดคุย

ปรึกษากันระหว่างสามีภรรยาอย่างดีในทุก ๆ ครั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างกันก็จะเป็นไปได้ในทางบวก แต่ถ้าความสัมพันธ์ไม่ดีก็จะส่งผลในทางตรงกันข้าม (Moore, 1983: 222)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจึงเป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การแสดงบทบาท และหน้าที่ต่อกันภายหลังจากการใช้ชีวิตร่วมกัน สามารถประเมินการปรับตัวของคู่สมรสได้จาก (Spanier, 1976: 15-28)

1.) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (Dyadic consensus) หมายถึง การที่คู่สมรสมีส่วนร่วมกัน ในพื้นฐานของชีวิต เห็นคุณค่า มีเป้าหมายและจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องกันในเรื่องต่าง ๆ เช่น สถานะทางการเงิน การพักผ่อนหย่อนใจ การนับถือศาสนาทั้งของสามีและภรรยา

2.) ความพึงพอใจกัน (Dyadic satisfaction) หมายถึง คู่สมรสของตนทั้งสามีและภรรยา ได้รับความสุข ความสะดวกสบาย ชีวิตสมรสเป็นไปตามความคาดหวัง มีความพึงพอใจในชีวิตสมรส รวมถึงความพึงพอใจในพฤติกรรมหรือรูปแบบในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกัน

3. ความกลมเกลียวกัน (Dyadic cohesion) หมายถึง การที่คู่สมรสมีความใส่ใจและมีความรับผิดชอบต่อกัน รวมถึงการใช้เวลาว่างร่วมกัน การทำกิจกรรมด้วยกัน การปรึกษาปัญหาและช่วยเหลือในกิจการงานบ้าน การรับผิดชอบร่วมกันนี้นำไปสู่สัมพันธภาพที่ใกล้ชิด และความผูกพันระหว่างสามีและภรรยา

4. การแสดงความรักระหว่างคู่สมรส (Affectionate expression) หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันระหว่างคู่สมรส ซึ่งทั้งสามีและภรรยาแสดงออกต่อกันทั้งด้านความสัมพันธ์ทางเพศ การแสดงความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้ง 4 ด้าน จะก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นในระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งสามารถสนับสนุนและคงไว้ซึ่งชีวิตสมรสที่ยั่งยืน (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981: 196) อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Spanier, 1976: 15) ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การตั้งครรภ์และการคลอดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ในช่วงเวลาของการตั้งครรภ์และการคลอด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้กำเนิดบุตรคนแรก สมาชิกในครอบครัวจะเพิ่มขึ้นจากที่เคยอยู่ร่วมกันสองคนระหว่างสามีภรรยา เป็นสามคนคือ บิดามารดาและบุตร การเป็นบิดามารดาจึงเป็นบทบาทใหม่ของคู่สามี ภรรยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องการความสมดุลระหว่างความเป็นส่วนตัวกับการสร้างสัมพันธภาพใหม่กับทารก รวมถึงสัมพันธภาพ

ระหว่างคู่สมรสที่ต้องการความต่อเนื่องในระหว่างบิดามารดา (Broom, 1984: 223) มีรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการตั้งครรภ์พบว่า การมีบุตรคนแรกจะไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ถ้าคู่สมรสมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพดี (Harriman, 1986: 233-239) ซึ่งความเข้าใจอันดีและเจตนาดีที่มีต่อกัน จะเป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกัน คู่สามีภรรยาต้องให้ความมั่นใจซึ่งกันและกัน มีการรับรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการพูดคุยและปรึกษาหารือกันอันนำไปสู่ชีวิตสมรสที่มีความสุข ในทางตรงข้ามถ้าคู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ก็จะเกิดความขัดแย้งขึ้นภายในครอบครัว สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่สามีมีความรัก ความเข้าใจให้การสนับสนุน มีความอดทนและความเสียสละ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นคงทางอารมณ์อารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงง่าย ทำให้ทั้งสามีและภรรยาพอใจในแง่ดี และมีความสุขในการตั้งครรภ์และการคลอด และการดำรงบทบาทบิดามารดา ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องการการสนับสนุน และต้องการความเข้าใจจากสามี ดังรายงานการศึกษาผลของการมีการสนับสนุนที่ดี ดังนี้

มันทนา ศิลปเวชกุล (2532) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้สามีเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มละ 50 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้สามีเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.7, p < .01$ และ $t = 3.18, p < .01$ ตามลำดับ) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .05$)

นงเยาว์ อุดมวงศ์ (2533) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลลำปางพร้อมสามีจำนวน 80 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คู่ โดยให้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่สามีของหญิงครรภ์แรกได้รับแผนการสนับสนุน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามปกติของแผนกฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนของสามีในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนโดยรวมทุกด้านของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .255, p < .05$) และพบว่าการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ในเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ กลุ่มทดลองมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ ร้อยละ 95 และ 80 ตามลำดับ

จรรยา หน่อแก้ว (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาก่อนคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามารับดี และ

โรงพยาบาลมิชชั่นจำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4435, p < .001$) การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2557, p < .01$) การสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 19.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2 = .1967, p < .001$) และเมื่อรวมกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด สามารถทำนายการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.53 ($r^2 = .2453, p < .01$)

จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในคลินิกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 161 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3809, p < .01$) การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = .4259, p < .01$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4915, p < .01$) การสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ร้อยละ 18.14 ($r^2 = .1814, p < .01$) และเมื่อรวมกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.02 ($r^2 = .2202, p < .01$)

จันทกานต์ อังคนวัฒนานนท์ (2540) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยบางประการกับความเครียดในบทบาทของหญิงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอด 4 สัปดาห์แรกที่คลอดบุตรคนแรกทางช่องคลอด จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลางถึงมาก มีความเครียดในบทบาทโดยรวมและรายด้านในระดับน้อย การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทโดยรวม และความคลุมเครือในบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.17, p < .05$ และ $r = -0.16, p < .05$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นรายด้านพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.21, p < .01$ และ $r = -0.33, p < .001$ ตามลำดับ)

วิมล สุชวนวัฒน์ (2541) ศึกษาเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้พฤติกรรมทารก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ จำนวน 150 ราย ที่มารับบริการตรวจหลังคลอด ณ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง การรับรู้พฤติกรรมทารกและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี มีการแสดงบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พฤติกรรมทารกและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2342, p < .01$ และ $r = .4145, p < .01$ ตามลำดับ) การรับรู้พฤติกรรมทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2467, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ร้อยละ 22.52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2 = .2252, p < .001$) และเมื่อรวมกับการรับรู้พฤติกรรมทารก สามารถทำนายการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.19 ($r^2 = .2819, p < .01$)

สายลม เกิดประเสริฐ (2542) ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาต่ออาการซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติ 6 สัปดาห์ที่มาตรวจ ณ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดร้อยละ 15 และพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ จะมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดมาก ($r = -0.17, p < .05$) มารดาที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อย ($r = -0.20, p < .05$) มารดาที่เคยมีปัญหาสุขภาพจิตมาในอดีตจะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่ายขึ้น ($r = 0.31, p < .01$) มารดาหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากคู่สมรสมาก อาการซึมเศร้าหลังคลอดจะลดน้อยลง ($r = -0.24, p < .01$) และมารดาที่ไม่พึงพอใจในพฤติกรรมของคู่สมรส จะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น ($r = -0.16, p < .05$) นอกจากนี้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 4.30 ($r^2 = .043, p < .05$) และเมื่อรวมกับประวัติสุขภาพจิตในอดีต และการเบิกค่ารักษาพยาบาลสามารถทำนายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 16 ($r^2 = .16, p < .05$)

บังอร ด้อยดิ่ง (2543) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยที่นำบุตรมารับการตรวจตามนัดครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ

ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .450, p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยได้ร้อยละ 20 ($r^2 = .202, p < .001$)

ศิรินา ศิลปดำรง (Sindamrong, 2004) ศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวด ที่มีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 89 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวด สามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ร้อยละ 14.9 ($r^2 = .149, p < .01$)

ผลจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวเป็นหลักฐานในการสนับสนุนว่า การสนับสนุนที่ดีจะทำให้มารดาที่รอคลอดมีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี มีประสบการณ์การคลอดที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจภายหลังคลอดได้ ดังนั้นการให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด จะนำไปสู่การมีความรู้ มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีในการเป็นบิดามารดา มีการปรับตัวที่ดีและลดความเครียดในบทบาทการเป็นบิดามารดา อาการซึมเศร้าหลังคลอดจะลดน้อยลง ทั้งยังลดความเจ็บปวดในการคลอด ทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้

การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะตั้งครรภ์และการคลอด

การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะตั้งครรภ์และการคลอด สามารถทำได้โดยการให้ความรู้และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามี ซึ่งการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์เพื่อเตรียมการคลอดเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการเตรียมคลอดสามารถลดความวิตกกังวลที่ยิ่งใหญ่ของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะคลอด เป็นการเตรียมตัวเพื่อการแยกจากทารก ความห่วงใยมุ่งไปที่ทารกกับการคลอด ซึ่งช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสมในการเตรียมคลอดเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป (Auvenshine & Enriquez, 1990) และถ้าให้การสนับสนุนสามีในการมีส่วนร่วมขณะการเตรียมคลอดและการคลอด จะทำให้สามีมีความเข้าใจภรรยาและมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ ในขณะเดียวกันมารดาที่มีสามีอยู่ด้วยข้าง ๆ ในขณะที่เจ็บครรภ์และการคลอดจะรู้สึกผ่อนคลายมากกว่า

(MacLaughlin & Taubenheim, 1983) และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นระหว่างคู่สมรส (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Callister, 1995) ในประเทศออสเตรเลียจะให้ความรู้เพื่อเตรียมการคลอดโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเช่นเดียวกัน (Roll & Cutts, 2001; Haskins Westmoreland & Zwelling, 2000, cited by Nolan & Foster, 2005: 4) โดยมีข้อพิจารณา คือ

- 1.) เตรียมครอบครัวให้มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และการเป็นบิดามารดา
- 2.) ช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด รวมถึงการดูแลทารกแรกคลอด
- 3.) การมีส่วนร่วมของสามีอย่างกระตือรือร้นในช่วงระหว่างดำเนินการให้ความรู้
- 4.) มุ่งเน้นผลกระทบทางด้านอารมณ์ในระยะยาว ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
- 5.) พิจารณาความต้องการทางด้านวัฒนธรรมด้วย
- 6.) ควบคุมกระบวนการทำกลุ่ม และควบคุมขนาดของกลุ่มให้อยู่ในช่วง 6-10 คู่ สูงสุดไม่เกิน 12 คู่
- 7.) ประเมินชั้นเรียนและกระบวนการสอน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงครั้งต่อไป

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องการข้อมูลในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และการบรรเทาอาการเจ็บปวดและการช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมของสามีจึงเป็นโอกาสที่จะเพิ่มความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยา สามีส่วนมากต้องการให้การสนับสนุนเนื่องจากความรักที่มีต่อกันในระหว่างสามีภรรยา และต้องการให้ทารกได้รับความปลอดภัยในการคลอด (Wickham, 2005: 59) จากการศึกษาของนอร์แลนด์ (Nolan, 1994 cited by Nolan & Foster, 2005: 9) สามีที่เข้าร่วมในห้องสอน ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือของตน ต้องการรู้ถึงบทบาทของบิดาในการช่วยเหลือเมื่อทารกคลอด และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ดังนั้นการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์จึงต้องมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ บทบาทการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และการคลอด ดังรายงานการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด จะมีความเครียดน้อย มีประสบการณ์ความเจ็บปวดที่น้อยกว่า ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดน้อยกว่า และมีความรู้สึกที่ดีต่อประสบการณ์การคลอด และพบว่าอัตราของ

มารดาที่สามมีส่วนร่วม จะได้รับประโยชน์มากกว่าอัตราของมารดาที่ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล โดยทั่วไปมารดาที่มีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของสามีมักกว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาล สามีสสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างใกล้ชิดมากกว่าและเป็นไปตามความคาดหวังของมารดา (Lymb,1997; Tarkka, 2000; & Spiby et al, 1999 cited by Nolan & Foster, 2005: 57) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีต่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนี้

ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ (2531) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในระยะเจ็บครรภ์ ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองซึ่งสามีเข้าไปอยู่กับผู้คลอด และกลุ่มควบคุมซึ่งสามีไม่ได้เข้าไปอยู่กับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ จำนวนกลุ่มละ 20 ราย โดยจัดให้แต่ละคู่ของการทดลองมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอาชีพ และระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอดที่สามีเข้าไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์ มีความวิตกกังวลต่ำกว่า ($t = 4.26, p < .001$) และมีความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดดีกว่ากลุ่มผู้คลอดที่สามีไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.89, p < .01$)

ประกายแก้ว กำคำ (2534) ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด และระยะเวลาในการคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มาคลอดที่โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และอนุญาตให้สามีซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้คลอดมาแล้วเข้าไปให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่า ($t = 10.43, p < .01$) มีความต้องการยาระงับปวดน้อยกว่า ($t = 4.39, p < .01$) ระยะเวลาคลอดสั้นกว่า ($t = 3.89, p < .01$) กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุจินดา ตรีเนตร (2544) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ในหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยกำหนดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ผลการศึกษาพบว่า หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการ

สนับสนุนจากสามมี มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่า ($u = 12, p < .05$) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($u = 12, p < .05$)

จตุพร ตันตโนกิจ (Tuntanokij, 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดต่อระดับความปวด พฤติกรรมการเผชิญความปวด และระยะเวลาการคลอด ในสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา จำนวน 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดในระยะคลอดช่วงปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.35, p < .001$ และ $t = 2.87, p < .01$ ตามลำดับ) และมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดช่วงปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.43, p < .01$ และ $t = 2.85, p < .001$ ตามลำดับ) แต่พบว่าระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .09, p > .05$ และ $t = 1.24, p > .05$ ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะคลอด เพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก ซึ่งจะส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะต่อ ๆ มา

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความพึงพอใจของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะคลอด (Marut & Mercer, 1979) อันมีผลมาจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายระหว่างการเจ็บครรภ์ และการคลอด ซึ่งประสบการณ์การเจ็บครรภ์ในระหว่างการคลอด ไม่ใช่ภาพสะท้อนทางด้านร่างกายของกระบวนการคลอดเพียงอย่างเดียว แต่การเจ็บครรภ์คลอดเป็นผลจากปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีความซับซ้อน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ในมารดาที่แตกต่างกัน โดยทั่ว ๆ ไปประสบการณ์ที่มารดาได้รับและแสดงออกมา และอยู่ในความทรงจำของมารดาคือความไม่สุขสบายที่มีระดับที่แตกต่างกันที่เรียกว่าความเจ็บปวด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 379-380; Lowe, 1996: 82) ดังนั้นประสบการณ์การคลอดของมารดา จึงเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น และความพึง

พอใจของมารดา ตลอดจนความคาดหวังในเรื่องความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาดังกล่าวถูกกำหนดด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในหลายแง่มุม ทั้งจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวตนของมารดากับสถานการณ์การคลอด บุคลากรทางด้านสุขภาพและการดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวทารกเอง (Marut & Mercer, 1979: 260-266)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาแต่ละคนจะแตกต่างกันไป บางคนอาจมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก ในขณะที่บางคนจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ต่างกันนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้มารดามีการรับรู้ที่ต่างกัน 5 ประการ (Clarks et al., 1979: 345-356) ได้แก่

1. ลักษณะของบุคคล (Identity and self) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 มารดาที่มีความรู้สึกว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตนเองเนื่องจากมารดามีความคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีความหมาย และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้บรรลุเป้าหมายได้จริง และจะรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในทางบวก จากการได้รับความช่วยเหลือที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นส่วนสำคัญหรือบุคคลที่มีความสำคัญ จะนำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

1.2 มารดาที่มีความรู้สึกว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่มีผลในทางลบสำหรับตนเนื่องจากมารดาเห็นว่า การคลอดเป็นภาวะเครียด เป็นเรื่องที่น่ากลัว มีความเจ็บปวดทรมาน หรือมารดาอาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการคลอดและการเป็นมารดา ประสบการณ์การคลอดไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรืออาจเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นในระหว่างการคลอด รับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านลบ เช่น เจ้าหน้าที่ดูว่า หรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ในทางลบ และไม่ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจหรือความก้าวหน้าของการคลอด รวมถึงการได้รับการตอบสนองในด้านลบ จากครอบครัวและบุคคลในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นส่วนสำคัญหรือบุคคลที่มีความสำคัญ จะนำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี

2. ความคาดหวังต่อบทบาทการเป็นผู้คลอด (Role expectations) ความคาดหวังต่อบทบาทของมารดาถูกกำหนดโดยสังคม วัฒนธรรม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของ

แต่ละบุคคล แต่การดำรงบทบาทของมารดาไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทได้

3. ความกลัวและความวิตกกังวล (Fear and Anxiety) หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกกลัว และกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ในระหว่างการคลอด ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวล ในระดับเล็กน้อย หรือปานกลางมีผลในการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ส่วนความกลัวและความวิตกกังวลที่มากเกินไปก็เป็นการบ่งบอกถึงสภาวะของทารกในครรภ์ ว่าอาจได้รับอันตราย ซึ่งระหว่างการคลอดความกลัวและความวิตกกังวลอาจเพิ่มมากขึ้นได้จากเวลา และความก้าวหน้าของการคลอด รวมถึงความเครียดในหลาย ๆ ด้าน เช่น สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล การต้องเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งบุคลากรและสถานที่ การไม่คุ้นเคยกับเสียงและกลิ่นภายในโรงพยาบาล การได้รับการเตรียมตามกฎของโรงพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนอุจจาระ การตรวจและการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ตลอดจนการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ความกลัวและความกังวลที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายเท่านั้น ยังส่งผลต่อความไม่ก้าวหน้าของการคลอด

4. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก (Sensory Alteration) ความรู้สึกต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระหว่างประสบการณ์ของการคลอดที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจมีทั้งความรู้สึกที่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป (sensory overload) และความรู้สึกที่ขาดการกระตุ้น (sensory deprivation)

4.1 ความรู้สึกที่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป (sensory overload) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระหว่างการคลอด เช่น การมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด การแตกของถุงน้ำคร่ำ ความถี่ในการหดตัวของมดลูก และการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการกระตุ้นความรู้สึกที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการคลอด และการเตรียมการคลอด เช่น ความถี่ของการตรวจภายใน การย้ายเข้าห้องคลอด การจัดการให้ความช่วยเหลือในกระบวนการคลอด และอาจได้รับการกระตุ้นจากเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ตลอดจนการได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากผู้คลอดคนอื่น ๆ ภายในห้อง

4.2 ความรู้สึกที่ขาดการกระตุ้น (sensory deprivation) ซึ่งเป็นผลจากการถูกจำกัดหรือถูกขัดขวางจากกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น การถูกจำกัดในนอนพักบนเตียง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การไม่อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยม และการนอนไม่หลับ สิ่งเร้าดังกล่าวอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกถึงการขาดความสามารถในการปฏิบัติในสิ่งที่ตนต้องการ และสูญเสียความเป็นตัวเอง

5. ความรู้สึกสูญเสีย (Feeling of loss) ในระหว่างการคลอดหญิงตั้งครรภ์อาจมี

ประสบการณ์การสูญเสียที่แตกต่างกันไป บ่อยครั้งที่ประสบการณ์การสูญเสียเกิดขึ้นเมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวัง หรือสูญเสียเกี่ยวกับตนเอง เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์จากการที่ต้องคลอดบุตร การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสถานการณ์การคลอด ที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ตัวอย่างเช่น มารดาที่มีระยะเวลาของการคลอดที่สั้นจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (ประกายแก้ว คำคำ, 2534; Promrak, 2004) และมารดาที่มีการรับรู้ความเจ็บปวดน้อย ก็จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกด้วยเช่นกัน (ประกายแก้ว คำคำ, 2534; Promrak, 2004; Tuntanokij, 2006) ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพและการดูแลที่สัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีรายงานการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ หรือจากผู้เชี่ยวชาญในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงการได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับทารกแรกเกิด จะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (ประกายแก้ว คำคำ, 2534; นิจัสกร นังคลา, 2546; Sodsong, 2005; Tuntanokij, 2006) นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านตัวบุตรเอง การได้บุตรที่แข็งแรงหรือได้เพศตามที่ต้องการก็ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกด้วยเช่นกัน (Marut & Mercer, 1979)

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่กระตุ้นการรับรู้ของมารดา ได้แก่ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้สึกมีคุณค่า ทักษะ ทักษะ ความต้องการ และความเชื่อในการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งมีทั้งประสบการณ์ในทางบวกและทางลบ การรับรู้ประสบการณ์ในทางด้านบวก หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมาย สามารถรับรู้เหตุการณ์ระหว่างการคลอดและปรับตัวได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจกับประสบการณ์การคลอด ในทางตรงข้ามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบ หญิงตั้งครรภ์จะตกใจ มีความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความผาสุกในชีวิต หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวล และมีความกลัวมาก ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกไม่พึงพอใจในประสบการณ์การคลอด

การส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระหว่างการคลอด มีกลไกในการเจ็บครรภ์ของมารดาไม่แตกต่างกัน จะแตกต่างกันในด้านปัจจัยทางจิตใจซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความปวด ในระหว่างการคลอด ความวิตกกังวล ความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (out-of-control) มารดามักจะตื่นและร้องเมื่อมีความเจ็บปวดในระหว่างเจ็บครรภ์ ความปวดอาจทำนายล่วงหน้าได้จากความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นซึ่งผลที่ตามมาจะรับรู้ความปวดเพิ่มมากขึ้น และอาจเพิ่มมากขึ้นอีกโดยผ่านกลไก

ทางด้านสรีระ และด้านจิตใจ (Lowe, 1996: 85) ซึ่งส่วนประกอบของความวิตกกังวลที่สำคัญมาจากการกลัว เช่น กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวไม่สามารถควบคุมตนเองได้ กลัวอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง และทารก ความกลัวที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด และมีผลต่อผลลัพธ์ของการคลอดในระยะที่สองของการคลอดทั้งในมารดาและทารก (Lowe, 1989, 1991) การจัดความวิตกกังวลให้หมดไป และการทำให้มารดามั่นใจในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์การคลอดได้จะทำให้การรับรู้ความปวดลดลง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและสิ่งกระตุ้นที่ไม่พึงพอใจ โดยการพูดคุย การดูทีวี การฟังเพลง อาจช่วยลดความปวดได้ โดยเฉพาะถ้ามีบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดา เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382; Lowe, 1996: 85) ดังมีรายงานวิจัยที่สนับสนุนการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านบวกด้วยการจัดโปรแกรมการเตรียมคลอดวิธีต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล และการนำบุคคลสำคัญมามีส่วนร่วมในการดูแล ดังต่อไปนี้

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในหญิงครรภ์แรกจำนวน 40 ราย ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูง ฝากครรภ์และคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยฝากครรภ์ แต่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวคลอดตามแผนการเตรียมตัวคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.165, p < .01$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล คะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ประกายแก้ว คำคำ (2534) ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และอนุญาตให้สามีซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้คลอดมาแล้ว เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.78, p < .01$)

นิจัสกร นังคลา (2546) ศึกษาผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่ เป็นสตรีครรภ์แรกที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชและผู้ช่วยเหลือ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ

15 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด ผลการศึกษาพบว่า สตรีครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างจากสตรีครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.523, p < .001$) และพบว่า ผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด แตกต่างจากผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.173, p < .01$)

เพลินพิศ พรหมรักษ์ (Promrak, 2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานโดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอด ต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก จำนวน 60 ราย ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานตั้งแต่อายุครรภ์ 32-38 สัปดาห์และระหว่างเจ็บครรภ์คลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดในระยะคลอดช่วงปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลง น้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.32, p < .001$ และ $t = 8.81, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.53, p < .001$)

วิภาวรัตน์ สอดส่อง (Sodsong, 2005) ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับทั้งการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดและการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับแต่การพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.06, p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จตุพร ดันตโนกิจ (Tuntanokij, 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จำนวน 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการเตรียมคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา

พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p < .001$)

จากผลการวิจัยดังกล่าว หญิงตั้งครรภ์ที่มีทักษะในการบรรเทาอาการเจ็บปวด และสามารถปฏิบัติได้ อาจประสบความสำเร็จในการควบคุมตนเองในขณะเจ็บครรภ์และการคลอด และถ้าสามีมีส่วนร่วมด้วยในกระบวนการคลอด ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวล ความกลัว ทั้งยังช่วยควบคุมหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างการเจ็บครรภ์ และช่วยให้ผ่อนคลาย และถ้าหญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับการส่งเสริมให้ได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกคลอดก็อาจนำมาซึ่งความพึงพอใจในการคลอด ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ที่ดีในการคลอด ด้วยเหตุนี้การเตรียมการคลอดและการส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างต่อเนื่องรวมถึงในระยะสองชั่วโมงหลังคลอดจึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก การมีสัมพันธภาพที่ดีในระหว่างคู่สมรส และก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างบิดามารดา และทารก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 2) ให้ความหมายของความรักใคร่ผูกพันว่า หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสองคนที่มีความจำเพาะและยังระยะเวลาผ่านไปนานความผูกพันก็ยิ่งมากขึ้น ความรักใคร่ผูกพันที่เข้มแข็งจะดำรงอยู่ได้แม้จะต้องแยกห่างไกลจากกัน หรือจากกันเป็นระยะเวลานาน

เมอร์เซอร์ (Mercer, 1995: 31) กล่าวถึงความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ว่าเป็นกระบวนการรับรู้ และกระบวนการทางสังคม ที่พัฒนามาจากความรู้สึกดีที่มีต่อกันและมีความพึงพอใจในประสบการณ์ร่วมกันในระหว่างบุคคลสองคน

ครอปเลย์ และคณะ (Cropley, Lester, & Pennington, 1976 cited by Bowen & Miller, 1980: 307) กล่าวถึงความรักใคร่ผูกพันว่าเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกหน้าที่ที่แตกต่างกัน เป็นสัมพันธภาพของความรักที่บุคคลแสดงต่อกัน เกิดการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบิดามารดามีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของทารก และทารกก็มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของบิดามารดา

โดยสรุปแล้ว ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก หมายถึงอารมณ์ ความรู้สึกผูกพัน และมีพฤติกรรมการแสดงออกระหว่างบุคคลสองคน เช่น ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ผ่านช่วงระยะเวลาที่ยาวนานเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงในระยะหลังคลอด

กระบวนการของความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 9) ศึกษาจากปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญต่อการเกิดความผูกพันกับทารก ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ ดังนี้

ระยะก่อนตั้งครรภ์ ปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก เริ่มต้นตั้งแต่คู่สมรสวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะคิดฝันเกี่ยวกับทารกในครรภ์ นึกถึงประสบการณ์ที่เคยได้รับรู้จากมารดาเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลทารก โดยเฉพาะบทบาทในการให้ความรัก มีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาไม่ได้รับการดูแลจากมารดาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น หรือต้องแยกจากมารดาในช่วงอายุที่น้อยกว่า 11 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่มาจากครอบครัวที่แตกแยก เช่น มารดาหรือบิดาเสียชีวิต หรือในบิดามารดาที่แยกทางกันจะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Frommer & O'Shea, 1973; Hall et al., 1979 cited by Klaus & Kennell, 1982: 11)

ระยะตั้งครรภ์ ปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ได้แก่ ตรวจสอบและยืนยันการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นบุคคลหนึ่ง โดยเมื่อตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สำหรับในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ หลังการตรวจสอบและยืนยันการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะยอมรับการตั้งครรภ์ และคิดว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตน และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ถึงการดิ้นของทารก จึงเริ่มรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นบุคคลหนึ่ง และจะยังคิดฝันในตัวทารกมากขึ้นว่าทารกจะเหมือนใคร และรู้สึกผูกพันกับทารกมากขึ้น ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการทารก จะเริ่มมีการยอมรับมากขึ้น ซึ่งความตระหนักนี้จะกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เช่น เตรียมซื้อเสื้อผ้า เปล เตรียมตั้งชื่อทารก และมีการจัดเตรียมบ้านใหม่เพื่อให้เหมาะกับทารก

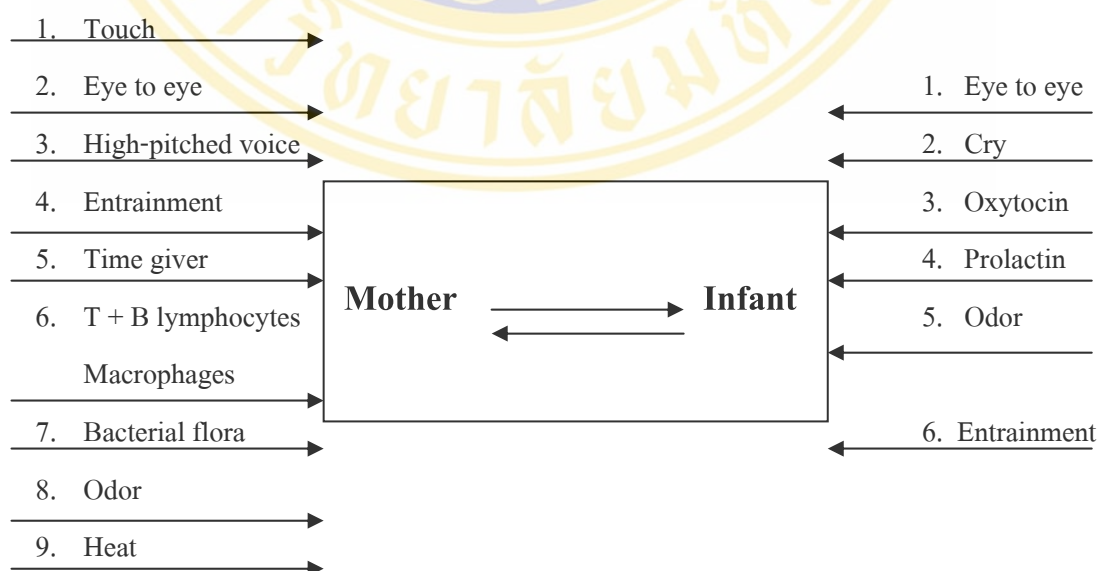
ระยะเจ็บครรภ์ และระยะคลอด ปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ได้แก่ การแสวงหาการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับตนและบุตร คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 25-30) อธิบายว่ามารดาที่ได้รับการดูแลสนับสนุนจากคนใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องในคลินิกระหว่างการเจ็บครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด จะส่งผลดีต่อทั้งมารดาและทารก ดังนั้นการเตรียมบิดามารดาให้พร้อมในกระบวนการคลอด และส่งเสริมคู่สมรสให้สนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ คลอสและเคนเนล (Klaus et al., 1981, cited by Klaus & Kennell, 1982: 27) ศึกษาถึงผลระยะยาวของการมีคู่สมรสให้การสนับสนุนในระหว่างการ

เจ็บครรภ์และการคลอด พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างกระบวนการคลอดลดลง และลดระยะเวลาของการคลอด

ระยะหลังคลอด ปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ได้แก่ การมองเห็นทารก การสัมผัสทารก การดูแลทารก และการยอมรับว่าทารกเป็นอีก บุคคลหนึ่ง ที่แยกออกไปจากมารดา ซึ่งในระยะ 30-60 นาทีแรกหลังคลอด เป็นช่วงระยะเวลาที่ พิเศษของชีวิต (Klaus & Kennell, 1982: 38-40) การที่ทารกได้สัมผัสกับบิดามารดาจะเป็นการ ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก อันเป็นผลให้บิดามารดาได้เรียนรู้ เกี่ยวกับทารกทั้งทางด้านลักษณะนิสัย เพศ ภาวะสุขภาพ และเรียนรู้ในการตอบสนองความต้องการ ของทารก ดังนั้นการส่งเสริมให้ทารกได้อยู่กับบิดามารดาเป็นระยะเวลานานก็จะเป็นการเปิด โอกาสให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารก และก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นตั้งแต่ในระยะ แรกเริ่มของชีวิต

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของทารก การ ส่งเสริมให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันทันทีในระยะหลังคลอด จะทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้สึก การหลั่งฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันโรค และกลไกด้าน พฤติกรรมของความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก และทารกกับมารดา

Klaus & Kennell, (1982:71)

กลไกการสร้างความรักใคร่ผูกพัน ที่ก่อเกิดจากการมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ได้ดังต่อไปนี้

1. **การสัมผัส (Touch)** การสัมผัสเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่สุดที่มารดาใช้แสดงความผูกพันต่อทารก มารดาจะให้ความสนใจทารกด้วยการสัมผัส และมีรูปแบบในการสัมผัสทารกอยู่ 3 ลักษณะคือ ในการสัมผัสครั้งแรกมารดาส่วนมากสัมผัสทารกโดยใช้นิ้วจบบริเวณนิ้ว แขน ขาของทารก อีก 4-8 นาทีต่อมา มารดาจะลูบคลำแขนขาของทารก และใช้ฝ่ามือลูบไล้บริเวณลำตัวโดยรอบ (Klaus & Kennell, 1982:71) และจากการศึกษาของ ซนิตา คชะสุต (2538) พบว่ามารดาที่สัมผัสทารกทันทีหลังคลอด มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้สัมผัสกับทารกทันทีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. **การประสานสายตา (Eye to eye contact)** ปฏิสัมพันธ์ที่มารดาแสดงต่อทารกในระยะเริ่มต้นอีกอย่างหนึ่งคือการประสานสายตา จากการศึกษาของคลอสและคณะ (Klaus and associates, 1970, cited by Klaus & Kennell, 1982: 73) แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีความสนใจมากที่จะสบตากับทารก พบว่าร้อยละ 73 ของมารดาสนใจที่จะเห็นทารกลืมตา และนี่ก็ว่าทารกจ้องมองมายังตน ทำให้มารดาารู้สึกถึงความใกล้ชิดที่มีต่อกัน

3. **เสียงของมารดา (Mother's voice)** มารดาตอบสนองต่อเสียงของทารกทันทีตั้งแต่แรกคลอด มารดาจะตั้งตาคอยฟังเสียงร้องครั้งแรกของทารกเพื่อความมั่นใจว่าทารกมีสุขภาพแข็งแรง และในขณะเดียวกันทารกจะตอบสนองต่อเสียงแหลมสูงมากกว่าเสียงธรรมดา จากการศึกษาของแลง (Lang, 1976, cited by Klaus & Kennell, 1982: 75) โดยสังเกตมารดาที่คลอดที่บ้านมักจะพูดกับทารกด้วยเสียงแหลมสูง ซึ่งไม่ใช่คำเสียงปกติ เมื่อหันมาพูดคุยกับแพทย์พยาบาลก็จะเปลี่ยนเป็นเสียงปกติและ กลับมาพูดด้วยเสียงแหลมสูงเมื่อพูดและจ้องมายังทารก และจากการศึกษาพบว่าทารกจะตื่นตัวและสนใจในเสียงผู้หญิงมากกว่าเสียงผู้ชาย เพราะผู้หญิงมีเสียงแหลมสูงมากกว่าผู้ชาย (Brazelton cited by Klaus & Kennell, 1982: 75) ดังนั้นการใช้เสียงแหลมสูงของมารดาจึงเหมาะกับการรับรู้การได้ยินของทารก

4. **การเคลื่อนไหวตามเสียงพูด (Entrainment)** จากการศึกษาของคอนดอนและแซนเดอร์ (Condon & Sander, 1974 cited by Klaus & Kennell, 1982: 76) สังเกตพบว่าทารกจะเคลื่อนไหวตามจังหวะเสียงพูดของมารดา ในขณะที่ทารกเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวจะเกิดเมื่อเสียงเปลี่ยนอย่างสัมพันธ์กัน ดังนั้นเสียงกระตุ้นของมารดาจึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้ทารกแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง อันเป็นการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

5. **การให้โอกาสการเรียนรู้ (Time giver)** แซนเดอร์และคณะ (Sander & associates, 1970 cited by Klaus & Kennell, 1982: 77) กล่าวว่า ทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดา จะมีระบบการ

ทำงานของอวัยวะที่ปรับให้เข้ากับระบบการทำงานของร่างกายมารดา มีหลายปัจจัยที่ทารกผูกพันกับมารดาได้แก่ วงจรการนอน ระบบฮอร์โมนในร่างกาย แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา ความสม่ำเสมอของจังหวะการเต้นของหัวใจ จังหวะการหดตัวของมดลูกในขณะคลอด จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทารกจึงเริ่มมีระบบการทำงานของอวัยวะเป็นของตนเอง สำหรับในช่วงชั่วโมงแรกของทารก เป็นช่วงที่ทารกมีความตื่นตัวเหมาะสมในการกระตุ้นความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยการอุ้มโอบกอดทารก เพื่อให้ทารกได้สัมผัสกับมารดาอย่างใกล้ชิด และได้สัมผัสถึงการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายมารดา เช่น จังหวะการเต้นของหัวใจ ความอบอุ่นจากการโอบกอดของมารดา เป็นการช่วยปรับให้ทารกได้เรียนรู้กับสิ่งแวดล้อมภายนอกครรภ์มารดา ซึ่งทำให้ทารกรู้สึกมีความมั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

6. การให้ภูมิคุ้มกันทางน้ำนม (T- and B-lymphocytes, secretory A macrophages) การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ไม่เพียงแต่จะสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก น้ำนมมารดายังอุดมไปด้วยคุณค่าสารอาหาร และมีภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในน้ำนมเหลือง (colostrums) ซึ่งมีส่วนประกอบของ secretory immunoglobulin A, T-lymphocytes และ B-lymphocytes สามารถป้องกันและทำลายเชื้อโรคในระบบทางเดินอาหารของทารก โดยเฉพาะ secretory immunoglobulin A ซึ่งไม่ถูกทำลายโดยเอนไซม์บริเวณลำไส้

7. การให้ภูมิคุ้มกันธรรมชาติ (Bacterial nasal flora) การให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันและสัมผัสกันอย่างใกล้ชิดในระยะแรกหลังคลอดโดยเร็ว ทำให้ทารกได้รับเชื้อแบคทีเรียจำพวก สแตฟฟิโลค็อกคัส (staphylococcus) จากลมหายใจของมารดา และเชืื่อนี้จะเจริญเติบโตได้ดีในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารของทารก ช่วยให้ทารกมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อดังกล่าว

8. การรับกลิ่นเฉพาะ (Odor) กลิ่นของมารดามีผลต่อทารก ทำให้ทารกสามารถแยกแยะกลิ่นของมารดาได้ จากการศึกษาพบว่าภายในวันที่ห้าของการให้นมมารดา ทารกสามารถที่จะแยกแยะกลิ่นจากผ้าซับน้ำนมของมารดาตนเองได้ (MacFarlane, 1975 cited by Klaus & Kennell, 1982: 79)

9. การให้ความอบอุ่น (Heat) ร่างกายของมารดาเป็นแหล่งกำเนิดความอบอุ่นที่จะแผ่ไปยังร่างกายทารก เมื่อมารดาอุ้มทารก ทารกจะสัมผัสได้ซึ่งความอบอุ่น และเกิดความพึงพอใจ จากการศึกษาของฟิลลิปส์ (Phillips, 1974 cited by Klaus & Kennell, 1982: 79) พบว่าเมื่อทารกอยู่บนอกมารดาโดยไม่สวมเสื้อผ้า และไม่ต้องส่องไฟให้ความอบอุ่น ร่างกายทารกจะไม่สูญเสียความร้อน และมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิกายทารกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดากับทารก

กรีนเบิร์ก และมอร์ริส (Greenberg & Morris, 1974 cited by Tomey, 1983: 16; 1974 cited by Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1999: 846) เรียกปฏิสัมพันธ์ที่บิดาแสดงต่อบุตรว่า เอนกรอสเมนต์ (engrossment) หมายถึงการมีใจจดจ่ออยู่กับทารก ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีความคล้ายคลึงกันกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกมีลักษณะดังนี้คือ

1. การได้เห็นทารก ผู้ที่เป็นบิดาจะมองทารกด้วยความสนใจ ห่วงใย น่ารัก น่าเอ็นดู
2. การได้สัมผัสทารก ผู้ที่เป็นบิดาจะมีลีลาในการสัมผัสและการอุ้มทารกอย่างทะนุถนอม และมีความสุข
3. การรับรู้ว่าการทารกมีลักษณะจำเพาะ ซึ่งแตกต่างจากทารกคนอื่น บิดามีความรู้สึกว่าตนจำบุตรของตนเองได้
4. การรับรู้ว่าการทารกมีความสมบูรณ์ บิดาจะเห็นทารกเป็นสิ่งที่ดีเลิศ และมีความสมบูรณ์พร้อม
5. ความมีเสน่ห์ดึงดูดของทารก บิดาจะมุ่งจุดสนใจไปที่ทารกอย่างมาก
6. ความภูมิใจในทารก บิดามีความปลื้มปิติยินดีตั้งแต่ทารกคลอด รู้สึกภูมิใจ ปรารถนาในทารก
7. การเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเอง หลังจากได้เห็นทารกเป็นครั้งแรก ทำให้บิดามีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ยิ่งใหญ่อย่างไม่เคยรู้สึกมาก่อน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและ ทารก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและทารกนั้น สามารถเกิดขึ้นและพัฒนาไปตามระยะพัฒนาการ แต่หากมีสิ่งใดก็ตามมาขัดขวางความรักใคร่ผูกพันนั้น ย่อมส่งผลต่อการสร้างและพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและทารกได้ อันจะเป็นผลต่อพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของทารกด้วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennel, 1976: 12-13) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก คือ

1.1 ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูในวัยทารก บิดามารดาจะมีความรักใคร่ผูกพันในทารกของตน หากบิดามารดานั้นเคยได้รับความรัก ความอบอุ่น ตลอดจนความห่วงใยเอาอาทรต่อกันในครอบครัว ทำให้บิดามารดาที่มีความมั่นใจ พร้อมทั้งจะให้ความรักและให้การดูแลทารก ทำให้เกิดความผูกพันต่อทารก

1.2 พันธกรรม หากบิดามารดามีเรื่องของภาวะโรคทางพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ในระยะการตั้งครรภ์ เช่น โรคเลือดบางชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม จะทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันได้

1.3 ขนบธรรมเนียมประเพณี ธรรมเนียมไทยแต่โบราณผู้หญิงต้องเรียบร้อย แสดงกิริยาอย่างเปิดเผยไม่ได้ อาจเป็นผลต่อความรักใคร่ผูกพันได้

1.4 สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาและครอบครัวจากการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายการปรับบทบาทมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก (จรรยา หน่อแก้ว, 2536; ศศิธร มณีแสง, 2538; รพีพรรณ เรืองเดชอนันต์, 2539; วัจมาย สุขวนวัฒน์, 2541; Keawsiriwan, 2003) เมื่อเกิดการตั้งครรภ์มารดาต้องการขวัญ และกำลังใจอย่างมากจากสามี เนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดและไว้วางใจ การได้รับแรงสนับสนุนจากสามี ทำให้มารดารู้สึกอบอุ่นใจ เกิดความเชื่อมั่นในการเป็นมารดา และบิดาเองก็จะมีความรักใคร่ผูกพันกับทารก และในทางตรงข้ามถ้ามารดาขาดแรงสนับสนุนจากสามี ก็จะมีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เช่นกัน

1.5 ประสบการณ์การตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน หากมารดามีความประทับใจ มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอดตลอดจนหลังคลอดดี การตั้งครรภ์ในครั้งใหม่ก็จะทำให้มารดาเกิดความมั่นใจ ที่จะดำเนินการตั้งครรภ์ได้ตามปกติ

1.6 การวางแผนการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความรักใคร่ผูกพัน เป็นความคิดฝันของสามี ภรรยา ที่มีต่อทารกซึ่งคลอดและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 36) กล่าวว่าปฏิกิริยาหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบิดามารดาที่จะขัดขวางสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนาย ความรักใคร่ผูกพันกับทารกในระหว่างการตั้งครรภ์ คือการวางแผนการตั้งครรภ์ (Koniak-Griffin, 1988: 273)

1.7 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ในช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2. ปัจจัยด้านทารก ทารกเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพัน ระหว่างบิดามารดาและทารก การที่บิดามารดาได้ทารกตรงตามที่ตนคิดฝันไว้ จะทำให้มารดาบิดาเกิดความผูกพันต่อทารกนั้น แต่หากไม่เป็นไปตามที่มารดาบิดาคิดฝัน เช่น ทารกมีความผิดปกติพิการ หรือเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ ทำให้มารดาบิดา และทารกขาดการตอบสนองต่อกัน

3. ปัจจัยด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อบังคับ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ได้แก่

3.1 พฤติกรรมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล เช่นการแยกมารดาและทารกเพื่อความสะดวกในการดูแล

3.2 การแยกมารดาและทารกจากกันทันทีหลังคลอด โดยมารดาไม่ได้สัมผัสทารกเลย ทำให้ขาดการกระตุ้นในช่วงระยะที่ทารกมีการตื่นตัว

3.3 กฎระเบียบของโรงพยาบาล เช่น การกำหนดเวลาเยี่ยม การจำกัดเวลาเยี่ยมของทางโรงพยาบาล

3.4 การขาดแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก ซึ่งขาดประสบการณ์การดูแลทารก

นอกจากนี้ Swanson (1978: 35-36) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและทารก ที่นอกเหนือจากคลอดและเคลเนล (Klaus & Kennel, 1976: 12-13) คือ

1. ปัญหาทางด้านร่างกายของมารดา เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น มารดาจะต้องสนใจเอาใจใส่ตัวเองมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ต้องระมัดระวังเรื่องอาหาร การพักผ่อน ทำให้ความสนใจที่มีต่อทารกลดลง

2. ทักษะการตอบสนองต่อความเป็นหญิง หากมารดาไม่รู้สึกรับบทบาทของการเป็นมารดาเป็นบทบาทที่ผู้หญิงควรจะมีใจ ทำให้มารดาพยายามฝึกฝน แสวงหาความรู้จากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งก็คือมารดาของหญิงตั้งครรภ์ ก็จะทำให้แสดงบทบาทของมารดาได้ดี ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เห็นว่าตนมีค่าต่อทารก ทำให้เกิดความผูกพันในตัวทารก

3. การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ในไตรมาสสองของการตั้งครรภ์ บิดามารดาสามารถสัมผัสการดิ้นของทารกได้ ทำให้รู้สึกผูกพันกับทารก

4. อึดมโนทัศน์ มารดาที่มีอึดมโนทัศน์ในทางลบ จะมีผลต่อความเชื่อมั่นของมารดา หากมารดามองตนเองว่าไม่เป็นที่รักของผู้อื่น ก็จะมีผลกระทบรุนแรงต่อความรักใคร่ผูกพันในทารก

5. ความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น สามี บิดามารดา บุตรคนก่อน อาจมีผลต่อความรักใคร่ผูกพันกับทารก

การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกเป็นกระบวนการที่ต้องเนื่องจึงควรให้การส่งเสริมในทุกระยะตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ศุภาว์ เพ็ญเทศ, 2541: 109-116) กล่าวคือ

ในระยะก่อนตั้งครรภ์ การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกสามารถทำได้โดย ให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อให้ครอบครัวมีบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง

ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางพันธุกรรม และโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารก แนะนำให้ครอบครัววางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า เนื่องจากการมีบุตรเมื่อพร้อมครอบครัวจะมีความเครียดลดลง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ

ในระยะตั้งครรภ์ การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกสามารถทำได้โดย การสร้างความมั่นใจและทำให้มารดาและครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก มีการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์เพื่อช่วยลดความตึงเครียด และความรู้สึกไม่แน่นอน ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของมารดา รวมทั้งการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ การมีส่วนช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์ของสามี เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว มารดาและทารกมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อนไม่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ อธิบายถึงสาเหตุของอาการไม่สบายเล็กน้อย ในระยะตั้งครรภ์และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการดังกล่าว กระตุ้นให้มารดาและครอบครัวรับรู้ถึงพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาของทารกในครรภ์ เช่น การดิ้นของทารก อาจให้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก คุณภาพทารกในครรภ์จากการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อให้มารดาและครอบครัวรับรู้ว่ามีสิ่งใหม่เกิดขึ้น แนะนำให้มารดาและครอบครัวคุยกับทารกในครรภ์ และสัมผัสหน้าท้องโดยใช้มือลูบหน้าท้องไปมาเพื่อสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทารก โดยเฉพาะเมื่อทารกในครรภ์ดิ้น ตลอดจนเตรียมมารดาและครอบครัวเพื่อการคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การฝึกควบคุมการหายใจ การผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง ในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ จากการศึกษาวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (วาสนา แหวนหล่อ, 2540)

ในระยะคลอด การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกสามารถทำได้โดย ดูแลให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการคลอดโดยประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์จากการฟังเสียงหัวใจทารก ประเมินการทำงานของมดลูก ความก้าวหน้าของการคลอด รวมทั้งการทำคลอดอย่างถูกวิธี ดูแลให้มารดาได้รับความสุขสบาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟันและอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลให้มารดาได้ถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง รักษาความอบอุ่นของร่างกายมารดา และจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ประเมินความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดา เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาอันมีผลจากความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพในระยะคลอด ในระยะคลอดรกและเยื่อหุ้มทารก มารดาจะมีความเครียดลดลง เป็นช่วงของการเผชิญความจริง

เกี่ยวกับทารก ควรส่งเสริมให้มารดาและบิดาสัมผัสทารก ตอบคำถามเกี่ยวกับทารกตามข้อซักถามของบิดามารดา

ในระยะหลังคลอด การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกสามารถทำได้โดย จัดให้บิดามารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันทันทีในช่วงแรกหลังคลอดหรืออย่างน้อย 30 นาที เนื่องจากระยะแรกเกิดทันทีที่ทารกจะมีการตื่นตัว มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม และเป็นระยะที่บิดามารดามีความรู้สึกไวต่อการเกิดความผูกพันกับทารก (Sensitive periods, Vulnerable point, or Susceptible periods) จัดสิ่งแวดลอมให้มีอุณหภูมิห้องที่อบอุ่น ไม่มีแสงสว่างมากเกินไป ปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อให้ทารกได้สัมผัสตามารดาและครอบครัว และป้องกันมิให้อุณหภูมิร่างกายทารกต่ำเกินไป แนะนำให้บิดามารดาสังเกตและเรียนรู้พฤติกรรมทารก พร้อมทั้งชี้แจงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมทารกในสิ่งที่บิดามารดาอาจเข้าใจผิด เช่น ทารกอาจร้องไห้เมื่อถูกอุ้ม เนื่องจากบิดามารดาอาจมือเย็นมากเกินไป ไม่ใช่ร้องเพราะเจ็บ และการหลับตาของทารกไม่สับสนด้วยเนื่องจากแสงสว่างมากเกินไป เป็นต้น จัดให้ทารกและครอบครัวมีที่พักอยู่ใกล้ชิดกัน (Rooming in) เพื่อเปิดโอกาสให้มีการสร้างสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้บิดามารดา ได้ฝึกดูแลทารกเองโดยพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้กำลังใจ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลทารก จากการศึกษาวิจัยถึงผลของการส่งเสริมสัมพันธ์ภพภายหลังคลอดต่อความผูกพันระหว่างบิดาและทารก และบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก พบว่าบิดาที่ได้รับคำแนะนำ สาธิตเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร และได้รับการช่วยเหลือให้ได้จับทารกภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีความผูกพันระหว่างบิดาและทารกมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ลำยอง รัชมิมาลา และคณะ, 2539; Vajiratanakorn, 2004) เปิดโอกาสให้ญาติและเพื่อนฝูงได้เข้าเยี่ยมมารดาและทารกได้ตามความเหมาะสม สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองเนื่องจากการดูดนมมารดา ทำให้ผิวหนังทารกได้สัมผัสผิวหนังมารดา มารดาและทารกจะสบายกัน สุขุมใจ สบายใจจะเกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายก่อให้เกิดสัมพันธ์ภพที่แน่นแฟ้นต่อกันยิ่งขึ้น

การสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ต้องให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและทารก กล่าวคือต้องลดอุปสรรคที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก และส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาบิดาและทารก ดังรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามาสซ่ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกของหญิงครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามาสซ่ตั้งแต่วินาทีแรก

ตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.71, p < .001$ และ $t = 8.07, p < .001$ ตามลำดับ)

เขาวลัดกษณ์ เสรีเสถียร (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อึดมโนทัศน์กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีภาวะเสี่ยงที่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมทั้งที่เกิดร่วมกับการตั้งครรภ์ และเกิดเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษานในหน่วยโรคแทรกซ้อนโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี ในระยะหลังคลอด จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .01$) และอึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .001$) ส่วนตัวทำนายที่สามารถทำนายสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบเพียงปัจจัยเดียว ได้แก่ อึดมโนทัศน์ ซึ่งสามารถทำนายสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 16.6 ($r^2 = .166, p < .001$)

ชนิตา คชะสูตร (2538) ศึกษาผลของการสัมผัสทารกทันทีหลังคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการระงับปวดต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้ยาชาอย่างต่อเนื่องทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก และกลุ่มที่ได้ยาฉีดแก้ปวดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือเส้นเลือดดำ แล้วแบ่งแต่ละกลุ่มออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 4 กลุ่ม ๆ ละ 30 ราย ทุกกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติจากห้องคลอด แต่กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยภายใน 30 นาทีหลังคลอดมีการนำทารกแรกเกิดที่ไม่ห่อหุ้มร่างกายไปวางบนหน้าอกมารดาเป็นเวลา 10 นาที ต่อมาภายหลังจากมารดาได้พักผ่อนหลังคลอดแล้ว 2 ชั่วโมงจะประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้ยาชาอย่างต่อเนื่องทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอกในกลุ่มทดลอง มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.47, p < .05$) แต่ในมารดาในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือเส้นเลือดดำทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.93, p > .05$)

วาสนา แหวนหล่อ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็น

มารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 48 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2-4 คน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และพัฒนาการของทารกในครรภ์ การฝึกควบคุมการหายใจ การผ่อนคลาย และการอาบน้ำต้อ การประคับประคองทางด้านจิตใจ การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.2, p < .001$ และ $t = 14.4, p < .001$ ตามลำดับ)

พรพรรณ จงปราณี (2540) ศึกษาความสัมพันธ์และหาอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับสูง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293, p < .01$) และเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่นได้ ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.5 ($r^2 = .085, p < .01$) ส่วนปัจจัยคัดสรรพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ชลีพร วชิรธนากร (Vajiratanakorn, 2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง สามิและทารก ซึ่งเข้ารับการผ่าตัดที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.25, p < .05$) แต่คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก สนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสำคัญและสามารถทำได้ไปพร้อม ๆ กัน ใน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด โดยการเตรียมและช่วยเหลือสามีในการมีส่วนร่วม และช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในระยะใกล้คลอด และให้การดูแลต่อเนื่องไปจนถึงระยะคลอด และระยะสองชั่วโมงหลังคลอด รวมถึงการกระตุ้นสัมพันธ์ทางเพศระหว่างบิดามารดาและทารกภายใน 30 นาทีหลังคลอด ซึ่งสามีจะเป็นแรงสนับสนุนที่ดีที่สุดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เป็นการผสมผสานทั้งในด้านปัจจัยด้านบิดามารดา และปัจจัยด้านโรงพยาบาล อันส่งผลถึงปัจจัยทางด้านการคลอด ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้เหนียวแน่น เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่ดี และจากผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้กับหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ในมารดาครรภ์แรก

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์พร้อมกับสามี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2550 ถึง 30 สิงหาคม 2550

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มารดาครรภ์แรกมีอายุ 20-34 ปี
2. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
3. สถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่ด้วยกัน
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด
5. ทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ มีศีรษะเป็นส่วนนำ
6. ทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และไม่มีภาวะพิการ
7. หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษาคือ

- มารดาครรภ์แรกและคู่สมรส ที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการเปิดตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test (Cohen, 1988) เมื่อกำหนดให้ large effect size (.80) และ power = .80 ที่แอลฟา .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 26 คู่ในแต่ละกลุ่ม และเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% เพื่อการสูญเสียของ

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อย่างละเท่า ๆ กัน จำนวนกลุ่มละ 30 คู่

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด โดยแผนกฝากครรภ์ เปิดให้บริการฝากครรภ์รายใหม่ทุกวันพุธ เวลา 11.00 – 16.00 น. และบริการรับฝากครรภ์รายเก่าทุกวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์จะได้รับการสอนสุขศึกษา 2 ครั้งในไตรมาสแรก และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ไตรมาสแรกสอนในเรื่องอาการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ การเตรียมเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลเต้านม การมาตรวจตามนัด และไตรมาสสองสอนในเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลและการวางแผนครอบครัว ไม่มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด และการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

ในหน่วยงานห้องคลอดมีเตียงรอกคลอด 6 เตียง และมีเตียงคลอด 2 เตียง มีจำนวนผู้คลอดโดยเฉลี่ย 100-120 รายต่อเดือน ญาติหรือสามีไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปในห้องคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้กับมารดาและสามี เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเจ็บครรภ์และการจัดการกับความเจ็บปวด การคลอด กระบวนการคลอด การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก และการมีส่วนร่วมของสามีในแต่ละระยะ

1.2 การเยี่ยมชมห้องคลอด เพื่อสร้างความคุ้นเคย และลดความวิตกกังวล

1.3 อนุญาตให้สามีเข้าไปให้การดูแล และสนับสนุนมารดาระหว่างการคลอด โดยเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด สามีจะได้เข้าไปร่วมให้กำลังใจมารดา และช่วยส่งเสริมให้

เกิดความสุขสบาย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ภายใต้การดูแลและสนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด

1.4 ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารกทันทีหลังคลอด โดยการส่งเสริมให้บิดาอุ้มทารกและให้มารดาได้สัมผัสทารกทันทีภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ให้การช่วยเหลือบิดามารดาในการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของทารก ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และเมื่อมารดาได้รับการซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จแล้วจึงส่งเสริมให้บิดาช่วยจัดท่านอนให้มารดาในการให้นมทารก

2. แผนการสอน (ภาคผนวก ก) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และร่างกายในระหว่างการตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อให้นมมารดา การมีส่วนร่วมของสามีในไตรมาสที่ 3 กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือ และการมีส่วนร่วมของสามีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การอุ้มทารก และการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร โดยจัดแผนการสอน 3 ครั้งดังนี้

แผนการสอนครั้งที่ 1 สอนเมื่ออายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และร่างกายในระหว่างการตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อให้นมมารดา การมีส่วนร่วมของสามีในไตรมาสที่ 3 ใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 นาที

แผนการสอนครั้งที่ 2 สอนเมื่ออายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ (สอนห่างจากการสอนครั้งที่ 1 หนึ่งสัปดาห์) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมของสามีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ให้มารดาได้รับความสุขสบาย โดยส่งเสริมในการจัดทำ การเคลื่อนไหว การอาบน้ำห้อง การนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การควบคุมการหายใจ และการให้กำลังใจ โดยส่งเสริมให้มารดาและสามีได้ฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 นาที

แผนการสอนครั้งที่ 3 สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ (สอนห่างจากการสอนครั้งที่ 2 หนึ่งสัปดาห์) ให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก โดยเฉพาะในระยะต้นตัวของทารกทันทีหลังคลอดภายใน 30 นาที โดยสาธิตเกี่ยวกับการอุ้มทารก และฝึกหัดอุ้มทารกจากตุ๊กตา และเน้นการมีส่วนร่วมของสามีเกี่ยวกับการจัดทำทารกในการให้นมมารดา ใช้เวลาในการสอนประมาณ 60 นาที และพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด และห้องหลังคลอดใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. คู่มือ (ภาคผนวก ข, ค, ง) เป็นคู่มือที่ใช้ประกอบการสอนมี 3 ชุด คือ

3.1 คู่มือคุณแม่ตั้งครรภ์และการมีส่วนร่วมของคุณพ่อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และด้านร่างกายในระหว่างการตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และการมีส่วนร่วมของคุณพ่อ (ภาคผนวก ข)

3.2 คู่มือการเตรียมตัวคลอดและการมีส่วนร่วมของสามี มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเจ็บปวดในระยะคลอด กระบวนการคลอด พฤติกรรมของมารดา กิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการคลอดและการมีส่วนร่วมของสามีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเชียร์เบ่งคลอด (ภาคผนวก ค)

3.3 คู่มือการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การอุ้มทารก การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก และประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์ (ภาคผนวก ง)

4. VCD ใช้ประกอบการสอนในเรื่องพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และร่างกายในขณะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมของสามีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยส่งเสริมในการจัดทำ การเคลื่อนไหว การลูบหน้าท้อง การนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การให้กำลังใจ การควบคุมการหายใจ การเบ่งคลอด และการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนจากตำรา เอกสารทางวิชาการต่าง ๆ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก จ) และนำไปปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งบิดาและมารดา (ภาคผนวก ฉ, ช) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในเพศของทารก ประสบการณ์การเลี้ยงทารก และข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

2. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Dyadic Adjustment Scale: DAS) (ภาคผนวก ซ, ฅ) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยสปานีเยร์ (Spanier, 1976: 15-28) มีข้อคำถามเดิมจำนวน 32 ข้อ แปลเป็นไทยโดย วังมัย สุชวนวัฒนะ (2541) และดัดแปลงโดยตัดข้อคำถามออกเหลือ 27 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ประกอบด้วยคำถามด้านบวก 22 ข้อ (ข้อ 1-

13, 16-17, 20-25 และ 27) และคำถามด้านลบ 5 ข้อ (ข้อ 14-15, 18-19 และ 26) ประเมินการปรับตัวของคู่สมรสใน 4 ด้าน คือ 1.) ด้านความเห็นพ้องกัน (dyadic consensus) 12 ข้อ (ข้อ 1-4 และ 6-13) 2.) ด้านความพึงพอใจ (dyadic satisfaction) 8 ข้อ (ข้อ 14-20 และ 27) 3.) ด้านความกลมเกลียวกัน 4 ข้อ (ข้อ 21-24) และ 4.) ด้านการแสดงความรักระหว่างคู่สมรส 3 ข้อ (ข้อ 5 และ 25-26) แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เห็นพ้องกันเลย จนถึง 5 หมายถึง เห็นพ้องกันมากที่สุด ในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะกลับคะแนน ก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 27 – 135 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

สเปาเนียร์ (Spanier, 1976: 15-28) ได้นำแบบประเมินจำนวน 32 ข้อ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นได้นำไปทดสอบความตรงตามเกณฑ์ (Criterion-related validity) ในกลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานจำนวน 218 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่หย่าร้าง 94 ราย โดยทดสอบความแตกต่างรายข้อของทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างกันของข้อคำถามระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากนั้นสเปาเนียร์ ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยนำไปทดสอบความสัมพันธ์กับแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Adjustment scale) ของ ล็อกกี-วอลเลซ (Locke-Wallace, 1959) พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงในทั้ง 2 กลุ่ม ($r = .89$ และ $r = .88$ ในกลุ่มที่แต่งงานและหย่าร้าง ตามลำดับ) จากนั้นได้นำไปตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่ามี 4 องค์ประกอบ และเมื่อศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่ 50 ราย และในกลุ่มที่หย่า 155 ราย ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ผลที่ได้พบว่ายังคงให้องค์ประกอบที่เหมือนกัน (Spanier & Thompson, 1982: 731-738) สำหรับแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทย วัจมาย สุชวนวัฒน์ (2541) ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน นักพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน นักสังคมศาสตร์ 2 ท่าน และปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

สเปาเนียร์ (Spanier, 1976: 15-28) คำนวณความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคขององค์ประกอบย่อยได้เท่ากับ .73 - .94 และของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .96 และเมื่อศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่ 50 ราย และในกลุ่มที่หย่า 155 ราย ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 (Spanier & Thompson, 1982: 731-738) สำหรับแบบประเมินฉบับภาษาไทย วัจมาย สุชวนวัฒน์ (2541) ได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาหลังคลอดจำนวน 40 ราย คำนวณความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 ในปี พ.ศ. 2547 ชูลีพร วชิรธนากร(Vajiratanakorn, 2004) ใช้แบบประเมินนี้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอด 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 และประเมินในบิดาได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และเมื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่เป็นมารดาผ่าตัดคลอดจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และประเมินในบิดา 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาครรภ์แรกและสามีที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ ด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .89 ในมารดา และได้เท่ากับ .86 ในบิดา และเมื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่เป็นมารดาจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และประเมินในบิดา 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

3. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ (The Maternal-Fetal Attachment Scale: MFAS) (ภาคผนวก ก) สร้างขึ้นโดยแครนลีย์ (Cranley, 1981: 281-284) เพื่อวัดพฤติกรรมและความรู้สึกที่มารดาแสดงออก ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความรักใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อทารกในครรภ์ โดยศึกษาใน 5 องค์ประกอบย่อยคือ 1.) การยอมรับความเป็นบุคคลของตนและของทารกในครรภ์ 2.) การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ 3.) การสนใจคุณลักษณะและรูปร่างหน้าตาของทารก อาจคิดฝันอยากให้ทารกออกมามีหน้าตา บุคลิกลักษณะตามที่ชื่นชอบ 4.) การอุทิศตนเพื่อทารกในครรภ์ 5.) การแสดงบทบาทการเป็นมารดา แบบประเมินนี้แปลเป็นไทยโดย กนกทิพย์ คุชณะวนิชย์พงษ์ (2530) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก 23 ข้อ (ข้อ 1-21 และข้อ 23-24) และข้อคำถามทางด้านลบ 1 ข้อ (ข้อ 22) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับคือ ไม่เป็นความจริงเลยได้ 1 คะแนนและเป็นจริงมากที่สุดได้ 5 คะแนนในข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 24 – 120 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์สูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แครนลีย์ (Cranley, 1981: 281-284) สร้างแบบประเมิน ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ครั้งแรกมีจำนวน 37 ข้อ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ 35-40 สัปดาห์ จากนั้นได้นำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ซึ่งประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก ปรับปรุงจนเหลือข้อคำถาม 24 ข้อ ซึ่ง กนกทิพย์ คุชณะวนิชย์พงษ์ (2530) แปลเป็นไทย และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ประกอบ

ไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช สูติแพทย์ และจิตแพทย์ ก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แครนเลย์ (Cranley, 1981: 281-284) ได้นำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มมารดาที่มีอายุครรภ์ 35-40 สัปดาห์ จำนวน 71 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 กนกทิพย์ คูชนวนิชย์พงษ์ (2530) ได้นำแบบประเมินฉบับภาษาไทยไปใช้กับมารดาขณะตั้งครรภ์จำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 หลังจากนั้นข้อคำถามดังกล่าวได้ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลาย ๆ งานวิจัย ในปี พ.ศ. 2547 ชูลีพร วชิรธนากร (Vajiratanakorn, 2004) ใช้แบบประเมินนี้กับมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอด 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และตรวจสอบความเที่ยงซ้ำในมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอด 60 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และตรวจสอบความเที่ยงซ้ำในมารดา 60 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

4. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ (The Paternal-Fetal Attachment Scale: PFAS) (ภาคผนวก ก) สร้างขึ้นโดยแครนเลย์ (Cranley, 1981) เพื่อวัดพฤติกรรมและความรู้สึกของบิดาต่อการเป็นบุคคลของทารกในครรภ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ การคาดคะเนเกี่ยวกับทารกในครรภ์ การอุทิศตนเพื่อทารกและการทำหน้าที่บิดา แปลเป็นไทยโดย นิสารัตน์ ให้อีก (2540) แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก 23 ข้อ (ข้อ 1-20 และข้อ 22-24) และข้อคำถามทางด้านลบ 1 ข้อ (ข้อ 21) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับคือ ไม่เป็นความจริงเลยได้ 1 คะแนน และเป็นจริงมากที่สุดได้ 5 คะแนนในข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 24 – 120 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์สูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

แครนเลย์ (Cranley, 1981) สร้างแบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ จำนวน 37 ข้อ จากนั้นได้นำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปใช้ครั้งแรกในกลุ่มตัวอย่างที่รรมามีอายุครรภ์ 35-40 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้พัฒนาให้มีความตรงมากที่สุด ในที่สุดเหลือข้อคำถาม 24 ข้อ นิสารัตน์

โห้โก๊ (2540) แปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 3 ท่าน

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แครนเลย์ (Cranley, 1981) ได้นำแบบวัดไปใช้กับสามีในกลุ่มมารดาที่มีอายุครรภ์ 35-40 สัปดาห์ จำนวน 71 ราย ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 นิสารัตน์ โห้โก๊ (2540) นำไปใช้กับสามีของมารดาขณะตั้งครรภ์จำนวน 10 ราย และทดสอบความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 และสุทธิพร วชิรชนากร (Vajiratanakorn, 2004) นำไปใช้กับสามีของมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอดก่อนดำเนินการวิจัยจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในสามีของมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอดในการทำวิจัย จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในสามีของมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ และมีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในสามีของมารดาที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ในการทำวิจัยจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

5. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Perception of childbirth experience

questionnaire) (ภาคผนวก ก) สร้างขึ้นโดยมารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut and Mercer, 1979: 260-266) เพื่อประเมินความรู้สึก ความคิดเห็น ความพึงพอใจของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์ ขณะคลอด และเกี่ยวกับทารก แปลเป็นไทยและดัดแปลงโดย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ และแบ่งเป็น 6 หมวดคือ

- | | |
|---|--------------|
| หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด
(ข้อที่ 3 และข้อที่ 8 มีความหมายด้านลบ) | ข้อที่ 1-8 |
| หมวดที่ 2 ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะ
อยู่ในระยะคลอด
(ข้อที่ 11 มีความหมายด้านลบ) | ข้อที่ 9-12 |
| หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด
(ข้อที่ 14, 15, 16, 19 และข้อที่ 20 มีความหมายด้านลบ) | ข้อที่ 13-20 |
| หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด
(ข้อที่ 21, 22 และข้อที่ 26 มีความหมายด้านลบ) | ข้อที่ 21-26 |

หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด

ข้อที่ 27-33

(ข้อที่ 27, 30 และข้อที่ 31 มีความหมายด้านลบ)

หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด

ข้อที่ 34-42

แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 4 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย จนถึง 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด และในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 42-168 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

มารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut and Mercer, 1979: 260-266) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่านเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดา ที่มีต่อการเจ็บครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลและการตอบสนองต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Blumer, 1969; Mead, 1934 cited by Marut and Mercer, 1979: 260-266). การรับรู้ประสบการณ์การคลอดศึกษาและรวบรวมจากการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดในมารดาในการวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ พัฒนาและดัดแปลงประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับทัศนคติจำนวน 15 ข้อ มารุตใช้ในการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดและศึกษาเปรียบเทียบในมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติ 30 ราย เปรียบเทียบกับมารดาครรภ์แรกที่ไม่ผ่าตัดคลอด 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านลบสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ส่วนแบบวัดฉบับภาษาไทย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

มารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut and Mercer, 1979: 260-266) ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้แบบวัดในหญิงครรภ์แรก ที่คลอดปกติจำนวน 30 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ใช้แบบวัดในมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 ในปี พ.ศ. 2547 เพลินพิศ พรหมรักษ์ (Promrak, 2004) ใช้แบบประเมินของยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ กับมารดาครรภ์แรก 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และตรวจสอบความเที่ยงซ้ำในมารดา 60 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

6. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (The Maternal Attachment Inventory: MAI) (ภาคผนวก ฐ) สร้างโดยมุลเลอร์ (Muller, 1994: 129-141) เพื่อประเมินความสนใจและผูกพันต่อกัน การรับรู้ต่อหน้าตาร่างกายของทารก การสัมผัสโอบอุ้มทารก การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และการยอมรับตนเองมากยิ่งขึ้น มีทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ ซึ่งพรพรรณ จงปราณี (2540: 41) นำมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า Likert scale 4 ระดับคือ ไม่เคยเลยได้ 1 คะแนน และบ่อยมากที่สุดได้ 4 คะแนน คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 26 – 104 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

มุลเลอร์ (Muller, 1994: 129-141) สร้างแบบวัดตามแนวคิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ครั้งแรกจำนวน 51 ข้อ จากนั้นได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 12 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งประกอบไปด้วยนักวิชาการทางทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน พยาบาลในหน่วยการพยาบาลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด และมารดาที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูทารก หลังจากนั้นนำมาพิจารณาตัดออกตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเหลือข้อคำถาม 31 ข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอด ได้ตัดข้อคำถามที่มีความตรงน้อยออกไป 5 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ พรพรรณ จงปราณี (2540) นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เกิดความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนในเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

มุลเลอร์ (Muller, 1994: 129-141) ได้นำแบบวัดไปใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดซึ่งอยู่ในระยะพักฟื้น 1 เดือน จำนวน 196 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 พรพรรณ จงปราณี (2540: 41) นำแบบวัดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไปใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 20 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 เช่นกัน ชุติพร วชิรชนากร (Vajiratanakorn, 2004) นำไปใช้ประเมินมารดาหลังผ่าตัดคลอดก่อนดำเนินการวิจัยจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการทำวิจัย จำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดา

หลังคลอดครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในมารดาหลังคลอดในการทำวิจัยจำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

7. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก (The Affectional Relationship Questionnaire: ARQ) (ภาคผนวก ๗) เป็นแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารก สร้างขึ้นโดยบิลล์ (Bills, 1980: 21-26) เพื่อประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกภายหลังคลอดในเรื่อง การรับรู้ต่อหน้าตาร่างกายของทารก ความสนใจและผูกพันต่อกัน การสัมผัสโอบอุ้มทารก การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และการยอมรับตนเองมากยิ่งขึ้น แปลเป็นไทยและนำมาใช้โดย เยาวลักษณ์ แฉขุนทด (2539: 64-66) แบบประเมินมีข้อความทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก 11 ข้อ (ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 17 และ 19) และข้อคำถามทางด้านลบ 8 ข้อ (ข้อ 1, 4, 10, 11, 13, 14, 15 และ 18) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ คือ ในข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 19 – 95 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

บิลล์ (Bills, 1980: 21-26) ได้พัฒนาแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกซึ่งได้ข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายถึงขบวนการในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกของกรีนเบอร์เกอร์และมอร์ริส (Greenberg & Morris, 1974 cited by Bills, 1980: 22) และจากคลอสและคณะ (Klaus & colleague, 1970 cited by Bills, 1980: 22) และได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้บิดาเกิดความคุ้นเคยกับบุตร ในบิดา 30 รายโดยการให้ความรู้บิดาในระยะที่มารดาตั้งครรภ์และภายหลังคลอดเกี่ยวกับการอาบน้ำทารก การเปลี่ยนผ้าอ้อม การให้นมทารก และการอุ้มเธอ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าคะแนนความผูกพันระหว่างบิดาและทารกในกลุ่มบิดาที่มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกตลอดเวลา (Rooming in) จะสูงกว่าบิดาที่ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกตลอดเวลา (non Rooming in) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าการที่บิดามีโอกาสได้ใกล้ชิดกับทารกเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดาและทารก ซึ่งเยาวลักษณ์ แฉขุนทด(2539: 64-66) ได้นำแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกฉบับภาษาไทยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็ก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เกิดความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนในเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก เยาวลักษณ์ แฉขุนทด (2539: 64-66) ได้แปลดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก (The Affectional Relationship Questionnaire: ARQ) ซึ่งบิลล์ (Bills, 1980: 21-25) เป็นผู้สร้างขึ้น แต่ไม่ได้กล่าวถึงการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ เยาวลักษณ์ แฉขุนทด (2539: 64-66) นำแบบประเมินฉบับภาษาไทยไปใช้กับสามีของมารดาหลังคลอด จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 และชูลีพร วชิรชนากอร์ (Vajiratanakorn, 2004) ได้นำไปใช้ประเมินในบิดาที่มีภรรยาผ่าตัดคลอดก่อนดำเนินการวิจัยจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในบิดาที่ภรรยาหลังผ่าตัดคลอดในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในบิดาที่มีภรรยาหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 20 ราย คำนวณความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .70 และเมื่อทำการประเมินซ้ำในบิดาที่ภรรยาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .54

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการพิทักษ์สิทธิโดย 1. โครงร่างวิจัยจะผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ของหลักสูตร และขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับการได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ ในส่วนของผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเองในการยินยอมเข้าร่วมดำเนินการวิจัย หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และผู้ร่วมการวิจัยมีสิทธิในการได้รับการปกปิดชื่อและข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อ และเก็บข้อมูลในซองที่ปิดผนึก การเผยแพร่ข้อมูลจะเป็นภาพรวมทางวิชาการ คำชี้แจงทั้งหมดจะจัดทำเป็นเอกสาร (ภาคผนวก ฅ) และให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านซ้ำก่อนที่จะลงนามยินยอมในการร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ เพื่อเก็บข้อมูลใน

หน่วยงานฝากครรภ์ ห้องคลอด และหน่วยงานหลังคลอด

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ ผู้วิจัยจะประสานไปยังหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

1.4 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ร่วมวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถที่จะเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความต้องการ

1.5 ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

2. ขั้นตอนการ

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบางบ่อ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. ซึ่งให้บริการตรวจครรภ์รายเก่า และติดสัญลักษณ์เป็นกระดาสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์

2.1.2 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการ และเมื่อมารดาและสามียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้มารดาและสามีตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์

2.1.3 หลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทั้งบิดาและมารดา ตอบแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางบ่อ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. ซึ่งให้บริการตรวจครรภ์รายเก่า และติดสัญลักษณ์เป็นกระดาสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์

2.2.2 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ ตลอดจนลักษณะของ

โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด เมื่อมารดาและสามียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้มารดาและสามีตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์

2.2.3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือ และเข้ารับฟังการสอนตามแผนการสอนครั้งที่ 1 เกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และร่างกายระหว่างการตั้งครรภ์ และการมีส่วนร่วมของสามีในไตรมาสที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที หลังจากนั้นก็จะนัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเข้ารับฟังการสอนตามแผนการสอนครั้งที่ 2 เรื่องอาการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด และการมีส่วนร่วมของสามีในการบรรเทาอาการปวด และให้เกิดความสุขสบายระหว่างการคลอด เช่นช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวและการจัดทำ ควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวดหลัง และการให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที จากนั้นนัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ เป็นการสอนครั้งสุดท้ายก่อนคลอดตามแผนการสอนครั้งที่ 3 เกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในระยะต้นตัวภายใน 30 นาทีหลังคลอด รวมถึงการสาธิตและฝึกทักษะในการอุ้มทารก และการช่วยมารดาจัดทำในการให้นมบุตร ใช้เวลาประมาณ 60 นาที จากนั้นพาผู้ร่วมวิจัยเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด และหน่วยงานหลังคลอด

2.2.4 เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ให้สามีพาไปห้องคลอดโรงพยาบาลบางบ่อทันที ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องคลอดจะติดต่อผู้วิจัยทันทีตามที่ได้จัดเตรียมไว้ สามีจะเข้าไปร่วมให้กำลังใจมารดา และช่วยส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ตามแผนการสอนครั้งที่ 2 โดยสามีจะได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด

2.2.5 การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกหลังคลอด ภายในระยะเวลา 30 นาทีหลังคลอด ซึ่งทันทีแรกคลอดเป็นไปตามการพยาบาลตามปกติคือ หลังตัดสายสะดือทารกพยาบาลจะอุ้มทารกไปที่เครื่องให้ความอบอุ่น เช็ดตัว ชั่งน้ำหนักทารก ผูกป๊ายข้อเท้า หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมให้บิดาได้สัมผัสสัมผัสทารก และให้มารดาได้สัมผัสทารกที่เตียงคลอด เมื่อมารดาเจ็บแผลฝีเย็บเรียบร้อยและย้ายไปพัก 2 ชั่วโมงหลังคลอด บิดาเป็นผู้ช่วยเหลือจัดทำในการให้นมมารดา

2.2.6 หลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทั้งบิดาและมารดา ตอบแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก ซึ่งสรุปขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังภาพที่ 6



ภาพที่ 4: แผนภาพแสดงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ และสามี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นอัตราร้อยละ ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ independent t-test เพื่อดูความเป็น homogeneity
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทั้งของสามี และภรรยา คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์ (Pre-test) เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบความเป็น homogeneity
3. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนเฉลี่ยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก คะแนนเฉลี่ยความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทั้งของสามีและภรรยา ในระยะหลังคลอด (post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก ในมารดาครรภ์แรกและสามี จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มละ 30 คู่ ผลการศึกษานำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกนำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน และส่วนที่สองเป็นการทดสอบสมมติฐาน โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์พร้อมสามี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เก็บข้อมูลมารดาครรภ์แรกและสามีในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 58 คู่ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และคัดออกจากการศึกษาจำนวน 28 คู่ เนื่องจากมารดาครรภ์แรกกลับภูมิลำเนาไปคลอดต่างจังหวัด 9 ราย มารดาครรภ์แรกแยกทางกับสามีในระยะใกล้คลอด 1 ราย มารดาครรภ์แรก 14 ราย มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 1 ราย ขนาดของทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานมารดาจำนวน 11 ราย ทารกทำเกิน 1 ราย มารดาเป็นหูดหงอนไก่ 1 ราย ซึ่งทั้งหมดคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 1 ราย และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบจำนวน 3 ราย ส่วนในกลุ่มทดลอง มารดาครรภ์แรกและสามีที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เก็บข้อมูลในมารดาครรภ์แรกและสามีทั้งหมดจำนวน 42 คู่ และคัดออกจากการศึกษาจำนวน 12 คู่ เนื่องจากมารดาครรภ์แรก 10 ราย มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 2 ราย ขนาดของทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานมารดาจำนวน 7 ราย ภาวะน้ำคร่ำน้อย 1 ราย ซึ่งทั้งหมดคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ส่วนมารดาอีก 2 ราย ไม่สามารถเข้าร่วม

โปรแกรมได้ครบเนื่องจากสาามีประสพอุบัติเหตุ 1 ราย และสาามีอุปสมบท 1 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทั้งหมดจำนวน 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

มารดาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่า ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของครอบครัวคล้ายคลึงกัน โดยเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 43.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 56.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 46.7 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ มีลักษณะของอาชีพที่ต้องทำงานที่บ้านร้อยละ 40 และร้อยละ 56.7 ทำงานนอกบ้านร้อยละ 60 และร้อยละ 43.7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม และส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวังในเพศของบุตร คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุม มารดาในกลุ่มทดลองมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 43.3 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน และเมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบกับสถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	10	33.30	16	53.30	1.70 ^{ns}
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	20	66.70	14	46.70	
ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	13	43.30	16	53.30	0.27 ^{ns}
ครอบครัวขยาย	17	56.70	14	46.70	
อาชีพ					
ทำงานที่บ้าน	12	40.00	17	56.70	1.07 ^{ns}
ทำงานนอกบ้าน	18	60.00	13	43.30	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบด้วย
สถิติไคว์สแคว (χ^2) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การวางแผนการตั้งครรภ์					
ไม่ได้วางแผน	9	30.00	12	40.00	0.29 ^{ns}
วางแผน	21	70.00	18	60.00	
ความคาดหวังในเพศทารก					
ไม่ได้คาดหวัง	20	66.70	21	70.00	0.00 ^{ns}
คาดหวัง	10	33.30	9	30.00	
ประสบการณ์การดูแลทารก					
ไม่มีประสบการณ์	13	43.30	20	66.70	2.42 ^{ns}
มีประสบการณ์	17	56.70	10	33.30	

ns = p > .05

สามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่าร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีลักษณะของอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้านเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม และไม่ได้คาดหวังในเพศของบุตรคล้ายคลึงกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุม บิดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกใกล้เคียงกัน โดยบิดามีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกคิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสามี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบกับสถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	16	53.30	14	46.70	.07 ^{ns}
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	14	46.70	16	53.30	
อาชีพ					
ทำงานที่บ้าน	3	10.00	3	10.00	.00 ^{ns}
ทำงานนอกบ้าน	27	90.00	27	90.00	
การวางแผนการตั้งครรภ์					
ไม่ได้วางแผน	10	33.30	14	46.70	.63 ^{ns}
วางแผน	20	66.70	16	53.30	
ความคาดหวังในเพศทารก					
ไม่ได้คาดหวัง	16	53.30	17	56.70	.00 ^{ns}
คาดหวัง	14	46.70	13	43.30	
ประสบการณ์การดูแลทารก					
ไม่มีประสบการณ์	18	60.00	20	66.70	.07 ^{ns}
มีประสบการณ์	12	40.00	10	33.30	

ns = p > .05

มารดาครรภ์แรกและสามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน มารดาในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 33 ปี ($\bar{x}$ = 24.87, SD = 3.85) กลุ่มควบคุมมีอายุ 20 – 34 ปี ($\bar{x}$ = 24.53, SD = 4.85) สำหรับสามีกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี ($\bar{x}$ = 27.23, SD = 5.22) กลุ่มควบคุมมีอายุ 20 – 42 ปี ($\bar{x}$ = 26.63, SD = 5.62) ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีการศึกษาของมารดาและสามีใกล้เคียงกันที่ 11 ปี โดยมารดามีจำนวนปีการศึกษาอยู่ในช่วง 6 – 19 ปี ($\bar{x}$ = 11.97, SD = 3.07) ในกลุ่มทดลองและ 6 – 17 ปี ($\bar{x}$ = 11.53, SD = 3.27) ในกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับสามีมีจำนวนปีการศึกษาอยู่ในช่วง 4 – 16 ปี ($\bar{x}$ = 10.87, SD = 3.17) ในกลุ่มทดลองและ 6 – 17 ปี ($\bar{x}$ = 11.37, SD = 2.68) ในกลุ่มควบคุม มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ส่วนตัว (Mode = 0) โดยที่มารดาในกลุ่มทดลองจำนวน 9 รายและมารดาในกลุ่มควบคุมจำนวน 16 รายไม่มีรายได้ส่วนตัว สามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน (Mode = 5,000) ส่วนสามีในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี

รายได้ 8,000 บาทต่อเดือน (Mode = 8,000) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ ของมารดาและสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ ของมารดา และสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
มารดา							
อายุ	20-33	24.87	3.85	20-34	24.53	4.85	.30 ^{ns}
จำนวนปีที่ศึกษา	6-19	11.97	3.07	6-17	11.53	3.27	.53 ^{ns}
รายได้	0-17,000	5,296	4,534.38	0-12,000	3,216.87	3,970.68	1.89 ^{ns}
	Median = 5,000	Mode = 0		Median = 0	Mode = 0		
สามี							
อายุ	20-40	27.23	5.22	20-42	26.63	5.62	.43 ^{ns}
จำนวนปีที่ศึกษา	4-16	10.87	3.17	6-17	11.37	2.68	-.66 ^{ns}
รายได้	4,020-40,000	9,303.33	6,701.50	3,500-30,000	9,003.67	4,892.33	.20 ^{ns}
	Median = 8,000	Mode = 5,000		Median = 8,000	Mode = 8,000		

ns = $p > .05$

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดาและสามีใกล้เคียงกัน มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดอยู่ในช่วง 87 – 123 คะแนน ($\bar{x} = 102.43$, SD = 9.92) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 82 – 114 คะแนน ($\bar{x} = 101.03$, SD = 9.42) สามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดอยู่ในช่วง 80 – 125 คะแนน ($\bar{x} = 102.40$, SD = 12.15) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 83 – 124 คะแนน ($\bar{x} = 101.33$, SD = 10.06) ตามลำดับ และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ใกล้เคียงกันคือ มีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 64 – 107 คะแนน ($\bar{x} = 88.53$, SD = 9.78) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 54 – 104 คะแนน ($\bar{x} = 86.40$, SD = 12.63) และมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ในกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 80 – 117 คะแนน ($\bar{x} = 97.20$, SD = 9.00) และกลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 58 – 114 คะแนน ($\bar{x} = 94.00$,

SD = 11.72) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในสามี คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดา คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอด คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดา	87-123	102.43	9.92	82-114	101.03	9.42	.56 ^{ns}
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในสามี	80-125	102.40	12.15	83-124	101.33	10.06	.37 ^{ns}
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตรในครรภ์	64-107	88.53	9.78	54-104	86.40	12.63	.73 ^{ns}
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในครรภ์	80-117	97.20	9.00	58-114	94.00	11.72	1.19 ^{ns}

ns = $p > .05$

การทดสอบสมมติฐาน

จากผลการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่า คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในสามี คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดา คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีการกระจายเป็นปกติ ดังนั้น การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ให้กับกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ จึงใช้สถิติ T-test ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่ามารดามีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดเฉลี่ย 106.40 คะแนน ($\bar{x} = 106.40$, $SD = 11.90$) ในกลุ่มทดลอง และ 104.80 คะแนน ($\bar{x} = 104.80$, $SD = 12.85$) ในกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในสามีพบว่ามีค่าเฉลี่ย 112.23 คะแนน ($\bar{x} = 112.23$, $SD = 10.83$) ในกลุ่มทดลอง และ 108 คะแนน ($\bar{x} = 108.00$, $SD = 11.65$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50$, $p > .05$ และ $t = 1.46$, $p > .05$ ตามลำดับ) นั่นคือ สมมุติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “มารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสูงกว่ามารดาครรภ์แรกและสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว” จึงไม่ได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 5)

คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดามีค่าเฉลี่ย 130.90 คะแนน ($\bar{x} = 130.90$, $SD = 13.24$) ในกลุ่มทดลอง และ 114.07 คะแนน ($\bar{x} = 114.07$, $SD = 13.55$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87$, $p < .001$) ดังนั้น สมมุติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 5)

คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกมีค่าเฉลี่ย 82.13 คะแนน ($\bar{x} = 82.13$, $SD = 5.16$) ในกลุ่มทดลอง และ 78.67 คะแนน ($\bar{x} = 78.67$, $SD = 6.33$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.32$, $p < .05$) ดังนั้น สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า “มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่าบิดาในกลุ่มมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 5)

คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีค่าเฉลี่ย 96.03 คะแนน ($\bar{x} = 96.03$, $SD = 5.80$) ในกลุ่มทดลอง และ 94.07 คะแนน ($\bar{x} = 94.07$, $SD = 10.51$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .90, p > .05$) ดังนั้นสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ที่กล่าวว่า “มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับทั้งโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว” จึงไม่ได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอด คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หลังคลอดในมารดา	81-127	106.40	11.90	80-126	104.80	12.85	.50 ^{ns}
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หลังคลอดในสามี	94-132	112.23	10.83	85-134	108.00	11.65	1.46 ^{ns}
- การรับรู้ประสบการณ์การ คลอด	93-150	130.90	13.24	87-146	114.07	13.55	4.87**
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่าง บิดาและทารก	69-91	82.13	5.16	59-89	78.67	6.33	2.32*
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่าง มารดาและทารก	79-104	96.03	5.80	56-104	94.07	10.51	.90 ^{ns}

** $p < .001$, * $p < .05$, ns = $p > .05$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ผลจากการศึกษานำมาอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมารดาอยู่ในกลุ่มอายุช่วง 20 – 34 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน ($\bar{x} = 24.87$, $SD = 3.85$ ในกลุ่มทดลอง, $\bar{x} = 24.53$, $SD = 4.85$ ในกลุ่มควบคุม) สำหรับสามีอยู่ในกลุ่มอายุช่วง 20 – 42 ปี มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ($\bar{x} = 27.23$, $SD = 5.22$ ในกลุ่มทดลอง, $\bar{x} = 26.63$, $SD = 5.62$ ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวอยู่ในวัยเจริญพันธุ์เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ โอกาสเกิดภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์และการคลอดเนื่องจากอายุจึงมีน้อย (สุจิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ, 2538: 38, ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543: 35) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981: 74-75) พบว่ามารดาที่อายุ 20 ปีขึ้นไป จะมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการเลี้ยงดูทารก และอายุจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาของมารดาและสามีใกล้เคียงกันที่ 11 ปี ซึ่งเป็นจำนวนปีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การกำหนดของการศึกษาขั้นพื้นฐานภาคบังคับตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ 9 ปี (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545: 2)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ส่วนตัว (Mode = 0) โดยที่มารดาในกลุ่มทดลองจำนวน 9 รายและมารดาในกลุ่มควบคุมจำนวน 16 รายไม่มีรายได้ส่วนตัว สามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาท/เดือน (Mode = 5,000) ส่วนสามีในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 8,000 บาท/เดือน (Mode = 8,000) และเมื่อพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยของมารดาในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 5,296 บาท/เดือน ($SD = 4534.38$) มารดาในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 3,216.87 บาท/เดือน ($SD = 3970.68$) สำหรับสามีในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 9,303.33 บาท/เดือน ($SD = 6701.50$) สามีในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 9,003.67 บาท/เดือน ($SD = 4892.33$) โดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประชากรทั้งประเทศ (13,736 บาท/เดือน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547: 163) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของครอบครัวคล้ายคลึงกัน โดยเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 43.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ จะเห็นได้ว่าลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงจากในอดีต กล่าวคือในอดีตลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยายมีปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก หลาน ลุง ป้า น้า อา อยู่ในครอบครัวเดียวกัน คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ปัจจุบันครอบครัวขยายเริ่มน้อยลง โครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ข้อมูลทางสถิติพบว่าขนาดของครอบครัวลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 5.6 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2503 เป็น 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2533 และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัวเท่านั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 74-76) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นครอบครัวขยายดังเช่นในอดีต โครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลถึงการช่วยเหลือและการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวอาจมีน้อยลง ขาดผู้ใหญ่ช่วยเหลือในการดูแลทารก ทำให้สามีต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยแบ่งเบาภาระจากภรรยา เพื่อที่จะได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (Jordan, 1990: 11) ซึ่งแตกต่างไปจากในอดีตที่สามีจะมีหน้าที่หลักในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ในมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ และในสามีมีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 53.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ การวางแผนการตั้งครรภ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่คู่สมรสวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะคิดฝันเกี่ยวกับทารกในครรภ์ นึกถึงประสบการณ์ที่เคยได้รับรู้จากมารดาเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลทารก โดยเฉพาะบทบาทในการให้ความรัก (Klaus & Kennell, 1982: 9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวังในเพศทารก มารดาที่ไม่ได้คาดหวังในเพศทารกมีร้อยละ 66.70 และร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับสามีที่ไม่ได้คาดหวังในเพศทารกมีร้อยละ 53.30 และร้อยละ 56.70 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวังในเพศทารกส่งผลให้บิดามารดาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยอมรับในเพศของทารก ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ซึ่งแตกต่างจากบิดามารดาที่มีความคาดหวังในเพศของทารกและได้เพศของทารกไม่เป็นไปตามความคาดหวัง บิดามารดาที่จะรู้สึกผิดหวังซึ่งอาจขัดขวางต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกได้ (พรพรรณ จงปราชญ์, 2540: 32)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1: มารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสูงกว่ามารดาครรภ์แรกและสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50, p > .05$ และ $t = 1.46, p > .05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทำในระยะเวลาหลังคลอดทันที คู่สมรสยังไม่ได้ปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ที่มีบุตรคนแรก ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวเข้าหากันและกันเพื่อให้อยู่ร่วมกันได้ โดยพยายามหลีกเลี่ยงปัญหา ร่วมกันแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของการเป็นสามี และภรรยา ภายในครอบครัวของตน อันนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Spanier, 1976: 15-28) การดำเนินชีวิตร่วมกัน ช่วยเหลือกันในกิจการงานบ้านและ ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ตลอดจนมีความสัมพันธ์ทางเพศ และร่วมทุกข์ร่วมสุขกันนั้นต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร ประกอบกับมารดาหลังคลอดต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ราวหนึ่งเดือนถึงเดือนครึ่งหลังคลอด จนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิด ซึ่งการที่จะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข คู่สมรสต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันให้ความสนใจ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ให้อภัยซึ่งกันและกัน และมีความอดทนในการใช้ชีวิตร่วมกัน ความรู้สึกที่มีต่อกันทั้งหมดนี้จะช่วยลดความขัดแย้งในระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจึงเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น คู่สมรสเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ มีความสำคัญ และเป็นแหล่งการสนับสนุนช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981: 196-202) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทกานต์ อังคนวพัฒนานนท์ (2540) เรื่องการสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยบางประการกับความเครียดในบทบาทของหญิงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอด 4 สัปดาห์แรกที่คลอดบุตรคนแรกทางช่องคลอด จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลางถึงมาก มีความเครียดในบทบาทโดยรวมและรายด้านในระดับน้อย การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทโดยรวม และความคลุ้มเคลือในบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.17, p < .05$ และ $r = -0.16, p < .05$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นรายด้านพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการ

ประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.21, p < .01$ และ $r = -0.33, p < .001$ ตามลำดับ)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะหลังคลอดจึงควรมีการติดตามประเมินต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจากผลการศึกษาเรื่อง การตอบสนองของบิดาต่อการคลอดของคลอดแน่วเ็ดและนิวมาร์ค (Cronenwett & Newmark, 1974: 210-217) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มสามีที่เข้าไปอยู่กับมารดาในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด และโรงพยาบาลเอลคามิโน รัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 152 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดและเข้าไปอยู่กับมารดาในระยะคลอด กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดแต่เข้าไปอยู่กับมารดาในระยะคลอด กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด และไม่ได้เข้าไปอยู่กับมารดาในระยะคลอด ประเมินโดยให้สามีตอบแบบสอบถามในระยะหลังคลอดก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่าสามีที่เข้าไปมีส่วนร่วมในระยะคลอด ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด จะตอบสนองต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านบวก และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาภายหลังคลอดก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน เป็นไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มที่สามีไม่ได้เข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด และพบว่าสามีเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านกำลังใจกับมารดาในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ซึ่งต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่ประเมินสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาภายหลังคลอดก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้านเช่นกัน แต่พบว่ามารดาครรภ์แรกและสามีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากระบบของโรงพยาบาลยังไม่ได้ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดและสามี ได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา ซึ่งถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้สามี หรือญาติผู้ชายอยู่ดูแลมารดาหลังคลอดหลังเวลา 21.00 น. จะอนุญาตเฉพาะญาติผู้หญิงเท่านั้น และจะอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้อีกครั้งเวลา 11.00 น. จึงทำให้สามีและมารดาหลังคลอดขาดโอกาสในการสร้างสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในระยะ 2 – 3 วันหลังคลอด

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงความเห็นพ้องกัน (consensus) ความพึงพอใจ (satisfaction) ความกลมเกลียว (cohesion) และการแสดงความรักของคู่สมรส (affectionate expression) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่แสดงว่าสามีและภรรยาสามารถปรับตัวในชีวิตสมรสได้ (Spanier, 1976: 15-28) และองค์ประกอบเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินชีวิตคู่ ทำให้ชีวิต

สมรสมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสามีและภรรยาไม่สามารถปรับตัวเข้าหากันได้ มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีก็จะเกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว เพราะการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวของชายหญิง ทั้งสองฝ่ายต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิตครอบครัวในบทบาทสามี ภรรยาและ บทบาทบิดามารดา นับตั้งแต่ความเป็นอยู่ การแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน การใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการมีความสัมพันธ์ทางเพศ จากการศึกษาของเคอร์รี่ (Curry, 1983 อ้างใน วัจมาย สุขวนวัฒน์, 2541: 41) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทำให้มารดารับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากสามีในระยะแรกคลอด ทำให้สามารถปรับตัวภายหลังคลอดได้ง่าย ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีภายหลังคลอด และส่งผลต่อการเป็นบิดามารดาที่ดี สอดคล้องกับเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกทำให้สัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดาดีขึ้น เพราะมารดาจะรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบิดา ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา

สมมติฐานข้อที่ 2: มารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลจากการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.867, p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากรมารดาที่เข้าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด จะได้รับการเตรียมการคลอดในแผนการสอนครั้งที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคลอดทั้งหมด และทราบถึงเหตุการณ์ทั้งหมดที่จะเกิดขึ้นกับมารดาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดและกิจกรรมที่ใช้ในระยะเจ็บครรภ์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของสามีในการช่วยเหลือมารดาในทุกระยะของกระบวนการคลอด หลังจบการเรียนรู้การสอนมารดาและสามีได้รับการพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด และห้องหลังคลอด จากกระบวนการดังกล่าวตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้มารดาและสามีมีทักษะร่วมกัน ในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง ซึ่งการใช้ทักษะดังกล่าวในขณะที่มดลูกหดตัวจะทำให้สมองได้รับสัญญาณจากการผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง การนวด การควบคุมการหายใจ ทำให้การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง มารดาจึงสามารถควบคุมตนเองได้ดี (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2540) และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการ

คลอดทำให้มารดาและสามีลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการคลอด ทราบทักษะที่ต้องใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้มารดามีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวด (Murray, et al., 2002) โดยเฉพาะการมีบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาในที่นี้คือสามี เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างการเจ็บครรภ์ และการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382; Lowe, 1996: 85) มีรายงานการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ หรือจากผู้เชี่ยวชาญในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (ประกายแก้ว กำคำ, 2534; นิจุสากรนังคลา, 2546; Promrak, 2004; Sodsong, 2005; Tuntanokij, 2006) เช่นเดียวกับผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งสนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

สมมติฐานข้อที่ 3: มารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่าบิดาในกลุ่มมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลจากการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.324, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากรวมการที่เข้าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด จะได้รับการส่งเสริมให้สร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างกันตามแผนการสอนครั้งที่ 3 ซึ่งเนื้อหาการสอนประกอบด้วย ความหมาย กระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพ และประโยชน์ที่ได้รับ กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกหัดอุ้มทารก การให้นมมารดา โดยให้สามีมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์กับทารกผ่านทางประสาทสัมผัสทั้งห้าอันได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ซึ่งปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกอันได้แก่ การมองเห็นทารก การสัมผัสทารก การดูแลทารก และการยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่ง ที่แยกออกไปจากมารดา โดยเฉพาะในระยะ 30-60 นาทีแรกหลังคลอดอันเป็นช่วงระยะเวลาที่พิเศษของชีวิตเนื่องจากเป็นระยะตื่นตัว (sensitive period) และจากการที่ทารกได้สัมผัสกับบิดามารดาจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก (Klaus & Kennell, 1982: 38-40; Vajiratanakorn, 2004) อันเป็นผลให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารกทั้งทางด้านลักษณะนิสัย เพศ ภาวะสุขภาพ และเรียนรู้ในการตอบสนองความต้องการของทารก และกิจกรรมการส่งเสริมให้ทารกได้อยู่กับบิดา

มารดาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานก็จะเป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารก และก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของชีวิต ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันตั้งแต่ระยะที่ทารกมีการตื่นตัว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สามีจะพบกับทารกได้เมื่อมารดาย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ซึ่งทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก สอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล สรชานี (2531) ซึ่งศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำแก่บิดาในระยะที่คู่สมรสตั้งครรภ์ 34 – 36 สัปดาห์ โดยการให้คำแนะนำมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของบิดา บทบาทบิดา การดูแลสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกายและจิตใจของทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งจากการประเมินภายหลังคลอด 2 วันและ 1 เดือน ($t = 3.99, p < .01, t = 3.37, p < .01$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีพร วชิรชนากร (Vajiratanakorn, 2004) ที่พบว่าบิดาที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง มีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่าบิดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.25, p < .05$)

แสดงให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทของบิดาในระยะที่ทารกยังอยู่ในครรภ์ และการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อความรู้สึกผูกพันและพฤติกรรมของบิดาที่มีต่อทารกต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดได้ ซึ่งช่วงเวลาที่บิดารู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของทารกนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่มั่นคงระหว่างบิดากับทารก และจะพัฒนาสัมพันธภาพเป็นความผูกพันระหว่างบิดาและบุตร ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาและพัฒนาเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ระยะหลังคลอด โดยมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับทารก (seeking information) มีการโอบอุ้มสัมผัสกับทารก (physical contact) และเป็นการเริ่มต้นและดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกอันดีต่อทารก (initiation and maintaining positive feeling) พัฒนาการตามขั้นตอนดังกล่าวนี้ช่วยให้บิดามีการปรับบทบาทการเป็นบิดาได้ดีขึ้น (Bill, 1980: 25)

เช่นเดียวกับการให้การสนับสนุนบทบาทบิดาในระยะหลังคลอดก็มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดาทารกเช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของ เขาวลัักษณ์ แฉขุนทด (2539) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมบทบาทการเป็นบิดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรและสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกในระยะหลังคลอดของบิดาที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 45 ราย ทำการส่งเสริมบทบาทการเป็นบิดาให้แก่กลุ่มทดลองเกี่ยวกับการอุ้มบุตรในท่าต่าง ๆ การอาบน้ำ และการเลี้ยงดูบุตรและทำการประเมินผลเมื่อ

กรบ 1 เดือน ด้วยแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรและแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดาในระยะเวลาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมบทบาทการเป็นบิดา มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรและสัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดาในระยะเวลาหลังคลอด ในบิดาที่มีบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.24, p < .001, t = 17.01, p < .001$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรต่อการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทบิดาซึ่งพิจารณาจากการปรับบทบาทบิดา 3 ด้านคือ ด้านความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความพึงพอใจในบทบาทบิดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตรในระยะเวลาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสามีและบุตรของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ณ โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูล สอนสาธิตประกอบคู่มือ และการฝึกปฏิบัติในเรื่อง การสังเกตพฤติกรรมทารกและรีเฟล็กซ์ การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตร การอุ้มและการอาบน้ำแรกเกิด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว และติดตามประเมินการปรับบทบาทบิดา 2 สัปดาห์หลังคลอด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความพึงพอใจในบทบาทบิดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตรในระยะเวลาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.85, p < .05, t = 3.57, p < .01$ และ $t = 4.49, p < .001$ ตามลำดับ)

สมมติฐานข้อที่ 4: มารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลจากการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .897, p > .05$) ทั้งนี้เนื่องจากความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นสิ่งที่พัฒนามาเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การวางแผนการตั้งครรภ์จึงเป็นจุดเริ่มต้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และมีการพัฒนาไปจนกระทั่งหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982: 9 - 19) และจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คู่สมรสส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มารดาจึงมีความพร้อมที่จะพัฒนาความรักใคร่ผูกพัน

ไปสู่ทารก ประกอบกับในระยะหลังคลอดทันทีมารดาทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติที่เหมือนกันเกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดคือ หลังดัดสายสะดือทารกพยาบาลจะอุ้มทารกไปที่เครื่องให้ความอบอุ่น เช็ดตัว ชั่งน้ำหนักทารก และผูกปายข้อเท้า ซึ่งไม่ได้จัดโปรแกรมให้มารดาในกลุ่มทดลองได้สัมผัสกับทารกทันทีหลังคลอด และการประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกประเมินก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้านเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ซึ่งในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลกลุ่มควบคุมก็ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน กล่าวคือ โรงพยาบาลบางบ่อเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโดยให้ทารกดูดนมมารดาเร็วที่สุด (early breastfeeding) โดยความช่วยเหลือจากพยาบาล และที่หน่วยสูติกรรมหลังคลอดจัดให้มารดาและทารกได้อยู่ร่วมกันทุกราย (rooming-in) โดยให้ทารกนอนเตียงเดียวกันกับมารดาตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดาได้พัฒนาความรักใคร่ผูกพันไปสู่ทารกได้เป็นอย่างดี จึงทำให้มารดาทั้งสองกลุ่มมีความรักและความผูกพันต่อทารกไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสทำให้มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพรรณ จงปราชญ์ (2540) เรื่อง ปัจจัยกีดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับสูง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293, p < .01$) และเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่นได้ ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.5 ($r^2 = .085, p < .01$)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุติพร วชิรธนากร (Vajiratanakorn, 2004) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่ได้รับผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง ณ. โรงพยาบาลรามารักษ์ดี คู่สมรสและบุตร จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.25, p < .05$) แต่คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในการเป็นบิดามารดาครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นมารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์พร้อมกับสามี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2550 ถึง 30 สิงหาคม 2550 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนจากตำรา เอกสารทางวิชาการต่างๆ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน และนำไปปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง เป็นโปรแกรมการสอนประกอบ VCD และแจกคู่มือประกอบ แบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย การให้ความรู้กับมารดาและสามี เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเจ็บครรภ์และการจัดการกับความเจ็บปวด การคลอด กระบวนการคลอด การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก และการมีส่วนร่วมของสามีในแต่ละระยะ การเยี่ยมชมห้องคลอด เพื่อสร้างความคุ้นเคย และลดความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด สามีได้รับอนุญาตให้เข้าไปดูแลมารดาและสนับสนุนมารดา ระหว่างการคลอดภายใต้การดูแลและสนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอด โดยการส่งเสริมให้บิดามารดาและให้มารดาได้สัมผัสทารกทันทีภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ให้การช่วยเหลือบิดามารดาในการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของทารก ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และเมื่อมารดาได้รับการซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จแล้วจึงส่งเสริมให้บิดาช่วยจัดท่านอนให้มารดาในการให้นมทารก ส่งเสริม

ให้ทารกได้อยู่กับบิดามารดาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารก และก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของชีวิต

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และสามี

2. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยสเปนเยร์ (Spanier, 1976: 15-28) แปลเป็นไทยโดย วัจมี สุชวนวัฒน์ (2541) เมื่อนำมาใช้กับมารดาครั้งแรก จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และประเมินในสามี 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

3. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ สร้างขึ้นโดยเครนลีย์ (Cranley, 1981: 281-284) แปลเป็นไทยโดย กนกทิพย์ ภูชนะวนิชย์พงษ์ (2530) เมื่อนำมาใช้กับมารดาครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ จำนวน 60 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

4. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ สร้างขึ้นโดยเครนลีย์ (Cranley, 1981) แปลเป็นไทยโดย นิสารัตน์ ให่โก (2540) เมื่อนำมาใช้กับสามีของมารดาครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

5. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สร้างขึ้นโดยมารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut and Mercer, 1979: 260-266) แปลเป็นไทยและดัดแปลงโดย ยวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) เมื่อนำมาใช้กับมารดาครั้งแรกจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

6. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก สร้างโดยมุลเลอร์ (Muller, 1994: 129-141) นำมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยพรพรรณ จงปราชญ์ (2540: 41) เมื่อนำมาใช้กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกจำนวน 60 ราย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

7. แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก สร้างขึ้นโดยบิลล์ (Bills, 1980: 21-26) แปลเป็นไทยและนำมาใช้โดย เขียวลักษณ์ แฉขุนทด (2539: 64-66) เมื่อนำมาใช้กับสามีของภรรยาหลังคลอดครั้งแรกจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .54

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการวิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ สมุทรปราการ รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษานี้ และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์

ทุกวันอังคาร เวลา 8.00 – 20.00 น. ติดตามมารดาและสามีอย่างต่อเนื่องเมื่อมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางบ่อ และติดตามประเมินมารดาและสามีในระยะหลังคลอดที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบางบ่อ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. ซึ่งให้บริการตรวจครรภ์รายเก่า และติดสัญลักษณ์เป็นกระดาสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการ และเมื่อมารดาและสามียินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะขอให้ออกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์ จากนั้นหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทั้งบิดาและมารดาตอบแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางบ่อ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. ซึ่งให้บริการตรวจครรภ์รายเก่า และติดสัญลักษณ์เป็นกระดาสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อมารดาและสามียินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะขอให้ออกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือ และเข้ารับฟังการสอนตามแผนการสอนครั้งที่ 1 และนัดหมายครั้งต่อไปอีกทุก 1 สัปดาห์เพื่อเข้ารับฟังการสอนตามแผนการสอนครั้งที่ 2 และ 3 และพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอดและหน่วยงานหลังคลอด

เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด สามีจะเข้าไปร่วมให้กำลังใจมารดาและช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ตามแผนการสอนครั้งที่ 2 โดยสามีจะได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด และปฏิบัติการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอดภายในระยะเวลา 30 นาทีตามแผนการสอนครั้งที่ 3 จากนั้นหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทั้งบิดาและมารดาตอบแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามี สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50, p > .05$ $t = 1.46, p > .05$ ตามลำดับ)

2. มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87, p < .001$)

3. มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.32, p < .05$)

4. มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .90, p > .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่เป็นมารดาครรภ์แรก และสามี ที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง

2. เนื่องด้วยระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีระยะเวลายาว จึงไม่สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้ชัดเจนกว่าการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจความเป็นองค์รวมของการพยาบาลด้านสูติกรรม ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะสามี ในการดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังการคลอด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านบวกในมารดา และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ควรใช้สื่อการสอน VCD และการจัดทำคู่มือประกอบ
2. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามี ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารก และส่งเสริมประสบการณ์การคลอดในมารดา
3. ควรเตรียมการคลอดในมารดาและสามี และการพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอดทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสถานที่ และระบบบริการ จะทำให้มารดาได้รับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี
4. ระบบบริการควรเอื้อให้สามีได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างกระบวนการคลอด ให้การสนับสนุนมารดา และให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันระหว่างสามีภรรยา

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นประโยชน์ต่อบิดามารดา ทารกและครอบครัว จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาติดตาม เพื่อเปรียบเทียบผลของการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความรักใคร่ผูกพัน หลังคลอดทันที และหลังคลอด 3 เดือน หรือเป็นระยะ ๆ เพื่อเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา
3. เป็นแนวทางเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามี ต่อการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์คลอดของมารดา และการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ในมารดาในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
4. การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก ควรจัดโปรแกรมให้ทารกได้สัมผัสกับมารดา และบิดา แบบ skin to skin contact

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

นพพร มามาก 4837061 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

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

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคม ประกอบขึ้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคล ที่ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างใกล้ชิดและเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา (Clements & Roberts, 1983: 118) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดของแต่ละบุคคลในครอบครัวที่มีต่อกันระหว่างบิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา และบุตร เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นความงดงามในชีวิต (Klaus & Kennell, 1982: 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวใหม่ที่มีสมาชิกใหม่เกิดขึ้น ก็จะมีการสร้างความสัมพันธ์ที่พิเศษ และมีความสำคัญในการเตรียมตัวสำหรับผู้ที่จะเป็นบิดามารดาให้พร้อม (Bobak & Jensen, 1993: 31) อันจะเป็นพื้นฐานที่มั่นคงก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นและยืนยาว ในระหว่างสมาชิกครอบครัว (Clements & Roberts, 1983: 119) สำหรับครอบครัวที่มีบุตรคนแรก รูปแบบความสัมพันธ์จะปรับเปลี่ยนจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาเป็น บิดา มารดา และบุตร การเป็นบิดามารดาจึงเป็นบทบาทใหม่ของคู่สามี ภรรยา ผู้ชายรับบทบาทเป็นพ่อในขณะที่ต้องดำรงบทบาทของสามี ผู้หญิงก็รับบทบาทเป็นแม่และต้องดำรงบทบาทเป็นภรรยาด้วยเช่นกัน (สุพัตรา สุภาพ, 2543: 60-61) ดังนั้นการเตรียมบทบาทบิดามารดาในคู่สมรสจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Bowen & Miller, 1980: 307)

ในปัจจุบันสตรีมีสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ มีการศึกษา และมีศักยภาพในการหารายได้มากขึ้น ออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต จากสถิติผู้หญิง

ออกไปทำงานนอกบ้านประมาณร้อยละ 47 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2549) เป็นผลให้รูปแบบการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตคู่เปลี่ยนไป เวลาที่ให้แก่นักในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ซึ่งเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย แสดงถึงอัตราการหย่าร้างเทียบกับการจดทะเบียนสมรสใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 23.4 ใน พ.ศ. 2544 นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดครอบครัวลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 5.6 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2503 เป็น 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัวเท่านั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545: 74-76) จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลถึงการช่วยเหลือและการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวอาจมีน้อยลง ขาดผู้ใหญ่ช่วยเหลือในการดูแลทารก ทำให้สามีต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยแบ่งเบาภาระจากภรรยา เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (Jordan, 1990: 11) ซึ่งแตกต่างไปจากในอดีตที่สามีจะมีหน้าที่หลักในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงอย่างเดียว

บทบาทของสามีจึงเป็นผู้สนับสนุนที่ต้องแบ่งเบาภาระของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นของครอบครัวซึ่งการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีต่อภรรยาในการรับรู้ประสบการณ์การคลอดร่วมกัน ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดประสบการณ์การคลอดในด้านบวกสำหรับมารดา แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของความรักใคร่ผูกพัน ทั้งยังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นระหว่างคู่สมรส (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Callister, 1995: 2) จากการศึกษาของกู๊ดแมน (Goodman, 2005: 190) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดาและทารก ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมของสามีในการคลอดนั้น สามีจะเป็นผู้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มต้นโดยการสนับสนุนทั้งด้านการช่วยเหลือ และการประคับประคองด้านอารมณ์ (Cohen & Syme, 1985: 143; Creehan, 1996: 230) ส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอด (Berry, 1988: 354; นิธิสากร นังคลา, 2546; Tuntanokij, 2006). ลดอัตราการเร่งคลอดโดยใช้ออกซิโตซิน, ลดการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง และลดอัตราการผ่าตัดคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382, 384-385; Pillitteri, 2003: 319-320) การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอดจากสามี เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ช่วยให้การให้ความหมายต่อเหตุการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวก (Auvenshine & Enriquez, 1990: 384-385)

ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาจะได้รับประสบการณ์สำคัญที่อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างถาวรหรือในระยะยาวทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังรายงานการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดในระยะหลังคลอด สัมพันธภาพที่แย่งกับสามี รวมถึงการมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอด (Niven & Murphy-Black, 2000: 244; Waldenstrom, 2003: 248) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกทำให้ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด และมีพฤติกรรมการเป็นมารดาเป็นไปในทางที่ดี (Mercer, 1995) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Berry, 1988: 354; Callister, 1995: 2; ประกายแก้ว คำคำ, 2534) การมีส่วนร่วมของสามีในการตั้งครรภ์ของภรรยาจะนำไปสู่การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างคู่สมรสในระยะต่อมา (Diemer, 1997: 283) ส่งเสริมให้เกิดการปรับบทบาทในการเป็นบิดามารดาในระยะหลังคลอด และความรักใคร่ผูกพันต่อทารก (Moore, 1983: 933; Buist, Morse, & Durkin, 2002: 172; Pollock, Amankwaa, L, & Amankwaa, A, 2005: 19)

ความรักใคร่ผูกพันเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างจำเพาะ แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้งทางด้านบวก เป็นความผูกพันพิเศษที่เชื่อมกันระหว่างบุคคล (Ainsworth, 1973 cited by Moore, 1983: 933) การมีประสบการณ์ต่อความผูกพันตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะในระยะ 30 นาทีแรกหลังคลอดที่เป็นระยะตื่นตัว (sensitive period) จะมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันในระยะต่อๆ มา (Klaue & Kennell, 1976: 14) ดังนั้นในระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวให้ได้มีโอกาสสร้างความรักใคร่ผูกพัน ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม อย่างไรก็ตามการพยาบาลเพื่อเตรียมการคลอดที่ผ่านมานในอดีตมักจะมุ่งเน้นเฉพาะการเตรียมมารดา ส่วนการเตรียมบิดาให้มีส่วนร่วมมีค่อนข้างน้อย (Diemer, 1997: 281-293; Nolan & Foster, 2005: 57) บิดาจะถูกจำกัดและแยกออกไป เป็นเพียงแค่ผู้สังเกตการณ์เท่านั้น และบิดาเองก็ขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วม (Goodman, 2005: 190; Bruist, Morse & Durkin, 2002: 172) แม้ว่าจะมีการเพิ่มความตระหนักของความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของสามี ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารก แต่ก็ยังเป็นเพียงแค่รูปแบบยังไม่ได้นำไปพัฒนาใช้อย่างจริงจัง

สำหรับในประเทศไทยระบบสุขภาพ ยังไม่ได้ให้การส่งเสริมความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสามี มีหลายการศึกษาเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นมารดา และทารก มีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของบิดาต่อการเลี้ยงดูทารก โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามี หรือสมาชิกในครอบครัวเข้าไปในห้องคลอดเพื่อให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในการคลอด และ

เสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (sensitive period) อันเป็นผลให้หลาย ๆ การศึกษาเน้นไปที่ การค้นหาประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยพยาบาล ศึกษาการเตรียมการคลอดโดยการสอนให้ใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับความเจ็บปวด ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทบิดา หรือการมีส่วนร่วมของบิดา ก็จะมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสัมพันธภาพในระยะสั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการค้นหารูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีอย่างต่อเนื่องในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด รวมไปถึงในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด เพื่อที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก ภายใต้กรอบทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982)

กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อส่งเสริม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในการเป็นบิดามารดาครั้งแรก ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยตั้งแต่มารดามีการวางแผนการตั้งครรภ์ และมีพัฒนาการมาตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982: 2)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้น แม้จะเกิดขึ้นได้เอง และมีการพัฒนาตามกระบวนการความรักใคร่ผูกพัน ตั้งแต่การวางแผนการตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด แต่เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน การพัฒนาตามกระบวนการความรักใคร่ผูกพันจึงแตกต่างกันไป ซึ่งคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982: 36-37) ได้กล่าวถึงปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารกไว้ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านบิดามารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยทางด้านโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านบิดามารดา (Parental background) ได้แก่ การได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาในวัยเด็ก พันธุกรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสัมพันธภาพสมรส ประสบการณ์การตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านการดูแล (Care practices) ได้แก่ พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและให้การสนับสนุนระหว่างคลอด การแยกมารดาและทารกจากกันทันทีหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านทารก (Infant) ได้แก่ ธรรมชาติของทารก พื้นฐานทางด้านอารมณ์ของทารก และภาวะสุขภาพของทารก ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมของบิดามารดา และสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารก

จากทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารกของคลอสและเคนเนล จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการดูแลเป็นปัจจัยที่ง่ายต่อการปฏิบัติมากกว่าการปรับปรุงแก้ไขปัจจัยด้านบิดามารดา ซึ่งเป็นภูมิหลังที่ติดตัวมาและต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง หรือปัจจัยด้านทารก ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ต้องพัฒนาต่อไป ดังนั้นในการจัดการกับปัจจัยด้านการดูแลโดยการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสให้สามารมีส่วนร่วมในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด จึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับการให้การดูแลผู้คลอดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีกว่ามารดาครรภ์แรก และสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
2. มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

3. สามีของมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่าง การตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก สูงกว่าบิดาในกลุ่มมารดาครรภ์แรก ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

4. มารดาครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่าง การตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูง กว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ที่มาฝาก ครรภ์พร้อมกับสามี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบางปะกอก จังหวัดสมุทรปราการ ในระหว่างเดือน มีนาคม 2550 ถึงเดือน สิงหาคม 2550 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มารดาครรภ์แรกมีอายุ 20-34 ปี สถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่ด้วยกัน
2. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด
4. ทารกในครรภ์ มีศีรษะเป็นส่วนนำ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และไม่มีความพิการ
5. หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษาคือ

มารดาครรภ์แรกและคู่สมรส ที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่าง การตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนจากตำราและเอกสารทางวิชาการ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง เป็นโปรแกรมการสอนประกอบ VCD และแจกคู่มือประกอบ แบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย การให้ ความรู้กับมารดาและสามี เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การ เจ็บครรภ์และการจัดการกับความเจ็บปวด การคลอด กระบวนการคลอด การส่งเสริมความรักใคร่ ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก และการมีส่วนร่วมของสามีในแต่ละระยะ การเยี่ยมชมห้อง คลอด เพื่อสร้างความคุ้นเคย และลดความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดสามี ได้รับอนุญาตให้เข้าไปดูแลมารดา และสนับสนุนมารดาระหว่างการคลอด ภายใต้การดูแลและ

สนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการทดลอง และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา และทารกทันทีหลังคลอด โดยการส่งเสริมให้บิดามารดาและให้มารดาได้สัมผัสทารกทันทีภายใน ครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ให้การช่วยเหลือบิดามารดาในการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของทารก ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และเมื่อมารดาได้รับการซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จแล้วจึงส่งเสริมให้ บิดาช่วยจัดท่านอนให้มารดาในการให้นมทารก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และสามี เกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานที่ประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความคาดหวังใน เพศบุตร และประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกวัยก่อน 1 ปี

2.2) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พัฒนาขึ้นโดยสปานิเยร์ (Spanier, 1976: 15-28) แปลเป็นไทยโดย วัจมาย สุชวนวัฒน์ (2541) เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์ แรกจำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 และประเมินในสามี 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

2.3) แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ สร้างขึ้น โดยแครนเลย์ (Cranley, 1981: 281-284) แปลเป็นไทยโดย กนกทิพย์ คุณชะวนิชย์พงษ์ (2530) เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรกที่มียุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ จำนวน 60 ราย คำนวณค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .86

2.4) แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ สร้างขึ้นโดย แครนเลย์ (Cranley, 1981) แปลเป็นไทยโดย นิสารัตน์ โห้โก๋ (2540) เมื่อนำมาใช้กับสามีของมารดา ครรภ์แรกที่มียุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ จำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81

2.5) แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด สร้างขึ้นโดยมารุตและเมอร์ เซอร์ (Marut and Mercer, 1979: 260-266) แปลเป็นไทยและดัดแปลงโดย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) เมื่อนำมาใช้กับมารดาครรภ์แรกจำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91

2.6) แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก สร้างโดยมุลเลอร์ (Muller, 1994: 129-141) นำมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยพรพรรณ จงปราณี (2540: 41) เมื่อนำมาใช้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคได้เท่ากับ .94

2.7) แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก สร้างขึ้นโดยบิลล์

(Bills, 1980: 21-26) แปลเป็นไทยโดย เยาวลักษณ์ แฉขุนทด (2539: 64-66) เมื่อนำมาใช้กับสามีของ ภรรยาหลังคลอดครั้งแรกจำนวน 60 ราย ค่าความค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .54

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน คน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบโครงร่างการ วิจัยโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านความเห็นชอบจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะปณสมุทรปราการ รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการ เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย เก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ ทุกวันอังคาร เวลา 8.00 – 20.00 น. ติดตามมารดาและสามีอย่างต่อเนื่องเมื่อมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะปณ และติดตามประเมินมารดาและสามีในระยะหลังคลอดที่แผนกสูติกรรมหลัง คลอด โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน มีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลบางปะปณ ตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. ซึ่งให้บริการตรวจครรภ์รายเก่า และติด สัญลักษณ์เป็นกระดาศสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์

2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อมารดาและสามีลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้มารดาและสามีตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบ ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกใน ครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์

3. หลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความ ร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ ทั้งบิดาและมารดา ตอบแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพัน ระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาและสามีที่มาฝากครรภ์ และต้องการคลอดที่ โรงพยาบาลบางปะปณ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันอังคารเวลา 8.00 – 20.00 น. และติด สัญลักษณ์เป็นกระดาศสีฟ้าไว้ที่สมุดฝากครรภ์

2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ เมื่อมารดาและสามียินยอมเข้าร่วม การวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้มารดาและสามีตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน

ภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารกในครรภ์

3. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือ และเข้ารับฟังการสอนประกอบ VCD ตามแผนการสอนครั้งที่ 1 หลังจากนั้นก็จะนัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเข้ารับฟังการสอนตามแผนการสอนครั้งที่ 2 และนัดหมายครั้งสุดท้ายต่อไปอีก 1 สัปดาห์ตามแผนการสอนครั้งที่ 3 และพาผู้ร่วมวิจัยเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด และหน่วยงานหลังคลอด

4. เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ให้สามีพาไปห้องคลอดโรงพยาบาลบางบ่อทันที สามีจะเข้าไปร่วมให้กำลังใจมารดา และช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ตามแผนการสอนครั้งที่ 2 โดยสามีจะได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัยตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการคลอด

5. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา และทารกทันทีหลังคลอดภายในระยะเวลา 30 นาทีหลังคลอดตามแผนการสอนครั้งที่ 3

6. หลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความร่วมมือให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทั้งบิดาและมารดา ตอบแบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากมารดาครรภ์แรกและสามีในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 58 คู่ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 42 คู่ คัดออกจากการศึกษาจำนวน 28 คู่ในกลุ่มควบคุม และคัดออกจำนวน 12 คู่ในกลุ่มทดลอง เนื่องจากมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คู่ ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

มารดาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่า ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของครอบครัวคล้ายคลึงกัน โดยเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 43.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ มีลักษณะของอาชีพที่ต้องทำงานที่บ้านร้อยละ 40 และร้อยละ 56.7 ทำงานนอกบ้านร้อยละ 60 และร้อยละ 43.7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม และส่วน

ใหญ่ไม่ได้คาดหวังในเพศของบุตร คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุม มารดาในกลุ่มทดลองมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 43.3 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน และเมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบกับสถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	10	33.30	16	53.30	1.70 ^{ns}
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	20	66.70	14	46.70	
ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	13	43.30	16	53.30	.27 ^{ns}
ครอบครัวขยาย	17	56.70	14	46.70	
อาชีพ					
ทำงานที่บ้าน	12	40.00	17	56.70	1.07 ^{ns}
ทำงานนอกบ้าน	18	60.00	13	43.30	
การวางแผนการตั้งครรภ์					
ไม่ได้วางแผน	9	30.00	12	40.00	.29 ^{ns}
วางแผน	21	70.00	18	60.00	
ความคาดหวังในเพศทารก					
ไม่ได้คาดหวัง	20	66.70	21	70.00	.00 ^{ns}
คาดหวัง	10	33.30	9	30.00	
ประสบการณ์การดูแลทารก					
ไม่มีประสบการณ์	13	43.30	20	66.70	2.42 ^{ns}
มีประสบการณ์	17	56.70	10	33.30	

ns = $p > .05$

สามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีลักษณะของอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้านเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุม และไม่ได้คาดหวังในเพศของบุตรคล้ายคลึงกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุม บิดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกใกล้เคียงกัน โดยบิดามีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกคิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแคว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสามี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบกับ

สถิติไคว์สแคว (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	16	53.30	14	46.70	.07 ^{ns}
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	14	46.70	16	53.30	
อาชีพ					
ทำงานที่บ้าน	3	10.00	3	10.00	.00 ^{ns}
ทำงานนอกบ้าน	27	90.00	27	90.00	
การวางแผนการตั้งครรภ์					
ไม่ได้วางแผน	10	33.30	14	46.70	.63 ^{ns}
วางแผน	20	66.70	16	53.30	
ความคาดหวังในเพศทารก					
ไม่ได้คาดหวัง	16	53.30	17	56.70	.00 ^{ns}
คาดหวัง	14	46.70	13	43.30	
ประสบการณ์การดูแลทารก					
ไม่มีประสบการณ์	18	60.00	20	66.70	.07 ^{ns}
มีประสบการณ์	12	40.00	10	33.30	

ns = $p > .05$

มารดาครรภ์แรกและสามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน มารดากลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 33 ปี ($\bar{x} = 24.87$, $SD = 3.85$) กลุ่มควบคุมมีอายุ 20 – 34 ปี ($\bar{x} = 24.53$, $SD = 4.85$) สำหรับสามีกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20 – 40 ปี ($\bar{x} = 27.23$, $SD = 5.22$) กลุ่มควบคุมมีอายุ 20 – 42 ปี ($\bar{x} = 26.63$, $SD = 5.62$) ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีการศึกษาของมารดาและสามีใกล้เคียงกันที่ 11 ปี โดยมารดามีจำนวนปีการศึกษาอยู่ในช่วง 6 – 19 ปี ($\bar{x} = 11.97$, $SD = 3.07$) ในกลุ่มทดลองและ 6 – 17 ปี ($\bar{x} = 11.53$, $SD = 3.27$) ในกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับสามีมีจำนวนปีการศึกษาอยู่ในช่วง 4 – 16 ปี ($\bar{x} = 10.87$, $SD = 3.17$) ในกลุ่มทดลองและ 6 – 17 ปี ($\bar{x} = 11.37$, $SD = 2.68$) ในกลุ่มควบคุม มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ส่วนตัว (Mode = 0) สามีในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน (Mode = 5,000) ส่วนสามีในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือน (Mode = 8,000) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ ของมารดาและสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ ของมารดาและสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
มารดา							
อายุ	20-33	24.87	3.85	20-34	24.53	4.85	.30 ^{ns}
จำนวนปีที่ศึกษา	6-19	11.97	3.07	6-17	11.53	3.27	.53 ^{ns}
รายได้	0-17,000	5,296	4,534.38	0-12,000	3,216.87	3,970.68	1.89 ^{ns}
	Median =5,000	Mode = 0		Median = 0	Mode = 0		
สามี							
อายุ	20-40	27.23	5.22	20-42	26.63	5.62	.43 ^{ns}
จำนวนปีที่ศึกษา	4-16	10.87	3.17	6-17	11.37	2.68	-.66 ^{ns}
รายได้	4,020-40,000	9,303.33	6,701.50	3,500-30,000	9,003.67	4,892.33	.20 ^{ns}
	Median = 8,000	Mode = 5,000		Median = 8,000	Mode = 8,000		

ns = $p > .05$

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดาและสามีใกล้เคียงกัน มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดอยู่ในช่วง

87 – 123 คะแนน ($\bar{x} = 102.43$, $SD = 9.92$) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 82 – 114 คะแนน ($\bar{x} = 101.03$, $SD = 9.42$) สามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดอยู่ในช่วง 80 – 125 คะแนน ($\bar{x} = 102.40$, $SD = 12.15$) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 83 – 124 คะแนน ($\bar{x} = 101.33$, $SD = 10.06$) ตามลำดับ และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและมารดาในครรภ์ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ใกล้เคียงกันคือ มีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและมารดาในครรภ์ของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 64 – 107 คะแนน ($\bar{x} = 88.53$, $SD = 9.78$) กลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 54 – 104 คะแนน ($\bar{x} = 86.40$, $SD = 12.63$) และมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ในกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 80 – 117 คะแนน ($\bar{x} = 97.20$, $SD = 9.00$) และกลุ่มควบคุมคะแนนอยู่ในช่วง 58 – 114 คะแนน ($\bar{x} = 94.00$, $SD = 11.72$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในสามี คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดา คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและมารดาในครรภ์ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอด คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและมารดาในครรภ์ คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
- สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในมารดา	87-123	102.43	9.92	82-114	101.03	9.42	.56 ^{ns}
- สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนคลอดในสามี	80-125	102.40	12.15	83-124	101.33	10.06	.37 ^{ns}
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและมารดาในครรภ์	64-107	88.53	9.78	54-104	86.40	12.63	.73 ^{ns}
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์	80-117	97.20	9.00	58-114	94.00	11.72	1.19 ^{ns}

ns = $p > .05$

จากผลการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่า คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในสามี คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดา คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีการกระจายเป็นปกติ ดังนั้น การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ให้กับกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ จึงใช้สถิติ T-test ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50, p > .05$ และ $t = 1.46, p > .05$ ตามลำดับ) แต่พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87, p < .001$) และพบว่าในกลุ่มทดลองมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.32, p < .05$) แต่มารดาในกลุ่มทดลองมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .90, p > .05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอด
คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่าง
มารดาและทารก และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หลังคลอดในมารดา	81-127	106.40	11.90	80-126	104.80	12.85	.50 ^{ns}
- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หลังคลอดในสามี	94-132	112.23	10.83	85-134	108.00	11.65	1.46 ^{ns}
- การรับรู้ประสบการณ์การ คลอด	93-150	130.90	13.24	87-146	114.07	13.55	4.87**
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่าง บิดาและทารก	69-91	82.13	5.16	59-89	78.67	6.33	2.32*
- ความรักใคร่ผูกพันระหว่าง มารดาและทารก	79-104	96.03	5.80	56-104	94.07	10.51	.90 ^{ns}

** p < .001, * p < .05, ns = p > .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายให้สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัยดังนี้ จากการศึกษา
แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรกและสามี ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม
ของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนสัมพันธ
ภาพระหว่างคู่สมรสหลังคลอดในมารดาและในสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50, p > .05$ และ $t = 1.46, p > .05$
ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทำในระยะหลังคลอดทันที คู่
สมรสยังไม่ได้ปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ที่มีบุตรคนแรก ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต้องใช้
ระยะเวลาในการปรับตัวเข้าหากันและกันเพื่อให้อยู่ร่วมกันได้ พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา ร่วมกัน
แก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของการเป็นสามี และภรรยาภายในครอบครัว
ของตน อันนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Spanier, 1976: 15-28) การดำเนินชีวิตร่วมกัน
ช่วยเหลือกันในการทำงานบ้านและค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ตลอดจนมีความสัมพันธ์ทางเพศ และร่วม
ทุกข์ร่วมสุขกันนั้นต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร ประกอบกับมารดาหลังคลอดต้องดการมี

เพศสัมพันธ์ราวหนึ่งเดือนถึงเดือนครึ่งหลังคลอด จนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิด ซึ่งการที่จะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข คู่สมรสต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันให้ความสนใจ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ให้อภัยซึ่งกันและกัน และมีความอดทนในการใช้ชีวิตร่วมกัน ความรู้สึกที่มีต่อกันทั้งหมดนี้จะช่วยลดความขัดแย้งในระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจึงเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยาสามารถที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างที่ภรรยาตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด ซึ่งถ้ามีการพูดคุยปรึกษากันระหว่างสามีภรรยาอย่างดีในทุก ๆ ครั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างกันก็จะเป็นไปในทางบวก แต่ถ้าความสัมพันธ์ไม่ดีก็จะส่งผลในทางตรงกันข้าม (Moore, 1983: 222) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะหลังคลอดจึงควรมีการติดตามประเมินต่อไปเป็นระยะ ๆ เพื่อเปรียบเทียบในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลจากการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอดรวมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87, p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากราคาที่เข้าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด จะได้รับการเตรียมการคลอดในแผนการสอนครั้งที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคลอดทั้งหมด และทราบถึงเหตุการณ์ทั้งหมดที่จะเกิดขึ้นกับมารดาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดและกิจกรรมที่ใช้ในระยะเจ็บครรภ์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของสามีในการช่วยเหลือมารดาในทุกระยะของกระบวนการคลอด หลังจบการเรียนรู้การสอนมารดาและสามีได้รับการพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด และห้องหลังคลอด จากกระบวนการดังกล่าวตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ทำให้มารดาและสามีมีทักษะร่วมกัน ในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง ซึ่งการใช้ทักษะดังกล่าวในขณะที่มดลูกหดตัวจะทำให้สมองได้รับสัญญาณจากการผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง การนวด การควบคุมการหายใจ ทำให้การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง มารดาจึงสามารถควบคุมตนเองได้ดี (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2540) และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดทำให้มารดาและสามีลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการคลอด ทราบทักษะที่ต้องใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้มารดามีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวด (Murray, et al., 2002) โดยเฉพาะการมีบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาในที่นี้คือสามี เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างเจ็บครรภ์ และการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382; Lowe, 1996: 85) มีรายงานการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี

หรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ หรือจากผู้เชี่ยวชาญในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (ประกายแก้ว คำคำ, 2534; นิธิสากร นังคลา, 2546; Sodsong, 2005; Tuntanokij, 2006) เช่นเดียวกับผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งสนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.32, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการที่เข้าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด จะได้รับการส่งเสริมให้สร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารก ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างกันตามแผนการสอนครั้งที่ 3 ซึ่งเนื้อหาการสอนประกอบด้วย ความหมาย กระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพ และประโยชน์ที่ได้รับ กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกหัดอุ้มทารก การให้นมมารดา โดยให้สามีมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือตลอดจนการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์กับทารกผ่านทางประสาทสัมผัสทั้งห้าอันได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ซึ่งปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกอันได้แก่ การมองเห็นทารก การสัมผัสทารก การดูแลทารก และการยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่ง ที่แยกออกไปจากมารดา โดยเฉพาะในระยะ 30-60 นาทีแรกหลังคลอดอันเป็นช่วงระยะเวลาที่พิเศษของชีวิต และจากการที่ทารกได้สัมผัสกับบิดามารดาจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก (Klaus & Kennell, 1982: 38-40) อันเป็นผลให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารกทั้งทางด้านลักษณะนิสัย เพศ ภาวะสุขภาพ และเรียนรู้ในการตอบสนองความต้องการของทารก และกิจกรรมการส่งเสริมให้ทารกได้อยู่กับบิดามารดาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานก็จะเป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารก และก่อให้เกิดความผูกพันที่แน่นแฟ้นตั้งแต่ในวัยแรกเริ่มของชีวิต ก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันตั้งแต่ระยะที่ทารกมีการตื่นตัว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สามีจะพบกับทารกได้เมื่อมารดาย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก สอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล ศรีธานี (2531) ซึ่งศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำแก่บิดาในระยะที่คู่สมรสตั้งครรภ์ 34 – 36 สัปดาห์ โดยการให้คำแนะนำมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของบิดา บทบาทบิดา การดูแลสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกายและจิตใจของทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง

จากการประเมินภายหลังคลอด 2 วันและ 1 เดือน ($t = 3.99, p < .01, t = 3.37, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทของบิดาในระยะที่ทารกยังอยู่ในครรภ์ และการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์มีผลต่อความรู้สึกผูกพันและบทบาทของบิดาที่มีต่อทารก ต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดได้

และผลจากการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .90, p > .05$) ทั้งนี้เนื่องจากความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นสิ่งที่พัฒนามาเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การวางแผนการตั้งครรภ์จึงเป็นจุดเริ่มต้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และมีการพัฒนาไปจนกระทั่งหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982: 9 - 19) และจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มมารดาส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มารดาจึงมีความพร้อมที่จะพัฒนาความรักใคร่ผูกพันไปสู่ทารกอีกประการหนึ่งโรงพยาบาลบางบ่อเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก มีการส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วที่สุด (early breastfeeding) และที่หน่วยสูติกรรมหลังคลอดจัดให้มารดาและทารกได้อยู่ร่วมกันทุกราย (rooming-in) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกทำให้มารดาได้พัฒนาความรักใคร่ผูกพันไปสู่ทารกได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาพบว่าขณะคลอดนมมารดา ร่างกายมารดาจะมีการสร้างฮอร์โมนแห่งความรัก (oxytocin) สูงขึ้นซึ่งกระตุ้นความเป็นมารดาเพิ่มขึ้น ยังผลให้มารดามีความรักและความผูกพันต่อทารก (วีระพงษ์ จัทรานนท์, 2546: 10) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสทำให้มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพรรณ จงปราณี (2540) เรื่องปัจจัยกระตุ้นแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับสูง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293, p < .01$) และเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่นได้ ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.5 ($r^2 = .085, p < .01$) ด้วยเหตุผลดังกล่าวมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จึงมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่เป็นมารดาครรภ์แรก และสามี ที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. เนื่องด้วยระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีระยะเวลาอันสั้น จึงไม่สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้ชัดเจนกว่าการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจความเป็นองค์รวมของการพยาบาลด้านสูติกรรม ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะสามี ในการดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังการคลอด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านบวกในมารดา และส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ควรใช้สื่อการสอน VCD และการจัดทำคู่มือประกอบ
2. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามี ในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดา และส่งเสริมประสบการณ์การคลอดในมารดา
3. ควรเตรียมการคลอดในมารดาและสามี และการพาเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอดทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสถานที่และระบบบริการ จะทำให้มารดารับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี
4. ระบบบริการควรเอื้อให้สามีได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างกระบวนการคลอด ให้การสนับสนุนมารดา และให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้มารดาได้รับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันระหว่างสามีภรรยา

ด้านการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดเป็นประโยชน์ต่อบิดามารดา ทารกและครอบครัว จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาติดตาม เพื่อเปรียบเทียบผลของการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและความรักใคร่ผูกพัน หลังคลอดทันที และหลังคลอด 3 เดือน หรือเป็นระยะ ๆ เพื่อเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา
3. เป็นแนวทางเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามี ต่อการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์คลอดของมารดา และการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ในมารดากลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
4. การส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก ควรจัดโปรแกรมให้ทารกได้สัมผัสกับมารดา และบิดา แบบ skin to skin contact

THE EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE SPOUSE INVOLVEMENT IN PREGNANCY AND BIRTH ON MARITAL RELATIONSHIPS, PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE, MATERNAL-INFANT ATTACHMENT, AND PATERNAL-INFANT ATTACHMENT

NAVAPORN MAMARK 4837061 RAMN/M

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

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

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Families exist as a unit of society and consist of a tie of intimate relationship that contains the bonds and endures through time (Clements & Roberts, 1983: 118). Much of the richness and beauty of life is derived from the close relationships which each person has with the small number of members of his or her family: father, mother, brother, sister, husband, wife, son, and daughter (Klaus & Kennell, 1982: 1). Especially within the new family, as a new member is added, new special relationships occur. It is important to prepare father and mother for parenthood (Bobak & Jensen, 1993: 31) in order to make strong bonds exist for along time among family members (Clements & Roberts, 1983: 119). For a family that welcomes the first baby, the relationship between husband and wife will change from having dyad to triad relationship; father-mother-baby. Parenthood is a new role for a couple. The man becomes a father in addition to being a husband, and the woman becomes a mother in addition to being a wife (Suputra Supab, B.E. 2543: 60-61). Therefore, childbearing couples are expressing greater interested in preparing themselves for parenthood and a shared experience during pregnancy and childbirth process (Bowen & Miller, 1980: 307).

Presently, the role and social status of women are simultaneously changing due to higher educational levels and earning potentials. Data from National Statistical Office show that 47% of the women have a greater chance to work outside their home (National Statistical Office: 2549), thus resulting in less time for their family, changing lifestyles, weaker family relationship, and less time for family congregation and assistance. As can be seen from the rising divorce rate, data from Preliminary Report of Population and Household Census show that the proportion of divorces compared to marriage climbed from 10.5 in 1994 to 23.4 percent in 2001. In addition, the structure of the Thai family has been more inclined to shift from an extended family to a nuclear family, and it is evident that household size shrank from an average of 5.6 members in 1960 to 4.4 members per family in 1990. It has been forecast to reduce to only 3.09 persons per household in 2020 (Suwit Wibulpolprasert, 2002: 74-76). These societal changes definitely have an impact on caring and helping among members in the family. They also lead to lack of adults helping take care of the baby, so the men have to share responsibilities with the women in order to requisite for the survival of the family and society (Jordan, 1990: 11). This is different from the situation in the past when men had only breadwinning responsibilities.

As a result, husbands now have to play more roles as the partner, especially in the early stage of family development. Spouse involvements during pregnancy and birth that emphasize the husbands' perception of childbirth experience together with their wives not only promote more positive perception of childbirth experience of mothers but also benefit bonding and attachment between parents and infants while enhancing marital relationship of the couples (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Callister, 1995: 2). According to Goodman (2005: 190), positive marital relationship and the good paternal-infant attachment could lead to a statistically significant increase in family happiness.

Spouse involvements during childbirth means that the spouse is a primary provider of both tangible aid and emotional support (Cohen & Syme, 1985: 143; Creehan, 1996: 230) that affect pain experience, duration of birth, and complications during childbirth (Berry, 1988: 354; Nisarkorn Nungkla, B.E. 2546; Tuntanokij, 2006). Furthermore, the rates of oxytocin augmentation, epidural anesthesia, and cesarean birth can also be reduced (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382, 384-385;

Pillitteri, 2003: 319-320). Research has also pointed out that spouse involvements during childbirth decrease complications, labor length, associated fear, acute anxiety, and arrest of labor and encourage more positive experience for the mothers (Auvenshine & Enriquez, 1990: 384-385).

During pregnancy and childbirth, women's overall experience is an important outcome of labor, since it has the potential for a permanent or long-term positive or negative impact on women's lives. A traumatic experience has been found to be associated with postpartum stress disorder, and a negative experience may also lead to a bad relationship with their husband, including problems of sexual activities after childbirth (Niven & Murphy-Black, 2000: 244; Waldenstrom, 2003: 248). On the contrary, a positive experience may lead to reduced anxiety and depression during the postpartum period, and it encourages the women's move into positive maternal roles (Mercer, 1995) associated with spouse involvements during pregnancy and birth (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Berry, 1988: 354; Callister, 1995: 2; Prakyekew Gacum, B.E. 2534). The men's involvement in their partners' pregnancy leads to mutual dependence and increased supportive behaviors between spouses (Diemer, 1997: 283). It also promotes the father and mother to have attachment to their infant and to more easily move into their parental roles during the postpartum period (Moore, 1983: 933; Buist, Morse, & Durkin, 2002: 172; Pollock, Amankwaa, L, & Amankwaa, A, 2005: 19).

Attachment is a special tie that binds one individual to another and expresses positive feelings; attachment usually implies affection or love (Ainsworth, 1973 cited by Moore, 1983: 933). The importance of early attachment experience has been identified, especially in the 30 to 60 minutes following delivery, which is the sensitive period for formation of attachment (Klaue & Kennell, 1976: 14). Consequently, during this critical period, families should be encouraged to initiate building of attachment as soon as possible. However, preparation for childbirth in the past usually focused only on mothers, and fathers involvements were rare (Diemer, 1997: 281-293; Nolan & Foster, 2005: 57) as they were seen more as observers who hardly ever received professional support (Goodman, 2005: 190; Bruist, Morse & Durkin, 2002: 172). Even though there is now awareness of the essential of father involvement in

childbirth and infant care, no formal system to promote father involvement has been systematically developed.

In Thailand, the existing healthcare system does not promote the importance of fathers' involvement. Previous studies have shown that focuses have only been placed mothers and infants, and it is rare that fathers participate in caring for their infants. Most hospitals do not allow husbands or family members to attend the delivery and give support to the pregnant women in the delivery room or build up the attachment in the early stage of life (during the sensitive period). As a result, several studies have been conducted to seek effective labor pain management by nurses and the provision of a childbirth preparation course with lessons of pain management strategies. The studies regarding paternal role or paternal involvement were mostly specifically conducted to promote fathers' role only in short periods. Therefore, the researcher was interested in finding an intervention model that emphasizes continuation of spouse involvements during pregnancy until after the postpartum period in order to encourage marital relationship, positive perception of childbirth experience, maternal-infant attachment, and paternal-infant attachment of first-time mothers based on the attachment theory explained by Klaus & Kennell (1976, 1982).

Theoretical Framework of the Study

This research was conducted based on the parent-infant attachment theory developed by Klaus and Kennell (1982) as the theoretical framework to promote marital relationship, perception of positive childbirth experience, and parent-infant attachment for the first-time mother and father. According to Klaus and Kennell, bonding or attachment is the interchangeable term used for the process that signifies a unique relationship between two persons which is specific and endures through time: beginning at the plan of pregnancy until after birth (Klaus & Kennell, 1982: 2).

As regards the parents' attachment to their child, the developmental process of attachment begins prior to pregnancy and continues to during pregnancy, increasing across gestation until after birth. The survival and development of the infants are seen as the major source of subsequent attachment that promotes further family relationships. Klaus and Kennell (1982: 36-37) propose three major factors which influence parent-infant as follows:

1. Parental background refers to a parent's care by his or her own mother, endowment or genetics of parents, practices of the culture, relationship within the family, experience with previous pregnancies, planning course, and events during pregnancy.

2. Care practices refer to behavior of physicians, nurses, and hospital personnel; care and support during labor; first day of life; separation of the mother and infant, and rules of the hospital.

3. Infants refer to the nature of the infants, infants' temperament, and health status, all of which affect parenting behavior and the parent-child relationships.

According to the theory of Klaus and Kennell, it is easier to practice the care factor rather than trying to improve the factors regarding parental background which have been ingrained and need a long time to change or the factors related to the infants' characteristics which need to further develop. Therefore, managing the care practice factors in order to promote marital relationships, perception of childbirth experience, and maternal and paternal-infant attachment during pregnancy and childbirth are important to ensure appropriate care of pregnant women in the hospital.

Research Objectives

1. To study the effect of the spouse involvements during childbirth promoting program on marital relationships of the first-time mothers.

2. To study the effect of the spouse involvements during childbirth promoting program on the perception of childbirth experience of the first-time mothers.

3. To study the effect of the spouse involvements during childbirth promoting program on the paternal-infant attachment of the fathers.

4. To study the effect of the spouse involvements during childbirth promoting program on the maternal-infant attachment of the first-time mothers.

Research Hypotheses

1. The marital relationships of the first-time mothers who receive the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care is better than that of the first-time mothers who receive only usual nursing care.

2. The perception of childbirth experience of the first-time mothers who receive the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care is better than that of the first-time mothers who receive only usual nursing care.

3. The paternal-infant attachment of the fathers who receive both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care is better than that of the fathers who receive only usual nursing care.

4. The maternal-infant attachment of the first-time mothers who receive both spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care is better than that of the first-time mothers who receive only usual nursing care.

Research Methodology

The population of the present study was first-time fathers and mothers whose gestation age was between 34 to 35 weeks who visited the antenatal clinic and wished to have child delivery at Bangbor Hospital, Samutprakan Province, from March to August, 2007. The study sample was purposively selected from the target subjects who met the following criteria:

1. Age between 20 and 34 years, being married, and living with the husband;
2. Have ability to speak, understand, and communicate in Thai;
3. No complications during pregnancy, delivery, or postpartum period;
4. Their fetus was in the vertex position, a healthy baby, and with no anomaly; and,
5. Willing to participate in this study.

The exclusion criterion was that the pregnant women and their husbands did not completely attend the activities in the program.

The instruments used in this study could be divided into two types as follow:

1. The Instrument for the intervention was the spouse involvements in pregnancy and birth promoting program which was designed by the researcher based on an extensive review of journals and textbooks. The program was examined by five experts in obstetrics nursing to ensure content validity and language appropriateness. The researcher modified the instrument according to the experts' suggestions and comments before using it in this study. Teaching the program with VCD and

handbooks was divided into three parts, each lasting 60 minutes and consisting of knowledge about pregnancy, fetal development during pregnancy, labor pain and pain management, process of labor, how to promote paternal-infant attachment and maternal-infant attachment, and each step of spouse involvements in pregnancy and birth. In addition, a tour of the labor room was also organized in order to build familiarity and decrease anxiety. In the labor room, the spouses were allowed to be with the pregnant women until after birth, including two hours postpartum with support and encouragement of the researcher to promote paternal-infant and maternal-infant attachment. The husbands were encouraged to hold the infant right after birth, while the wives were encouraged to have first contact with the infant within 30 minutes after birth. After that, fathers and mothers were encouraged to stimulate five sensory perceptions of the infants—sight, smelling, hearing, taste, and touch. After the perineum wound of the mothers was taken care of, the researcher encouraged the fathers to assist the mothers' breastfeeding.

2. Instruments for data collection

2.1 The Demographic Characteristics Questionnaire was developed to elicit the information of the mothers and their husbands regarding age, education level, occupation, income per month, workplace, type of family, plan for pregnancy, expectation of baby' gender, and infant care experience.

2.2 The Dyadic Adjustment Scale was developed by Spanier (1976: 15-28) and was translated into Thai by Vajamai Sookkavanawat (B.E. 2541). In this research study, the researcher tested the scale with 60 first-time pregnant women, and it was found that Cronbach's alpha coefficient was .91. When used with their husbands, the scale had Cronbach's alpha coefficient of .88.

2.3 The Maternal-Fetal Attachment Scale was developed by Cranley (1981: 281-284) to measure prenatal maternal-fetal attachment. It was translated into Thai by Kanokthip Kootanavanichpong (B.E. 2530). In this research study, the researcher tested the scale with 60 first-time pregnant women whose gestational age was 34-35 weeks, and it was found that Cronbach's alpha coefficient was .86.

2.4 The Paternal-Fetal Attachment Scale was developed by Cranley (1981) to measure the prenatal paternal-fetal attachment. It was translated into Thai by Nisarath Hogo (B.E. 2540). In this research study, the researcher tested the scale

with 60 husbands of first-time pregnant women whose gestational age was 34-35 weeks. Cronbach's alpha coefficient was .81.

2.5 Perception of Childbirth Experience Questionnaire was developed by Marut & Mercer (1979: 260-266) and was translated into Thai and modified by Yuwadee Supprasert (B.E. 2541). In this research study, the researcher tested the scale with 60 first-time pregnant women, and it was found that Cronbach's alpha coefficient was .91.

2.6 The Maternal Attachment Inventory was developed by Muller (1994: 129-141) to measure maternal affectionate attachment. It was translated into Thai by Pornpan Jongpranee (B.E. 2540: 41). In this research study, the researcher tested the scale with 60 first-time mothers, and it was found that Cronbach's alpha coefficient was .94.

2.7 The Affectional Relationship Questionnaire was developed by Bills (1980: 21-26) to measure an affectional bond of the father with his infant. It was translated into Thai by Yaowaluck Chaekhuntod (B.E. 2539: 64-66). In this research study, the researcher tested the scale with 60 first-time fathers, and it was found that Cronbach's alpha coefficient was .54.

Before data collecting took place, the researcher asked for permission to conduct research with human subjects from the Human Rights Committee of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The research proposal was approved by the thesis committee of Mahidol University. Also, permission to collect data was granted by the Director of Bangbor Hospital, Samutprakan Province. All of the subjects who participated in the study were asked to sign the informed consent form before data were elicited from them. Data were collected at the antenatal care unit on Tuesday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The researcher followed the pregnant women and their husbands into the labor room as well as at the postpartum unit in order to conduct the assessment. To prevent the contamination of the sample, at first the researcher collected data from the control group who received only usual care from the hospital. After the data collection of the control group was completed, the researcher then collected data from the experimental group.

The control group

1. On Tuesday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., the researcher selected pregnant women and their husbands who sought antenatal care and delivery services at Bangbor Hospital who met the inclusion criteria. Blue paper was used to mark the antenatal care handbook they had.

2. The researcher explained the research objectives and data collection procedures to the would-be subjects. If they agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form. After that, the researcher asked the pregnant women and their husbands to complete the Demographic Characteristics Questionnaire, the Dyadic Adjustment Scale, the Maternal-Fetal Attachment Scale, and the Paternal-Fetal Attachment Scale.

3. The researcher prepared the research assistant to collect the mothers' data regarding perception of childbirth experience within 24 hours after birth. The Dyadic Adjustment Scale, the Maternal Attachment Inventory, and the Affectional Relationship Questionnaire were also administered to collect data from the mothers and their husbands before hospital discharge.

The experimental group

1. On Tuesday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., the researcher selected pregnant women and their husbands who sought antenatal care and delivery services at Bangbor Hospital who met the inclusion criteria. Blue paper was used to mark the antenatal care handbook they had.

2. The researcher explained the research objectives and data collection procedures to the would-be subjects. If they agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form. After that, the researcher asked the pregnant women and their husbands to complete the Demographic Characteristics Questionnaire, the Dyadic Adjustment Scale, the Maternal-Fetal Attachment Scale, and the Paternal-Fetal Attachment Scale.

3. The subjects then received a handbook and attended a lecture with VCD as the first lesson. The next appointment was made one week after this to attend the lecture with VCD as the second lesson. The third lecture with VCD was conducted one week after the second lesson. The researcher then led the subjects to visit the labor room and the postpartum ward.

4. When the true labor pain started, their husbands were allowed to give emotional support and care to the pregnant women following the second lesson plan with support from the researcher.

5. Immediately after the birth of the infant, the couple was encouraged to initiate the parent-infant interaction within 30 minutes following the third lesson plan.

6. The researcher prepared the research assistant to collect the mothers' data regarding perception of childbirth experience within 24 hours after birth. The Dyadic Adjustment Scale, the Maternal Attachment Inventory, and the Affectional Relationship Questionnaire were also administered to collect data from the mothers and their husbands before hospital discharge.

Research Findings

In the present study, data were collected from first-time pregnant women and their husbands including 58 couples in the control group that received the usual nursing care and 42 couples in the experimental group that received the usual nursing care with the spouse involvements in pregnancy and birth promoting program. In the end, 28 couples in the control group and 12 couples in the experimental group were excluded as they did not meet the inclusion criteria. Thus, the remaining number of couples in each group was 30. The findings regarding their demographic characteristics were as follows:

The results showed that 66.7% of the pregnant women in the experimental group graduated from high school or higher. As for the subjects in the control group, 55.3% had education lower than high school and 46.7% completed high school education or higher. In terms of family type, the subjects in both groups were rather similar as 43.3% of the subjects in the experimental group and 53.3% of the subjects in the control group lived in a nuclear family. As regards occupation, 40% of the subjects in the experimental group and 56.7% of the subjects in the control group worked at home, whereas 60% of the subjects in the experimental group and 43.7% of the subjects in the control group worked outside their home. Moreover, more than half of the subjects in both groups had a plan for pregnancy, accounting for 70% of the subjects in the experimental group and 60% of the subjects in the control group. Furthermore, most of the experimental subjects and control subjects did not have any

expectation about the infants' gender, making up 66.7% and 70%, respectively. Besides, 43.3% of the experimental group had no previous childcare experience, while 56.7% did. On the other hand, 66.7% of the control subjects had no childcare experience. Finally, when comparing the homogeneity of the subjects in both groups using Chi-square test, it was found that there were no statistically significant differences between the subjects in the experimental group and those in the control group ($p > .05$) (Table 1).

Table 1: Comparison of the demographic characteristics of the experimental group and the control group using Chi-square (χ^2)

Characteristics	Experimental group (n = 30)		Control group (n = 30)		χ^2
	n	%	n	%	
Education level					
Lower than high school	10	33.30	16	53.30	1.70 ^{ns}
High school or higher	20	66.70	14	46.70	
Type of family					
Nuclear family	13	43.30	16	53.30	.27 ^{ns}
Extended family	17	56.70	14	46.70	
Occupation					
Working at home	12	40.00	17	56.70	1.07 ^{ns}
Working outside home	18	60.00	13	43.30	
Plan for pregnancy					
Unplanned	9	30.00	12	40.00	.29 ^{ns}
Planned	21	70.00	18	60.00	
Expectation of infant's gender					
Not having	20	66.70	21	70.00	.00 ^{ns}
Having	10	33.30	9	30.00	
Childcare experience					
Not having	13	43.30	20	66.70	2.42 ^{ns}
Having	17	56.70	10	33.30	

ns = $p > .05$

As regards the demographic characteristics of pregnant women's husbands, in terms of educational background, the findings revealed that they were rather similar as

53.3% of the experimental group and 46.7% of the control group had educational level lower than high school. In addition, most of them, or 90% of both groups, worked outside their home. Furthermore, more than half of the subjects in the experimental group and the control group planned for pregnancy, making up 66.7% and 53.3%, respectively. With regard to expectation of the infant's gender, 53.3% of the subjects in the experimental group and 56.7% of the subjects in the control group had no expectation. Regarding childcare experience, 60% of the experimental subjects and 66.7% of the control subjects had previous experience with childcare. Also, the husbands' characteristics were analyzed to determine the homogeneity between the experimental group and the control group using the Chi-square test. The results showed that there were no statistically significant differences between both groups ($p > .05$) (Table 2).

Table 2: Comparison of the husbands' demographic characteristics between the experimental group and control group using Chi-square (χ^2)

Characteristics	Experimental group (n = 30)		Control group (n = 30)		χ^2
	n	%	n	%	
Education level					
Lower than high school	16	53.30	14	46.70	.07 ^{ns}
High school or higher	14	46.70	16	53.30	
Occupation					
Working at home	3	10.00	3	10.00	.00 ^{ns}
Working outside home	27	90.00	27	90.00	
Plan for pregnancy					
Unplanned	10	33.30	14	46.70	.63 ^{ns}
Planned	20	66.70	16	53.30	
Expectation of baby' gender					
Not having	16	53.30	17	56.70	.00 ^{ns}
Having	14	46.70	13	43.30	
Childcare experience					
Not having	18	60.00	20	66.70	.07 ^{ns}
Having	12	40.00	10	33.30	

ns = $p > .05$

The age ranges of the pregnant women and their husbands in both groups were similar. The age range of the pregnant women in the experimental group were 20-33 years ($\bar{x} = 24.87$, $SD = 3.85$) and that of the pregnant women in the control group was 20-34 years ($\bar{x} = 24.53$, $SD = 4.85$). The age range of the husbands in the experimental group was 20-40 years ($\bar{x} = 27.23$, $SD = 5.22$) and that of the husbands in the control group was 20-42 years ($\bar{x} = 26.63$, $SD = 5.62$). As for educational background, the pregnant women and their husband in both groups had similar mean lengths of education of 11 years. The duration of education of pregnant women in the experimental group was 6 to 19 years ($\bar{x} = 11.97$, $SD = 3.07$), and that of the control group was 6 to 17 years ($\bar{x} = 11.53$, $SD = 3.27$). The duration of education of the husband in the experimental group was 4 to 16 years ($\bar{x} = 10.87$, $SD = 3.17$), and that of the husbands in the control group was 6 to 17 years ($\bar{x} = 11.37$, $SD = 2.68$). Moreover, most of the pregnant women in both groups had no salary (Mode = 0), and their husbands earned about 5,000 baht per month (Mode = 5,000) in the experimental and 8,000 baht per month (Mode = 8,000) in the control group. To determine the homogeneity of data of pregnant women and their husbands regarding age, educational background, and income between both groups, the T-test was used. The findings revealed that there were no statistically significant differences between both groups ($p > .05$) (Table 3).

Table 3: Comparison of the demographic characteristics of the experimental group and the control group using T-test

Characteristics	Experiment al group (n = 30)			Control group (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
Pregnant women							
Age	20-33	24.87	3.85	20-34	24.53	4.85	.30 ^{ns}
Education (years)	6-19	11.97	3.07	6-17	11.53	3.27	.53 ^{ns}
Income	0-17,000	5,296	4,534.38	0-12,000	3,216.87	3,970.68	1.89 ^{ns}
	Median=5,000	Mode = 0		Median = 0	Mode = 0		

Table 3: Comparison of the demographic characteristics of the experimental group and the control group using T-test (continued)

Characteristics	Experimental group (n = 30)			Control group (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
Husbands							
Age	20-40	27.23	5.22	20-42	26.63	5.62	.43 ^{ns}
Education (years)	4-16	10.87	3.17	6-17	11.37	2.68	-.66 ^{ns}
Income	4,020-40,000	9,303.33	6,701.50	3,500-30,000	9,003.67	4,892.33	.20 ^{ns}
	Median=8,000	Mode = 5,000		Median=8,000	Mode=8,000		

ns = p > .05

Marital relationship scores before delivery of the pregnant women and their husbands in the experimental group and the control group were rather similar. As for the pregnant women, the marital relationship scores ranged from 87 to 123 ($\bar{x}$ = 102.43, SD = 9.92) in the experimental group and from 82 to 114 ($\bar{x}$ = 101.03, SD = 9.42) in the control group. As for the husbands, the marital relationship scores ranged from 80 to 125 ($\bar{x}$ = 102.40, SD = 12.15) in the experimental group and from 83 to 124 ($\bar{x}$ = 101.33, SD = 10.06) in the control group (Table 4).

In addition, the study findings revealed that the maternal-infant attachment scores and paternal-infant attachment scores of both groups were quite similar. To be exact, the paternal-infant attachment scores ranged from 64 to 107 ($\bar{x}$ = 88.53, SD = 9.78) in the experimental group and from 54 to 104 ($\bar{x}$ = 86.40, SD = 12.63) in the control group, whereas the maternal-infant attachment scores ranged from 80 to 117 ($\bar{x}$ = 97.20, SD = 9.00) in the experimental group and from 58 to 114 ($\bar{x}$ = 94.00, SD = 11.72) in the control group. To determine the homogeneity of data of pregnant women and their husbands in both the experimental group and the control group regarding marital relationship scores, paternal-infant attachment scores, and maternal-infant attachment scores, the T-test was employed. The results showed that there were no statistically significant differences between both groups (p > .05) (Table 4).

Table 4: Comparison of the marital relationship scores, paternal-infant attachment scores, and maternal-infant attachment scores during pregnancy between the experimental group and the control group using T-test

Variables	Experimental group (n = 30)			Control group (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
Marital relationship scores of pregnant women	87-123	102.43	9.92	82-114	101.03	9.42	.56 ^{ns}
Marital relationship scores of husbands	80-125	102.40	12.15	83-124	101.33	10.06	.37 ^{ns}
Paternal-infant attachment scores	64-107	88.53	9.78	54-104	86.40	12.63	.73 ^{ns}
Maternal-infant attachment scores	80-117	97.20	9.00	58-114	94.00	11.72	1.19 ^{ns}

ns = $p > .05$

According to the study findings regarding the homogeneity of demographic characteristics of pregnant women and their husbands in the experimental and control groups, there were no statistically significant differences between both groups ($p > .05$). The variables would firstly be examined with the Kolmogorov Smirnov goodness of fit test. The findings showed that postpartum marital relationship scores of pregnant women, postpartum marital relationship scores of husbands, paternal-infant attachment scores, maternal-infant attachment scores, and perception of childbirth experience scores of the subjects in both groups had normal distribution. After that, the homogeneity between both groups of subjects was analyzed using the T-test as illustrated in Table 5 below.

The study findings revealed that the pregnant women and their husbands in the experimental group that received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care had marital relationships scores that were not statistically significantly higher than those of the couples in the control group ($t = .50$, $p > .05$, $t = 1.46$, $p > .05$), but the pregnant women in the experimental group had higher scores of perception of childbirth experience than those of the pregnant women in the control group that received only usual nursing care with statistically significant

($t = 4.867$, $p < .001$). It was also found that the paternal-infant attachment of the fathers who received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care had higher paternal-infant attachment scores than those of the first-time fathers who received only usual nursing care with statistically significance ($t = 2.32$, $p < .05$), but the maternal-infant attachment scores of the mothers in the experimental group were not higher than those of the control group who received only usual nursing care with statistically significance ($t = .90$, $p > .05$) (Table 5).

Table 5: Comparison of the postpartum marital relationship scores, paternal-infant attachment scores, maternal-infant attachment scores, and perception of childbirth experience scores between the experimental group and the control group using T-test

Variables	Experimental group (n = 30)			Control group (n = 30)			t
	Min-max	$\bar{x}$	SD	Min-max	$\bar{x}$	SD	
Marital relationship scores of pregnant women	81-127	106.40	11.90	80-126	104.80	12.85	.50 ^{ns}
Marital relationship scores of husbands	94-132	112.23	10.83	85-134	108.00	11.65	1.46 ^{ns}
Perception of childbirth experience scores	93-150	130.90	13.24	87-146	114.07	13.55	4.87**
Paternal-infant attachment scores	69-91	82.13	5.16	59-89	78.67	6.33	2.32*
Maternal-infant attachment scores	79-104	96.03	5.80	56-104	94.07	10.51	.90 ^{ns}

** $p < .001$, * $p < .05$, ns = $p > .05$

Discussion

The findings of the study are discussed according to the research hypotheses previously formulated. It was found that the pregnant women and their husbands in the experimental group that received both the spouse involvements during childbirth

promoting program and usual nursing care had marital relationships scores that were not statistically significantly higher than those of the couples in the control group ($t = .50, p > .05, t = 1.46, p > .05$). This may be because the couples were evaluated immediately after giving birth. In fact, they may have needed to take time to adapt to the new situation. In any marital relationships, the husbands and the wives need time to adjust themselves to each other and to live together. They have to learn to avoid problems, help each other solve problems, and adopt the roles of a good wife and a good husband so as to achieve dyadic satisfaction (Spanier, 1976: 15-28). To continue living together, the husband and the wife help each other do household chores, take responsibility of household expenses, and share experiences of sadness or happiness including sexual intercourse. In general, sexual intercourse during the postpartum period is prohibited for about 30 to 45 days until after medical check-up or prescription of contraceptive. To maintain good marital relationships and happy living, the couple needs to have a good relationship with each other, including paying attention to, loving, understanding, and having compassion and forgiveness for each other in order to decrease marital conflicts. Thus, marital relationship means a relationship filled with both tangible aids and emotional supports, and it can either promote or hinder spousal involvement during pregnancy, delivery, and after birth. If the husband and wife can share everything with each other, it can be said that they have a good or positive marital relationship. On the other hand, if they do not have a good relationship, they can be said to have a negative relationship with each other (Moore, 1983: 222). In conclusion, when evaluating the marital relationship between the husband and wife, the couple should be followed up periodically so as to elicit more accurate and comprehensive data for a comparison between the experimental group and the control group.

According to the findings, the first-time mothers who received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care had higher perception of childbirth experience scores than those of the first-time mothers who received only usual nursing care with statistically significance ($t = 4.867, p < .001$). This can be explained that the first-time mothers who received the spouse involvements during childbirth promoting program were prepared for delivery based on the second lesson plan that covered the whole process of delivery including the

situation the pregnant women may face when having labor pain, pain in the first stage of labor, pain management methods, and spouse involvements. After finishing teaching, the researcher invited the pregnant women and their husband to tour the labor room and the postpartum ward. Such processes enabled the pregnant women and their husbands to develop necessary skills together which benefited them during labor. For example, when the pregnant women are experiencing uterine contraction during true labor pain, the skills such as abdominal effleurage, massage, and breathing for birth could be used to send signals of relaxation to the brain receptors, hence a reduction in pain sensation and the ability to better control themselves of the pregnant women (Tiamsorn Tongawat, B.E. 2540). Furthermore, the knowledge about the delivery process can help the pregnant women and their husbands to decrease fear from what is unknown and what is known about delivery situations, hence the pregnant women's more confidence to deal with their labor pain (Murray et al., 2002), especially when there is a significant person, or their husband, involved in labor pain management and delivery (Auvenshine & Enriquez, 1990: 382; Lowe, 1996: 85). Several studies have found that spousal support, support from significant persons, or the specialists' support during pregnancy and childbirth have an effect on positive childbirth experience (Prakaikeaw Gacum, B.E. 2534; Nisarkorn Nungkla, B.E. 2546; Sodsong, 2005; Tuntanokij, 2006). Similarly, the findings of the present study helped confirm that husbands' involvement during pregnancy and childbirth could promote positive perception childbirth experience.

Besides, the findings indicated that the paternal-infant attachment scores of the first-time fathers who received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care were higher than those of the first-time fathers who received only usual nursing care with statistical significance ($t = 2.32, p < .05$). One plausible explanation is that the pregnant women who received the spouse involvements during childbirth promoting program were encouraged to establish parent-infant attachment, based on the third lesson plan, so they were better able to form bonding and attachment with their infants. The lesson plan consisted of the meaning, the process of attachment, and benefits of attachment. The activities included practice holding the infant and breastfeeding with an emphasis on the husbands' assistance of the mothers to encourage interaction and attachment through

the five sensory perceptions of sight, hearing, smelling, taste, and touch. The phenomena which reflect love and attachment between the parents and their infants are looking at the infants, touching the infants, taking care of the infants, and accepting the infants as individuals separate from the mothers, especially during the first 30-60 minutes after birth, which is a very special time of life (sensitive period). Parent-infant attachment was encouraged through the parents' touch of the infants (Klaus & Kennell, 1982: 38-40), which enables the parents to learn about the infants including personality, gender, and health status, as well as to learn to respond to the infants' needs. The activity that encourages the infants to stay with their parents for a long time offers the parents the opportunity to learn about their infants and to build up attachment in the early stage of life (sensitive period).

In this study, the pregnant women and their husbands in the control group did not receive such program. The husbands in the control group met their infant after two hours after birth at the postpartum ward. Thus, the present research study supports spouse involvements during pregnancy and childbirth to promote paternal-infant attachment. Likewise, Niramorn Sornchumni (B.E. 2531) conducted a study to investigate the effects of advice offered to the fathers during the gestational ages of 34-36 weeks regarding importance of the father, the paternal roles, healthcare of the mother during pregnancy, and knowledge about physical and mental care of the infants. It was found that paternal-infant attachment scores of the experimental group were higher than paternal-infant attachment scores of the control group at two days and one month after birth with statistically significance ($t = 3.99, p < .01, t = 3.37, p < .01$). Such findings yield support to the perception of paternal role during fetus in utero and spouse involvements to care for the mother during pregnancy that have an effect on paternal-attachment and paternal role adaptation in the postpartum period.

However, the maternal-infant attachment scores of the mothers who received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care were not higher than maternal-infant attachment scores of the first-time mothers who received only usual nursing care with statistically significance ($t = .90, p > .05$). This may be because maternal-infant attachment was developed from prior to pregnancy, during pregnancy, birth, and after birth. Planning the pregnancy is the starting point of the attachment that continues to develop until after birth (Klaus &

Kennell, 1982: 9-19). Most of the subjects in this study had planned for the pregnancy, so the mothers could develop attachment to their infant. In addition, Bangbor Hospital is a baby friendly hospital that encourages early breastfeeding. The infants and their mothers were set to stay together at the postpartum unit (rooming-in) in order to encourage good interaction and establishment of maternal-infant attachment. Previous studies have pointed out that when the infant is sucking the mother's breast, oxytocin hormone is secreted. This hormone is called the hormone of love, and it encourages the mother's feeling of infant attachment (Weerapong Chattanon, B.E. 2546: 10).

Furthermore, most of the subjects in both the experimental and the control groups in this study had high marital relationship scores. Generally, when the mother and the father have a good relationship, the mother will receive a good social support that can help create good maternal-infant attachment. Likewise, Pornphan Jongpranee (B.E. 2540) studied selected factors, social support, and maternal-newborn attachment in adolescent mothers and found that the subjects had high scores of social support and maternal-infant attachment. It was also found that social support was statistically positively correlated with maternal-newborn attachment ($r = .293, p < .01$), and social support was the only significant predictor which accounted for 8.5% of the variance ($r^2 = .085, p < .01$). For these reasons, the maternal-infant attachment scores of the mothers in the experimental group who received both the spouse involvements during childbirth promoting program and usual nursing care were not statistically significantly higher than the maternal-infant attachment scores of those who received only usual nursing care.

Limitations of the Study

1. In the present study, the sample was recruited by means of purposive sampling instead of randomized sampling. Thus, the findings may not be generalized to other groups of first-time mothers and their husbands who have different demographic characteristics from those of the subjects in the study.

2. The duration for this study was short, so it was impossible to apply the program with the pregnant women and their husbands since the first trimester, which may have had a more clear-cut effect on marital relationship immediately after birth.

Recommendations and Implications of Findings

The findings of the present study enable the healthcare team members to have better knowledge and understanding of the holistic nature of obstetric nursing care including promoting family involvement especially the husband to care for the pregnant women from pregnancy to the postpartum period. The recommendations based on the findings are as follow.

For nursing practice

1. Nurses should organize classes to disseminate knowledge by VCD and handbooks.
2. Nurses should be setting the spouse involvements in pregnancy and birth promoting program in order to encourage paternal-infant attachment and perception of childbirth experience.
3. Preparation for childbirth is necessary, including a tour of the labor room, to help them develop familiarity with the venue and the services offered to encourage perception of childbirth experience.
4. Healthcare policies should be devised to allow husbands to be with the pregnant women all through the process of delivery in order to offer support and help them release pain during labor to ensure positive perception of childbirth experience and good relationships between the couple.

For nursing education

The findings revealed that the spouse involvements during pregnancy and childbirth are useful for mothers, infants, and their family. Thus, it is recommended that nursing education should integrate these kinds of activity in teaching courses to raise nursing students' awareness of holistic nursing care and encourage the spouse involvements in pregnancy and birth.

For nursing research

1. Further studies should be carried out to follow up and compare the husbands' involvements during pregnancy and birth and their effects on marital relationship and parent-infant attachment immediately after birth, three months after birth, or periodically to shed more lights on the benefits of husbands' involvements.

2. Studies should also be conducted to determine the effects of spouse involvements during pregnancy and birth on marital relationship, perception of childbirth experience, and parent-infant attachment among other groups of mother and fathers with different demographic characteristics.

3. To encourage the parent-infant attachment, the nurse should be setting the program that promotes skin to skin contact during the parent and the infant.



บรรณานุกรม

- กนกทิพย์ คุณชนะวนิชย์พงษ์. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เจตคติต่อการตั้งครรภ์กับสัมพันธ์ภรรยาระหว่างมารดาและบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบกุล พันเจริญกุล. (2529). สัมพันธภรรยาของมารดากับทารกในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด. วารสารพยาบาล, 35(3), 265-282.
- จรรยา น้อยแก้ว. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการกับการปรับตัว ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอากอออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทกานต์ อังคนวัฒนานนท์. (2540). การสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยบางประการกับความเครียดในบทบาทของหญิงหลังคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). ผลการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑาทิพย์ ชื้อสัตย์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารณย์ ตรีโษษฐ์. (2531). ประสิทธิภาพของโครงการสุขศึกษาเพื่อเตรียมมารดาให้มีความพร้อมในการคลอด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2533). ผลการจัดท่าคลอดต่อระยะเวลาของการคลอด ความพึงพอใจของผู้คลอดต่อท่าคลอดและสภาวะของทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนิตา คชะสุต. (2538). ผลของการสัมผัสทารกทันทีหลังคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการระงับปวดต่างกัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทียมสร ทองสวัสดิ์. (2540). การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพ ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงเยาว์ อุดมวงศ์. (2533). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิจัสกร นังคลา. (2546). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสูติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรมล ศรีธานี. (2531). ผลการให้คำแนะนำแก่บิดาต่อบทบาทการเป็นบิดาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดากับทารกภายหลังคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิสาร์ณ โห้โก๋. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันระหว่างบิดาและบุตร และปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับบทบาทการเป็นบิดาของผู้เป็นบิดาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร ต้อยดิ่ง. (2543). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประกายแก้ว กำคำ. (2534). ผลการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการการระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ. (2531). การมีส่วนร่วมของสามีในระยะเจ็บครรภ์ต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของผู้คลอดครรภ์แรก ณ. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรรณ จงปราณี. (2540). ปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณิกา รักษ์กุล. (2537). ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มันทนา ศิลปเวชกุล. (2532). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อึดทนทนกับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ แฉขุนทด. (2539). ผลของการส่งเสริมบทบาทการเป็นบิดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดาและทารกในระยะหลังคลอดของบิดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ ถิ่นทะวงศ์. (2530). ผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รพีพรรณ เรืองเดชอนันต์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลำยอง รัชมีมาลา, อาริยา เตชะไมตรีจิตต์, อาริณา ภาณุโสภณ และมาลี เลิศมาลีวงศ์. (2539). ผลของการส่งเสริมสัมพันธภาพภายหลังคลอดต่อความผูกพันระหว่างบิดาและทารกและบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก. *Rama Nursing Journal of Nurse-Midwifery*, 2 (1), 20-29.

วิจักษ์ สุขวนวัฒน์. (2541). *ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้พฤติกรรมทารก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัสติกา เพือกโสภณ. (2539). *ประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา แหวนหล่อ. (2540). *ผลของการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วินัส นัตถชวลิตกษณ์. (2543). *ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมเตรียมคลอดต่อทักษะการควบคุมตนเองในระยะคลอดของสตรีคลอดครั้งแรก สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีระพงษ์ จัตรานนท์. (2546). *คุณค่ายิ่งกว่าอาหาร*. ใน สำหรับ จิตตินันท์ และคณะ (บก.), *เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่ปฏิบัติ* (หน้า 9-11). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ศรีนวล โอสสถิตย์. (2543). *คู่มือจุดเน้นทางการพยาบาลแม่-เด็กและการผดุงครรภ์*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ พรินติ้ง.

ศรีสมร ภูมณสกุล, ชุติพร วชิรชนากร และมณี อาภานันท์กุล. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรต่อการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทบิดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 24(3): 68-78.

ศศิธร มณีแสง. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภาว์ เพือกเทศ. (2541). การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว: บทบาทพยาบาล. *วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 23(2), 109-116.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2542). ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากผู้สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าหลังคลอด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุขกัญญา สังฆสุวรรณ. (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ ระยะเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุจิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ. (2538). *สูติศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์ จำกัด.
- สุจินดา ตรีเนตร. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- สุพัตรา สุภาพ. (2543). *สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2545). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2547). *สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2546*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *โครงการสำรวจ*. <http://www.nso.go.th>

อุษา เชื้อหอม. (2534). *ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Auvenshine, M. A., & Enriquez, M. G. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Perinatal and women's health*. (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett.

Bartlett, E.E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *Journal of Men's & Gender*, 1 (2-3), 159-169.

Berry, L.M. (1988). Realistic expectations of the labor coach. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17, 354-355.

Bill, B.J. (1980). Enhancement of paternal-newborn affectional bonds. *Journal of Nurse-midwifery*, September-October, 25(5), 21-26.

Bobak, I. M., & Jensen, M. D. (1993). *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family*. (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Bowen, S. M., & Miller, B. C. (1980). Paternal attachment behavior as related to presence at delivery and preparenthood classes: A pilot study. *Nursing Research*, 29(5), 307-311.

Broom, B.L. (1984). Consensus about the marital relationship during transition to parenthood. *Nursing Research*, 33(4), 223-228.

Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2002). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.

Callister, L. C. (1995). Becoming a father. *Journal of Perinatal Education*, 4(1), 1-8.

Clark, A. L., Affonso, D.D., & Harris, T.R. (1979). *Childbearing: A nursing perspective*. (2nd ed.). Philadelphia: F.A.Davis Company.

Clements, I. W., & Robert, F. B. (1983). *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis for the behavior science*. (2nd ed.). Hilldale: Lawrence Erlbaum Associate.

Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press, INC.

Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.

- Creehan, P. A., & Simpson, K. R. (1996). *AWHONN Perinatal nursing*. Philadelphia: Lippincott – Reven.
- Cronenwett, L. R., & Kunst-Wilson, W. (1981). Stress, social support, and transition to fatherhood. *Nursing Research*, 30, 196-202.
- Cronenwett, L. R., & Newmark, L. L. (1974). Fathers' responses to childbirth. *Nursing Research*, 23(3), 210-217.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear*. New York: Harper & Row.
- Diemer, G. A. (1997). Expectant fathers: Influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Research in Nursing & Health*, 20, 281-293.
- Finnbogadottir, H., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96-105.
- Goodman, J. H. (2005). Becoming an involved father of an infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(2), 190-200.
- Harriman, L.C. (1986). Marital adjustment as related to personal and marital changes accompanying parenthood. *Family Relations*, 35(2), 233-239.
- Jatuporn Tuntanokij. (2006). *The Effects of childbirth training program for pregnant women and supporters on pain level, pain coping behaviors, laboring period, and childbirth experience*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Jordan, P. L. (1990). Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39(1), 11-16.
- Jutarat Kerdcharoen. (2004). *The effect of relaxing music with breathing technique on anxiety and pain in labor*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding*. (2nd ed.). St. Louis: The C.V.Mosby Company.
- Koniak-Griffin, D. (1988). The relationship between social support, self esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 11, 269-278.

- Kotchakorn Tampawiboon. (2005). *Effects of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction in primiparas*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Lowe, N.K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. *Research in Nursing and Health*, 12, 237-245.
- Lowe, N.K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463.
- Lowe, N.K. (1996). The Pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25(1), 82-92.
- MacLaughlin, S.M. & Taubenheim, A.M. (1983). A comparison of prepared and unprepared first-time fathers' needs during the childbirth experience. *Journal of Nurse-Midwifery*, 28(2), 9-16.
- Marut, J. & Mercer, R.T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births, *Nursing Research*, 28, 260-266.
- Mercer, R.T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73-77.
- Mercer, R.T. (1995). Relationship of the birth experiences to later mothering behaviors. *Journal of Nurse-Midwifery*, 30, 204-211.
- Mercer, R.T., & Ferketich, S.L. (1995). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44(1), 31-37.
- Meyers, S.A. (1993). Adapting parent education programs to meet the needs of father: An ecological perspective. *Family Relation*, 42, 447-452.
- Moore, D. (1983). Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. *Nursing Research*, 32(2), 73-79.
- Moore, M. L. (1983). *Realities in childbearing*. Philadelphia: W.B.Saunders Comoany.
- Muller, M.E. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 129-141.
- Murray, S. S., Mckinney, E.S., & Gorrie, T. M. (2002). *Foundation of maternal – newborn nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

- Niven, C. A., & Murphy-Black, T. (2000). Memory for labor pain: A review of the literature. *Birth*, 27(4), 244-253.
- Nolan, M.L. & Foster, J. (2005). *Birth and parenting skills: New directions in antenatal education*. Philadelphia: Elsevier Limited.
- Pawana Promneramit. (2005). *The effects of the paternal role promotion program on paternal-infant attachment and paternal role adaptation for first-time fathers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing Family*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Plernpit Promrak. (2004). *The effect of integrated pain management program on labor pain, duration of first stage of labor, and childbirth experience in primiparous mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pollock, M.A., Amankwaa, L.C., & Amankwaa, A.A. (2005). First-time fathers and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education*, 14(2), 19-25.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A. & Weingarten, C.T. (1999). *Maternity nursing: Care of the childbearing family*. (3rd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Sirina Sindamrong. (2004). *Marital relationship, self-efficacy in labor pain coping, and pain coping behavior during labor of the first-time mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spanier, G.B., & Thomson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(4), 731-738.
- Suleeporn Vajiratanakorn. (2004). *The effect of immediately postpartum parents-infant interaction promoting program on maternal-infant and paternal-infant attachment of cesarean mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Suporn Keawsiriwan. (2003). *Selected factors, anxiety, marital relationship and prenatal attachment in pregnant women who have experienced perinatal loss*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Swanson, J. (1978). Nursing intervention to facilitate maternal-infant attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 7(2), 35-36.
- Waldenstrom, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-254.
- Wickham, S. (2005). *Midwifery: Best practice* Volume 3. Philadelphia.
- Wiparat Sodsong. (2005). *The Effects of nursing support during labor on labor pain coping behaviors and the perception of childbirth experience of first-time mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.



ภาคผนวก ก

แผนการสอน “การมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด”

ผู้สอน	นางนวพร มามาก
ผู้เรียน	สามีและหญิงครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์เมื่อเริ่มสอน ถึง 36-37 สัปดาห์เมื่อสิ้นสุดการสอนซึ่งมาฝากครรภ์และตั้งใจจะคลอดที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คู่
สถานที่	ห้องสอนสุขศึกษาแผนกพยาบาลครรภ์ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
วิธีการสอน	บรรยาย คู่มือ VCD และฝึกปฏิบัติ
วัตถุประสงค์	เมื่อจบการเรียนรู้การสอน มารดาครรภ์แรกและสามี 1.สามารถบอก หรืออธิบายในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และร่างกายในระหว่างการตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อให้มีมารดา และการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์ ในไตรมาสที่ 3 2.สามารถบอก หรืออธิบายในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือและมีมีส่วนร่วมของสามี 3.สามารถอุ้มทารก (จำลอง) ได้ถูกต้อง 4.สามารถบอกความหมายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก และบอกแนวทางการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันได้
หัวข้อและระยะเวลาที่ใช้สอน:	แบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนครั้งละ 60 นาที ดังนี้
ครั้งที่ 1.	สามีและมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ หัวข้อที่สอนคือ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และร่างกายในระหว่างการตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อให้มีมารดา และการมีส่วนร่วมของสามี
ครั้งที่ 2.	สามีและมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ (สอนห่างจากครั้งที่ 1 หนึ่งสัปดาห์) หัวข้อที่สอนคือ การเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด พฤติกรรมมารดาขณะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือและมีมีส่วนร่วมของสามี
ครั้งที่ 3.	สามีและมารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ (สอนห่างจากครั้งที่ 2 หนึ่งสัปดาห์) หัวข้อที่สอนคือ การอุ้มทารก ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก การมีส่วนร่วมของสามีในการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน และการสนับสนุนให้ทารกคุ้นเคยกับมารดา จากนั้นพาเยี่ยมชมห้องคลอดและห้องหลังคลอด

ภาคผนวก ข
คู่มือประกอบการสอนครั้งที่ 1

คู่มือ
คุณแม่ตั้งครรภ์
และการมี
ส่วนร่วมของคุณพ่อ



นพพร มามาก

ผู้เรียบเรียง

ผศ. ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

รศ. อรพินธ์ เจริญผล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาคผนวก ก
คู่มือประกอบการสอนครั้งที่ 2



นพพร มามาก

ผู้เรียบเรียง

ผศ. ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

รศ. อรพินธ์ เจริญผล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาคผนวก ง
คู่มือประกอบการสอนครั้งที่ 3

**คู่มือ
การส่งเสริม
ความรักใคร่ผูกพัน**



นวพร มามาก

ผู้เรียบเรียง

ผศ. ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

รศ. อรพินธ์ เจริญผล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล

ตำแหน่งและสังกัด

1. รศ.ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2. ผศ.ดร. เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร. นิตยา สีนสุกใส อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรี
เวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร. มยุรี นิรัตธราดร ผู้ช่วยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. อ.ดร. ชมพูนุท โสภาราจารย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบิดา

รหัส.....

1. อายุ.....ปี
2. จบการศึกษาสูงสุดคือ.....
3. ใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด.....ปี
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
5. สถานที่ประกอบอาชีพ () ทำงานที่บ้าน () ทำงานนอกบ้าน
6. ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
7. การวางแผนการตั้งครรภ์ () ไม่ได้วางแผน () วางแผนไว้ล่วงหน้า
8. ความคาดหวังในเพศบุตร () ไม่ได้คาดหวัง () คาดหวัง ระบุ.....
9. ประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกวัยก่อน 1 ปี () ไม่เคย () เคย

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา

รหัส.....

1. อายุ.....ปี
2. จบการศึกษาสูงสุดคือ.....
3. ใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด.....ปี
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
5. สถานที่ประกอบอาชีพ () ที่บ้าน () ที่ทำงานนอกบ้าน
6. ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
7. การวางแผนการตั้งครรภ์ () ไม่ได้วางแผน () วางแผนไว้ล่วงหน้า
8. ความคาดหวังในเพศบุตร () ไม่ได้คาดหวัง () คาดหวัง ระบุ.....
9. ประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกวัยก่อน 1 ปี () ไม่เคย () เคย

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด.....ชั่วโมง.....นาที
2. ระยะที่ 2 ของการคลอด..... นาที
3. ระยะที่ 3 ของการคลอด..... นาที
4. คลอดโดยวิธี.....

ข้อมูลเกี่ยวกับทารก

1. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม เพศบุตร () ชาย () หญิง
2. Apgar score นาทีที่ 1.....นาทีที่ 5.....อุณหภูมิกายของทารกแรกเกิด.....°C
3. Common variations () ไม่มี () มี ระบุ.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (สำหรับบิดา) รหัส.....

วันที่ประเมิน.....อายุครรภ์ของภรรยา.....

คำชี้แจงในการตอบ

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบความสัมพันธ์ระหว่างท่านและภรรยา โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด คำตอบที่ท่านตอบไม่มีผิดหรือถูก ขอให้ท่านตอบตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นพ้องกันมากที่สุด	เห็นพ้องกันมาก	เห็นพ้องกันปานกลาง	เห็นพ้องกันน้อย	ไม่เห็นพ้องกันเลย
0. ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว			✓		

หมายความว่า สัมพันธภาพคู่สมรสดีปานกลาง

ท่านและภรรยามีความคิดเห็น / หรือความรู้สึกสอดคล้องตรงกันในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ไม่เห็นพ้องกันเลย	คือ	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับภรรยาเลย
เห็นพ้องกันเล็กน้อย	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับภรรยาเพียงเล็กน้อย
เห็นพ้องกันปานกลาง	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับภรรยาปานกลาง
เห็นพ้องกันมาก	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับภรรยามาก
เห็นพ้องกันมากที่สุด	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับภรรยามากที่สุด

ข้อความ	เห็นพ้องกันมากที่สุด	เห็นพ้องกันมาก	เห็นพ้องกันปานกลาง	เห็นพ้องกันน้อย	ไม่เห็นพ้องกันเลย
1. การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					
2. การใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน					
3. ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาด้วยกัน					
4. การคบเพื่อนฝูงของทั้งสองฝ่าย					
5. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส					
6. การเลี้ยงดูบุตร					
7. วิธีปฏิบัติต่อพ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย เช่น การไปเยี่ยมหรือการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่					
8. เป้าหมายและสิ่งสำคัญในครอบครัว					
9. การใช้เวลาอยู่ด้วยกันระหว่างสามีภรรยา					
10. การตัดสินใจในเรื่องสำคัญในชีวิตครอบครัว เช่น การงาน การมีบุตร					
11. การแบ่งภาระงานภายในบ้านระหว่างสามีภรรยา					
12. ความสนใจในงานอดิเรกและการทำกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกัน					
13. การตัดสินใจในงานอาชีพร่วมกัน					

เหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านและสามีบ่อยครั้งเพียงใด

ไม่เคยเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับท่านเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นปานกลางหรือพอสมควร
บ่อย/หรือ เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา
บ่อยมาก/ หรือตลอดเวลา	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยมากหรือตลอดเวลา

ข้อความ	บ่อยมาก/ หรือ ตลอดเวลา	บ่อย/หรือ เกือบ ตลอดเวลา	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
14. ท่านเคยคิดที่จะหย่าหรือแยกทางกับภรรยา					
26. ท่านไม่แสดงออกให้ภรรยาเห็นว่าท่านรักภรรยา					

27. ชีวิตสมรสของท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด

โปรดวงกลมรอบจุดที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

0 1 2 3 4
* ----- * ----- * ----- * ----- *

ไม่มี มีความสุข มีความสุข มีความสุข มีความสุข
ความสุขเลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

ภาคผนวก ณ

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (สำหรับมารดา) รหัส.....

วันที่ประเมิน.....อายุครรภ์.....

คำชี้แจงในการตอบ

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบความสัมพันธ์ระหว่างท่านและสามี โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด คำตอบที่ท่านตอบไม่มีผิดหรือถูก ขอให้ท่านตอบตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นพ้องกันมากที่สุด	เห็นพ้องกันมาก	เห็นพ้องกันปานกลาง	เห็นพ้องกันน้อย	ไม่เห็นพ้องกันเลย
0. ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว			✓		

หมายความว่า สัมพันธภาพคู่สมรสดีปานกลาง

ท่านและสามีมีความคิดเห็น / หรือความรู้สึกสอดคล้องตรงกันในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ไม่เห็นพ้องกันเลย	คือ	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับสามีเลย
เห็นพ้องกันเล็กน้อย	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับสามีเพียงเล็กน้อย
เห็นพ้องกันปานกลาง	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับสามีปานกลาง
เห็นพ้องกันมาก	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับสามีมาก
เห็นพ้องกันมากที่สุด	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับสามีมากที่สุด

ข้อความ	เห็นพ้องกันมากที่สุด	เห็นพ้องกันมาก	เห็นพ้องกันปานกลาง	เห็นพ้องกันน้อย	ไม่เห็นพ้องกันเลย
1. การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					
2. การใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน					
3. ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาร่วมกัน					
4. การคบเพื่อนฝูงของทั้งสองฝ่าย					
5. การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส					
6. การเลี้ยงดูบุตร					
7. วิธีปฏิบัติต่อพ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย เช่น การไปเยี่ยมหรือการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่					
8. เป้าหมายและสิ่งสำคัญในครอบครัว					
9. การใช้เวลาอยู่ด้วยกันระหว่างสามีภรรยา					
10. การตัดสินใจในเรื่องสำคัญในชีวิตครอบครัว เช่น การงาน การมีบุตร					
11. การแบ่งภาระงานภายในบ้านระหว่างสามีภรรยา					
12. ความสนใจในงานอดิเรกและการทำกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกัน					
13. การตัดสินใจในงานอาชีพร่วมกัน					

เหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านและสามีบ่อยครั้งเพียงใด

ไม่เคยเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับท่านเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นปานกลางหรือพอสมควร
บ่อย/หรือ เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา
บ่อยมาก/ หรือตลอดเวลา	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นความรู้สึกหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยมากหรือตลอดเวลา

ข้อความ	บ่อยมาก/ หรือ ตลอดเวลา	บ่อย/หรือ เกือบ ตลอดเวลา	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
14. ท่านเคยคิดที่จะหย่าหรือแยกทางกับ สามี					
26. ท่านไม่แสดงออกให้สามีรู้ว่าท่านรัก สามี					

27. ชีวิตสมรสของท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด

โปรดวงกลมรอบจุดที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

0	1	2	3	4
-----	*-----*	*-----*	*-----*	*-----*
ไม่มี ความสุขเลย	มีความสุข เล็กน้อย	มีความสุข ปานกลาง	มีความสุข ค่อนข้างมาก	มีความสุข มากที่สุด

ภาคผนวก ญ

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ รหัส.....

วันที่ประเมิน.....อายุครรภ์.....

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบวัดนี้ต้องการทราบความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของท่านที่มีต่อทารกในครรภ์ ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ โดยมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึกนึกคิด และการกระทำตรงกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ ความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และกรุณาตอบทุกข้อ คำตอบของท่านไม่มีถูก ไม่มีผิด การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

คำตอบ

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก และการกระทำของท่านมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก และการกระทำของท่านเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก และการกระทำของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับ ความรู้สึก และการกระทำของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และการกระทำของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
ก. ฉันดีใจเมื่อแพทย์บอกว่า ลูกในท้องแข็งแรง			✓		

หมายความว่า ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นกับท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1. ขณะที่ลูกในท้องดิ้น ฉันพูดคุยกับลูกในท้องของฉัน					
2. ฉันรู้สึกได้ถึงแม้การตั้งครรภ์จะทำให้ฉันลำบาก แต่ฉันก็เต็มใจที่จะเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อลูก					
3. ฉันเฝ้ามองดูหน้าท้องขณะที่ลูกดิ้นอย่างมีความสุข					
24. ขณะที่ลูกดิ้นฉันขยับตัว เพื่อให้เขาดิ้นได้อย่างสบาย					

ภาคผนวก ก

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารกในครรภ์ รหัส.....

วันที่ประเมิน.....อายุครรภ์.....

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านต่อบุตรในครรภ์ กรุณาอ่านข้อความทีละข้อ และทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องคำตอบที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดและพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

คำตอบ

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกและการกระทำของท่านมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกและการกระทำของท่านเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกและการกระทำของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกและการกระทำของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและการกระทำของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงมากที่สุด
ก. ฉันดีใจเมื่อแพทย์บอกว่าลูกในท้องแข็งแรง			✓		

หมายความว่า ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นกับท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

ข้อความ	ความคิดหรือการกระทำที่เกิดขึ้น				
	ไม่เป็นความจริงเลย	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง มาก	เป็นจริง มากที่สุด
1. ฉันพูดคุยกับลูกในห้อง					
2. ฉันรู้สึกว่าการที่ภรรยาตั้งครรภ์ทำให้ฉันลำบาก แต่ฉันคิดว่าเป็นสิ่งที่มีค่าสำหรับฉัน					
3. เมื่อภรรยาบอกว่าลูกในห้องกำลังดิ้น ฉันเฝ้ามองอย่างมีความสุข					
24. ฉันรู้สึกว่าการที่ลูกเป็นชีวิตหนึ่งที่สำคัญต่อชีวิตของฉัน					

ภาคผนวก ก

แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

รหัส.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคาดหวังของมารดา เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาแล้วในระยะคลอด โดยจะมีข้อความให้มารดาได้พิจารณาว่าตนมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นกับข้อใดในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้มารดาตอบให้ตรงกับความรู้สึกและความเห็นตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบที่ได้ครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา และปรับปรุงบริการงานการพยาบาลด้านสูติกรรมต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องตารางที่มีตัวเลขให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นที่แท้จริงของมารดาที่มากที่สุดเพียงข้อเดียว กรุณาตอบทุกข้อ โดยในการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- | | |
|-------------------|---|
| หมายเลข 1 หมายถึง | ไม่เป็นความจริงเลย คือ เมื่อมารดาเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาเลย |
| หมายเลข 2 หมายถึง | เป็นความจริงบางส่วน คือ เมื่อมารดาเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาเป็นบางส่วน |
| หมายเลข 3 หมายถึง | เป็นความจริงเป็นส่วนใหญ่ คือ เมื่อมารดาเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทั้งหมด |
| หมายเลข 4 หมายถึง | เป็นความจริงมากที่สุด คือ เมื่อมารดาเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดามากที่สุดหรือทั้งหมด |

(1)

(2)

(3)

(4)

ประสบการณ์การคลอดของมารดา	ไม่เป็น ความจริงเลย	เป็น ความจริง บางส่วน	เป็น ความจริง เป็น ส่วนมาก	เป็น ความจริงมาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด					
1. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติวิธีต่างๆ เพื่อ บรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น					()
2. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ท่านปฏิบัติ สามารถ บรรเทาความเจ็บปวดได้ผลดี					()
3. เมื่อมดลูกหดรัดตัวท่านมักจะดิ้น และ/หรือร้องเสียงดัง					()
4. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์หรือพยาบาล ได้					()
5. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถพักผ่อนได้เป็นระยะๆ					()
42. ท่านรู้สึกพึงพอใจและเป็นสุขเมื่อนึกถึงการคลอดครั้ง นี้					()

ภาคผนวก ฐ

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รหัส.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจงในการตอบ

แบบวัดนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่มีต่อลูก หลังจากที่ท่านได้มีโอกาสใกล้ชิดกับลูกในระยะหลังคลอด โดยจะมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่า ท่านมีความรู้สึก ความคิดเห็น ตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงไร ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึก และความเป็นจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คำตอบที่ได้จากท่านนี้จะถือเป็นความลับและนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงบริการพยาบาลที่ให้แก่มารดาและทารกต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ตรงช่องที่ตัวเลข ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

บ่อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	บ่อยที่สุด	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
ก. ฉันเป็นห่วงลูกมาก		✓		

หมายความว่า ตรงกับความรู้สึกคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน

ข้อความ	บ่อยที่สุด	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ฉันรู้สึกรักลูกของฉัน				
2. ฉันรู้สึกอบอุ่นและมีความสุข เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับลูก				
3. ฉันต้องการใช้เวลาอยู่กับลูกเป็นพิเศษ				
26. การแสดงความรักลูกของฉัน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย				

ภาคผนวก ท

แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก รหัส.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่าน ที่มีต่อบุตรมากที่สุดเพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีแนวทางเลือกคำตอบดังนี้ คือ

- หมายเลข 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นความจริงเลย และไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
- หมายเลข 2 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงบ้างเล็กน้อย และตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงเล็กน้อย
- หมายเลข 3 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง และตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- หมายเลข 4 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงส่วนมาก และตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
- หมายเลข 5 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงมากที่สุด และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงเป็น ส่วนมาก	เป็นจริงเพียง ครึ่งหนึ่ง	เป็นจริงเพียง เล็กน้อย	ไม่เป็นความจริง
	5	4	3	2	1
ก. ฉันอยากอุ้มลูก			✓		

หมายความว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด 5	เป็นจริง เป็น ส่วนมาก 4	เป็นจริง เพียง ครั้งหนึ่ง 3	เป็นจริง เพียง เล็กน้อย 2	ไม่เป็น ความ จริง 1
1. ลูกของฉันไม่เหมือนเด็ก ปกติทั่วไป					
2. ลูกของฉันมีบางส่วน เหมือนฉันและภรรยา					
3. ลูกของฉันมีหน้าตาดีและ น่ารัก					
19. ฉันเป็นหลักสำคัญของ ครอบครัวและลูก					

ภาคผนวก ผ

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ต่อ
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา

มารดาและทารก

ชื่อผู้วิจัย นางนพร มามาก

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

ชื่อผู้วิจัย นวนพร มามาก

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลบางบ่อ สมุทรปราการ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นวนพร มามาก เบอร์โทรศัพท์ 084-6995994

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคม ประกอบขึ้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคล ที่ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างใกล้ชิดและเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา สำหรับครอบครัวที่มีบุตรคนแรก รูปแบบความสัมพันธ์จะปรับเปลี่ยนจากสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาเป็น บิดามารดา และบุตร การเป็นบิดามารดาจึงเป็นบทบาทใหม่ของคู่สามี ภรรยา ประกอบกับในปัจจุบันสตรีมีสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการศึกษาและมีศักยภาพในการหารายได้มากขึ้น ออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต จากสถิติผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านประมาณร้อยละ 47 เป็นผลให้รูปแบบการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง ปรจัญญาในการดำเนินชีวิตคู่เปลี่ยนไป เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ซึ่งเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลถึงการขาดผู้ใหญ่ช่วยเหลือในการดูแลทารก ทำให้สามีต้องเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยแบ่งเบาภาระจากภรรยา เพื่อที่จะได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

บทบาทของสามีจึงเป็นผู้สนับสนุนที่ต้องแบ่งเบาภาระของตน ทำให้เกิดประสบการณ์การคลอดในด้านบวกสำหรับมารดา เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของความรักใคร่ผูกพัน และทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้นระหว่างคู่สมรส สามีจะเป็นผู้ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มต้น โดยการสนับสนุนทั้งด้านการช่วยเหลือ และการประคับประคองด้านอารมณ์ ส่งผลให้ในระยะคลอดสามารถช่วยลด

ภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอด ลดอัตราการเร่งคลอดโดยใช้ออกซิโตซิน ลดการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง และลดอัตราการผ่าตัดคลอด การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอดจากสามีเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ช่วยให้การให้ความหมายต่อเหตุการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวก อันมีอิทธิพลต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดในระหว่างการคลอด (Auvenshine & Enriquez, 1990: 384-385)

ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดในระยะหลังคลอด สัมพันธภาพที่แย่งกับสามี รวมถึงการมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอด (Niven & Murphy-Black, 2000: 244; Waldenstrom, 2003: 248) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกทำให้ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด และมีพฤติกรรมความเป็นมารดาเป็นไปในทางที่ดี (Mercer, 1995) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (Cronenwett & Newmark, 1974; Moore, 1983; Berry, 1988: 354; Callister, 1995: 2; ประกายแก้ว คำคำ, 2534) การมีส่วนร่วมของสามีในการตั้งครรภ์ของภรรยาจะนำไปสู่การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระยะต่อมา (Diemer, 1997: 283) ทั้งในการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันต่อทารก และการปรับบทบาทในการเป็นบิดามารดาในระยะหลังคลอด (Moore, 1983: 933; Buist, Morse, & Durkin, 2002: 172; Pollock, Amankwaa, L, & Amankwaa, A, 2005: 19)

นอกจากนี้การศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าบิดาที่มีความยากลำบากในการเข้าไปมีส่วนร่วมเลี้ยงดูทารก จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (Bartlett, 2004) ดังนั้นบิดาจึงมีความสำคัญเท่าๆ กับมารดาในการดูแลทารก และเมื่อทารกถือกำเนิดขึ้นมา ทารกจะอยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ถ้าปราศจากการดูแลจากบิดาและมารดา ซึ่งก่อให้เกิดความผูกพันตามมา และในการดูแลของบิดามารดาจะชัดเจนให้กับทารกในทุกด้านที่เขาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งนี้เนื่องมาจากความผูกพันที่มีต่อทารก ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก จึงเป็นความผูกพันด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งและดำรงอยู่สืบไป ความผูกพันนี้เป็นเสมือนสัญญาณชีพของทารก เพราะทำให้ทารกมีพัฒนาการและดำรงชีวิตอยู่ได้ (Klaus & Kennell, 1982: 3; Moore, 1983: 933)

การพยาบาลเพื่อเตรียมการคลอดที่ผ่านมาในอดีตมักจะมุ่งเน้นเฉพาะการ เตรียมมารดา การเตรียมบิดาให้มีส่วนร่วมมีค่อนข้างน้อย(Diemer, 1997: 281-293; Nolan & Foster, 2005: 57) บิดาจะถูกจำกัดและแยกออกไป เป็นเพียงแค่ผู้สังเกตการณ์เท่านั้น และบิดาเองก็ขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วม (Goodman, 2005: 190; Bruist, Morse & Durkin, 2002: 172) แม้ว่าจะมี

การเพิ่มความตระหนักของความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของสามี ในระหว่างการจัดตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารก แต่ก็ยังเป็นเพียงแค่รูปแบบยังไม่ได้นำไปพัฒนาใช้อย่างจริงจัง

สำหรับในประเทศไทยระบบสุขภาพ ยังไม่ได้ให้การส่งเสริมในความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของสามี มีหลายการศึกษาเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นมารดา และทารก มีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของบิดาต่อการเลี้ยงดูทารก โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามี หรือสมาชิกในครอบครัวเข้าไปในห้องคลอดเพื่อให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในการคลอด และเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (sensitive period) อันเป็นผลให้หลายๆ การศึกษาเน้นไปที่การค้นหาประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยพยาบาล บางการศึกษาที่ศึกษาถึงผลของการที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เข้ามาช่วยสนับสนุนในระหว่างการคลอดแต่มุ่งเน้นไปที่การบรรเทาความเจ็บปวด การลดระยะเวลาในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาและผู้ช่วยเหลือ (นิ้จัสกร นังคลา, 2546; Jatuporn Tuntanokij, B.E.2549) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทบิดา หรือการมีส่วนร่วมของบิดา ก็จะมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสัมพันธภาพในระยะสั้นๆ เช่น การส่งเสริมสัมพันธภาพทันทีหลังคลอด (Suleeporn Vajiratanakorn, B.E.2547; Pawana Promneramit, B.E.2548) ในบางการศึกษาก็เน้นไปที่การเตรียมตัวคลอดที่ใช้การสนับสนุนจากสามีเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ (สุจินดา ตรีเนตร, 2544) มีบ้างที่ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อการเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ซึ่งรวมถึงการให้สามีมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์คลอดเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนร่วมจนถึงสิ้นสุดกระบวนการคลอด (ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ, 2531; ประกายแก้ว คำคำ, 2534) และการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และทารก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการค้นหารูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีอย่างต่อเนื่องในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอด รวมไปถึงในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด เพื่อที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกในมารดาครรภ์แรก ภายใต้กรอบทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันของคลอดสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาล การศึกษาและการวิจัย อันสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูปสุขภาพที่ส่งเสริมสถาบันครอบครัว โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะสามารถลดปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาครอบครัวแตกแยกซึ่งอาจเกิดขึ้นจากสาเหตุของการขาดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและทารก และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกมารดาและสามี ที่มีคุณลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการตอบแบบสอบถาม วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละประมาณ 15 นาที และเมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้ว แจกแบบสอบถามให้มารดาตอบภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้มารดาและสามีตอบแบบสอบถามก่อนกลับ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้เป็นสามีตระหนักถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด อันนำไปสู่สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่เหนียวแน่น มารดารับรู้ประสบการณ์คลอดในด้านบวก และส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก

2. พยาบาลสามารถใช้ผลของการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักฐานอ้างอิง ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ถึงระยะหลังคลอด

3. ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางให้กับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการส่งเสริมการดูแลแบบใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด

4. เป็นแนวทางเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามี ต่อการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์คลอดของมารดา และการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก ในมารดากลุ่มอื่นๆ ต่อไป

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิในการได้รับการปกปิดชื่อและข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อ และเก็บข้อมูลในช่องที่ปิดผนึก การเผยแพร่ข้อมูลจะเป็นภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาจารย์วิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

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

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

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

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๐๓๕

ชื่อโครงการ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในระหว่างการจัดตั้งองค์กร และการถอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๒-๕๐-๓๓ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางนพร มามาก

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จจึง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๑ มีนาคม ๒๕๕๐



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

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

MURA2007/079

Title of Project	The Effects of Spouse Involvements in Pregnancy and Birth Promoting Program on Marital Relationship, Perception of Childbirth Experience, Maternal-infant Attachment and Paternal-infant Attachment
Protocol Number	ID 02-50-37
Principal Investigator	Mrs. Navaporn Mamark
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

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

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


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

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


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

Date of Approval

March 1, 2007

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางนพพร มามาก
วัน เดือน ปีเกิด	30 ธันวาคม 2511
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, พ.ศ. 2529-2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ. 2534-2538 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2448-2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2533-2536 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 4 พ.ศ. 2537- ปัจจุบัน งานสูติกรรม โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 02-3381133 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 7