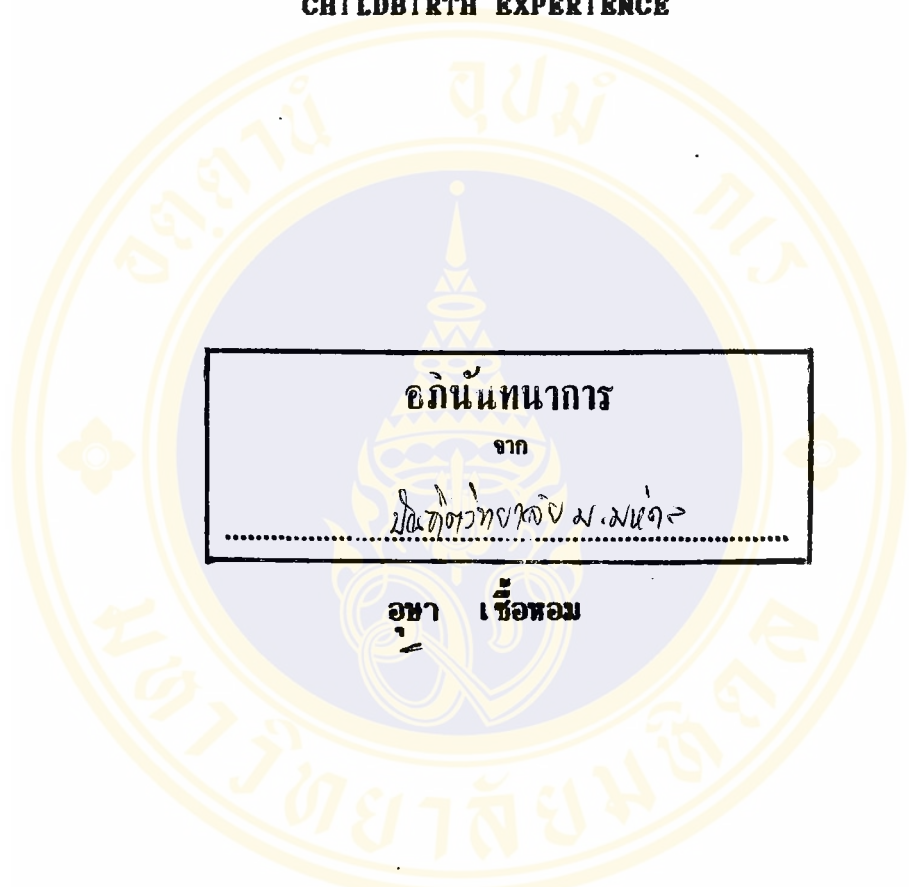




พ.ศ. 2535

ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด
ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด

EFFECTS OF CHILDBIRTH PREPARATION ON ANXIETY LEVEL,
PAIN SENSATION, DURATION OF LABOUR AND PERCEPTION OF
CHILDBIRTH EXPERIENCE



อภินันทนาการ
จาก
ภาควิชาเวชศาสตร์ ม.มหิดล

อาษา เชื้อหอม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

ISBN 974-587-285-7

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

22399

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด
ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด

อรพินธ์ ใจเจริญผล

อูษา ธีรหอม
ผู้วิจัย

อรพินธ์ ใจเจริญผล

อรพินธ์ ใจเจริญผล, วท.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มาลี เลิศมาลีวงศ์

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

จูลสมัย

มันตรี จูลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการเตรียมตัวตลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด

ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 24 ตุลาคม 2534

อมร ใจบุญ

อษา เชื้อหอม

ผู้วิจัย

อรพินธ์ เจริญผล

อรพินธ์ เจริญผล, วท.บ., ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มาลี เลิศมาลีวงศ์

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มนตรี จุลสมัย

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรรณสิทธิ์ เวชชาชีวะ

อรรณสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต.อ.ว.

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางอุษา เชื้อหอม (สกุลเดิม : ตีรณัมพวงศ์วิเชียร)

วันเดือนปีเกิด 17 มีนาคม 2503

สถานที่เกิด จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, พ.ศ.2521-2524 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2526-2528 :
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารก)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2529-2534 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ.2524-ปัจจุบัน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล รองศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หनुเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด ให้คำแนะนำ และช่วยแก้ไขจนงานวิจัยนี้สำเร็จออกมาได้ แม้จะมีข้อบกพร่องอันเกิดจากตัวผู้วิจัย แต่จะเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจแก้ไขเอกสารการเตรียมตัวคลอด โครงการบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ยืมเครื่องมือวิจัย อาจารย์ฉวี เบาทรวง และอาจารย์รสสุคนธ์ ลิ้มทรวงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด สูติกรรมติดเชื้อ นรีเวชกรรม และห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล คุณนิลุทธิ์ ปทุมาสูตกร หัวหน้าห้องคลอด และคุณเนลาวรรณ มัคยาอาพันธ์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการใช้สถานที่สอนหญิงตั้งครรภ์ คุณเคีรริพร สายัณห์รักษา คุณชฎาธร ไรวา และคุณศุภกานา หนุเฒ่า ผู้ช่วยเก็บข้อมูล คุณแม่ทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนและน้องชาวห้องคลอดทุกคนที่ให้แสงแวรเพื่อทำงานวิจัย

คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่บุพการี บุรพจารย์ทั้งหลาย คุณแม่จำปา เชื้อหอม ผู้คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือคุณลูกชนันันท์ คุณเพ็ญนิดา สุวรรณนพ ผู้คอยช่วยเหลือตลอดมา และขอบคุณสำหรับความรักและกำลังใจจากคุณพี่ชวาลย์ เชื้อหอม และสมาชิกทุกคนในครอบครัว

อุษา เชื้อหอม

ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลของการเตรียมตัวตลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด
ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด

ผู้วิจัย

อุษา เชื้อหอม

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อรพินธ์ เจริญผล, วท.บ., ค.ม.

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

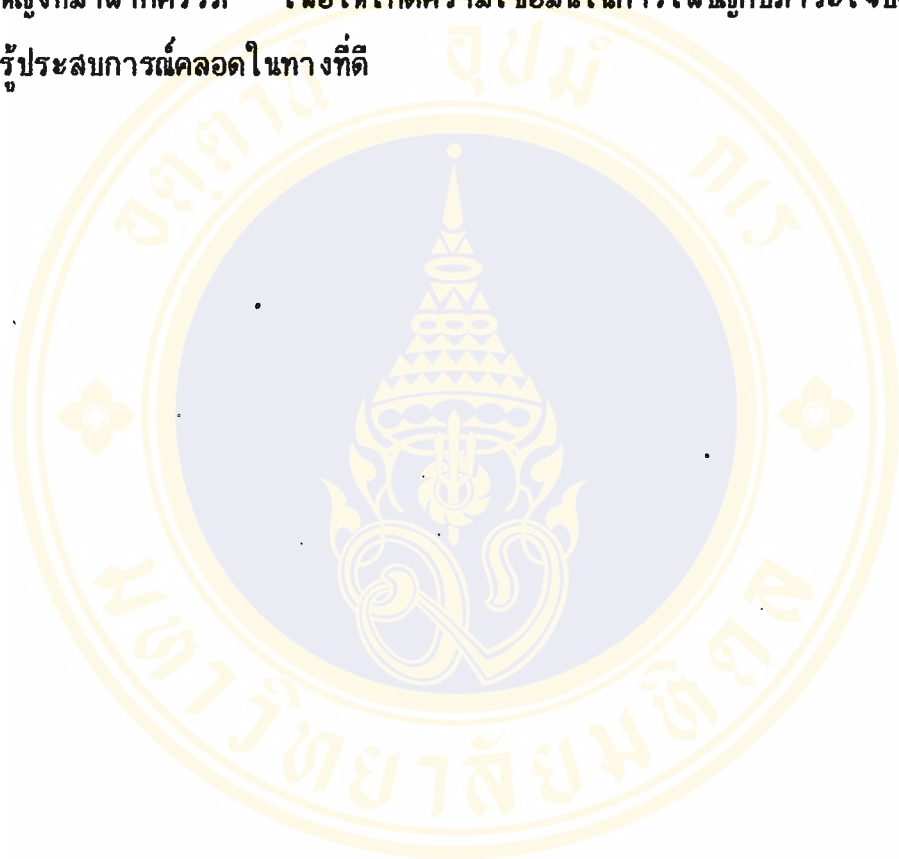
วันที่สำเร็จการศึกษา

24 ตุลาคม พ.ศ. 2534

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการเตรียมตัวตลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูง ฝากครรภ์และคลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยผู้มาฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย และผู้มาฝากครรภ์วันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยฝากครรภ์ แต่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวคลอดจากผู้วิจัย ตามแผนการเตรียมตัวคลอดด้วย สัมภาษณ์ความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ และความวิตกกังวลระยะคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด วัดระดับความเจ็บปวดเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด และเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ภายหลังคลอดสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์คลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที โคอัสแควร์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอสูง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล คะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้มีการเตรียมตัว คลอดแก่หญิงที่มาฝากครรภ์ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ และ มีการรับรู้ประสบการณ์คลอในทางที่ดี



Thesis Title **Effects of Childbirth Preparation on Anxiety Level, Pain Sensation, Duration of Labour and Perception of Childbirth Experience**

Name **Usa Chuahorm**

Degree **Master of Science (Nursing)**

Thesis Supervisory Committee

Orapin Chareonpol, B.Sc., M.Ed.

Malee Lerdmaleewong, B.Sc., M.N.

Date of Graduation **24 October B.E. 2534 (1991)**

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was designed to test the effects of childbirth preparation on anxiety level, pain sensation, duration of labour and the perception of childbirth experience. The sample consisted of 40 primigravidarum who had no high risk of pregnancy, attended antenatal care clinic and gave birth through vaginal delivery at Charoenkrungpracharak Hospital. The subjects were divided into two groups; those who attended the antenatal care clinic on Monday and Tuesday were assigned to the control group (n=20), and those who attended the clinic on Wednesday, Thursday and Friday were assigned to experimental group (n=20). Both groups received routine antenatal care provided in the setting, but the experimental group received the planned childbirth preparation in addition. Anxiety was measured at antenatal care unit and when the pregnant women had

fully cervical dilatation at labour-delivery room. Pain intensity was assessed at the time of admission and when the cervix was fully dilated. Childbirth Experience Questionnaire was interviewed after delivery. The data was analyzed by t-test, Chi-square and Analysis of Covariance.

Results of the study revealed that the mean scores on the childbirth experience for the experimental group was statistically significant higher than the control group ($p < .01$). The mean scores on the anxiety level, the intensity of pain and the duration of labour between the control and the experimental group were not statistically significant difference ($p > .05$). This finding suggested that the pregnant women should be prepared for childbirth in antenatal period, so that they would have self-confidence to cope with labour pain, and have favour perception of childbirth experience.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก-ข

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค-ง

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ข

สารบัญแผนภูมิรูป

ข

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบทฤษฎี

3

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

9

สมมติฐานของการวิจัย

9

คำถามในการวิจัย

9

ขอบเขตของการศึกษา

10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

10

ข้อตกลงเบื้องต้น

10

นิยามตัวแปร

11

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การคลอดและระยะเวลาคลอด

13

ความเจ็บปวดในการคลอด

17

ความเครียดและความวิตกกังวลในระยะคลอด

19

การรับรู้ประสบการณ์คลอด

23

การเตรียมตัวคลอด

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
	สถานที่ศึกษา	33
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
	การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	38
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
	การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	41
	การอภิปรายผลการวิจัย	49
	ข้อจำกัดของการวิจัย	56
บทที่ 5	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปการวิจัย	58
	ข้อเสนอแนะ	
	การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล	60
	การนำไปใช้ทางด้านหลักสูตรการเรียนการสอน	60
	การทำวิจัยครั้งต่อไป	61
	บรรณานุกรม	62
	ภาคผนวก	71

สารบัญตาราง

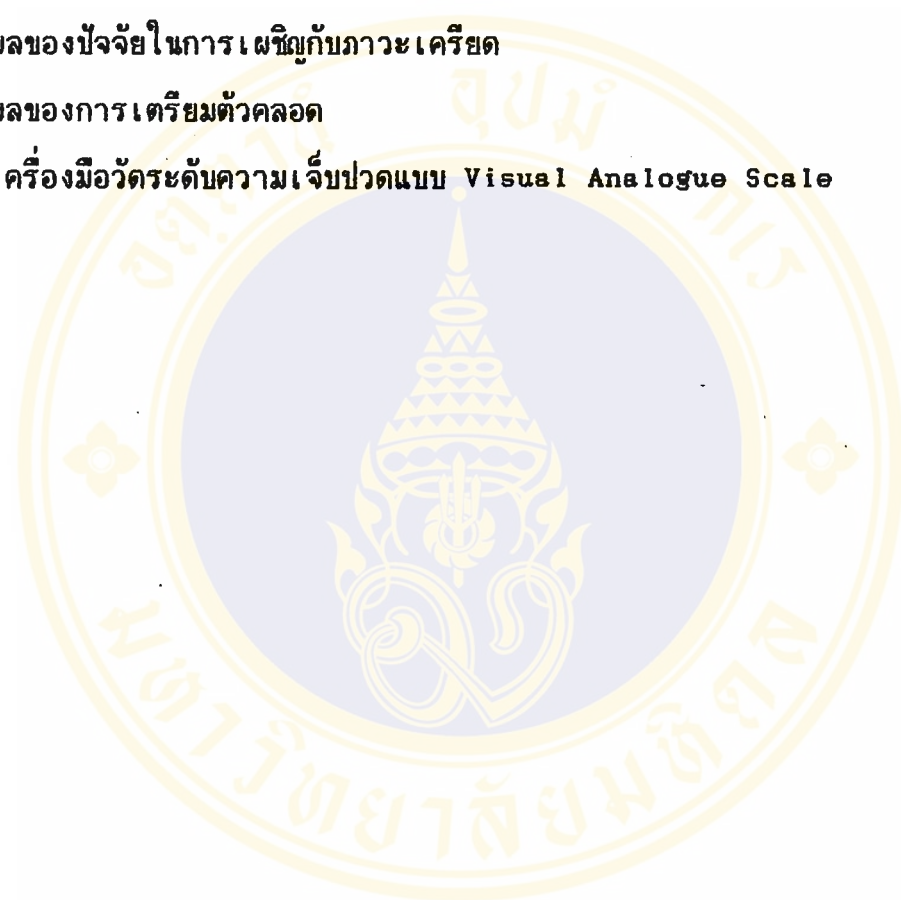
ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว น้ำหนักทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ	42
2	เปรียบเทียบการได้รับยาบรรเทาปวด ยาเร่งการคลอด และการได้เพศบุตรตามต้องการของกลุ่มตัวอย่างด้วยไคสแควร์	42
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ	43
4	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	44
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยมีคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์เป็นตัวแปรร่วม (n=40)	44
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดด้วยสถิติ	45
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาคลอดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ	46
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ	47
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)	48

สารบัญแผนภูมิรูป

ภาพที่

หน้า

1	ผลของปัจจัยในการเผชิญกับภาวะเครียด	6
2	ผลของการเตรียมตัวคลอด	8
3	เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale	37



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการที่ทารก รกและเยื่อหุ้มรกถูกผลักดันผ่านช่องทางคลอดออกมาซึ่งต้องอาศัยทั้งความแข็งแรงของร่างกายร่วมกับการควบคุมอารมณ์จิตใจเป็นอย่างดี (Myles 1981: 207) ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) จะมีระดับอีพิเนฟริน (Epinephrine) ในเลือดสูง ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีและคลอดล่าช้า (Lederman et al. 1978: 495-500) เกิดภาวะหัวใจทารกในครรภ์เต้นช้าผิดปกติ และคะแนนแอสการ์ (Apgar Score) ของทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และ 5 ต่ำ (Lederman et al. 1981: 956-958) ความวิตกกังวลและความกลัวกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) ทำให้หลอดเลือดแดงที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกมีการตีบตัว เกิดความตึงเครียดและความเจ็บปวดจากการที่มดลูกขาดเลือด (Dick-Read 1984: 196-197) การหดตัวของมดลูกรุนแรงขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ความกลัว ความวิตกกังวล ความตึงเครียดและความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งผู้คลอดต้องให้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง จึงเกิดภาวะเครียดในระยะคลอด หากผู้คลอดรู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือและประสบการณ์คลอดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จะเกิดความคับข้องใจ และสูญเสียการควบคุมตนเอง (Roberts 1983: 62-63)

การรับรู้ประสบการณ์คลอดเป็นการแปลความหมายของเหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมความเป็นมารดาครั้งแรกของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสร้างสายสัมพันธ์กับบุตรในระยะแรกคลอด นอกจากนี้การรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี ช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอดในหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ 21-34 ปี (Mercer 1985: 204-209) พยาบาลจึงควร

ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีครรภ์รับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สามารถทำได้ คือการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์และการคลอด การฝึกหายใจ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้สามารถใช้วิธีหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ และเมื่อถึงระยะคลอดคอยกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีหายใจ และผ่อนคลายตามที่ฝึกมา (Beck & Brouder 1986: 2) การเตรียมตัวคลอดมีหลายแบบ และเป็นที่นิยมแพร่หลายในต่างประเทศ มีการศึกษาพบว่า หญิงที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีระยะเวลาคลอดสั้นกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดน้อยกว่า ใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า ทารกแรกเกิดมีสภาพดีกว่า และสามารถสร้างสายสัมพันธ์กับทารกในระยะแรกคลอดได้ดีกว่าหญิงที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด (cited in Kliot & Kliot 1986: 4) การเตรียมตัวคลอดช่วยให้ผู้คลอดได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ จึงเพิ่มความสามารถควบคุมตนเอง และควบคุมสถานการณ์ ทำให้รับรู้ประสบการณ์คลอดไปในทางที่ดี ผู้ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้คลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด ต่างก็ได้เสนอแนะให้พยาบาลสอน หรือให้ความรู้แก่หญิงที่มาฝากครรภ์ ในเรื่องการตั้งครรภ์ การคลอด การปฏิบัติตัวในระยะต่าง ๆ ของการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (เต็มดวง เจริญสุข 2532: 69; สุปราณี อัทธเสวี และคนอื่น ๆ 2533: 81)

ปัจจุบันการคลอดในสถานพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ ไม่สามารถจัดให้ญาติเข้าไปเยี่ยม หรือดูแลผู้คลอดภายในห้องคลอด และการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์มักเน้นเฉพาะการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงขาดความรู้ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ และขาดกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะเครียดขณะเจ็บครรภ์ การขาดความรู้เป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเองในระยะคลอด ซึ่งการรู้จักดูแลตนเอง เป็นวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมีปัญหาลุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 ก: 117) การเตรียมตัวคลอดจึงเป็นการช่วยผู้คลอด ให้พัฒนาทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองขณะเจ็บครรภ์

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดในเรื่อง ปัจจัยส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียด ของ อากิลร่า เมสสิค และฟาเรล (Aguilera, Messick & Farrell 1986 : 69-76) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวถึงปัจจัย 3 ประการ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถ เข้าสู่ภาวะสมดุลเมื่อเผชิญกับความเครียด ได้แก่

1. การรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง (Perception of the event)
2. ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support)
3. การใช้กลไกการเผชิญกับความเครียดได้เหมาะสม(Coping mechanism)

1. การรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลคุกคามต่อเป้าหมายหรือคุณค่าของบุคคลอย่างไร วิธีคิดหรือลักษณะนิสัยในการรับรู้ และการใช้สติปัญญา มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง จะเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์กับความรู้สึกถึงเครียด การแก้ปัญหาจะเป็นไปเพื่อลดความตึงเครียด และมีโอกาสแก้ปัญหาได้มากกว่า

ลาซารัส (Lazarus 1966, 1974, cited in Aguilera, Messick & Farrell 1986: 72) ชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เพื่อตัดสินผลที่บุคคลจะได้รับจากเหตุการณ์ โดยใช้เกณฑ์เป้าหมายและคุณค่าของเขาเป็นตัวตัดสิน การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกว่า ตนสามารถควบคุมภาวะคุกคามได้หรือไม่ ได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ ต่อมาเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงหรือการรับรู้เดิมของบุคคลเปลี่ยนไป จะมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal)

ถ้าบุคคลประเมินว่าทักษะการเผชิญของตนไม่พอ จะใช้กลไกทางจิตเพื่อเก็บกดหรือเบี่ยงเบนความเป็นจริงของสถานการณ์ แต่หากประเมินว่าวิธีการเผชิญมีผลสำเร็จจะใช้วิธีการกระทำโดยตรง เช่น การโจมตี การหนี การประนีประนอม เป็นต้น

ถ้าบุคคลมีการรับรู้สถานการณ์เบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง อาจไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กับความเครียด ความพยายามแก้ปัญหาจะไม่มีประสิทธิภาพและความเครียดไม่ลดลง ดังนั้นการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลต้องประเมินได้ว่าเหตุการณ์นั้นสำคัญอย่างไรกับตน มีผลกระทบต่ออนาคตอย่างไร

2. ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า

ระบบเกื้อหนุนค้ำจุน หมายถึง บุคคลซึ่งช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งในการแก้ปัญหา (Aguilera, Messick & Farrell 1986: 74) ซึ่งโดยปกติมนุษย์มีลักษณะอยู่กันเป็นสังคมและพึ่งพาอาศัยกัน ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลที่สำคัญต่อตน (significant other) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ และได้รับแรงสนับสนุนค้ำจุน มีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับสาเหตุความเครียดต่าง ๆ ความรู้สึกถูกแยกจากสังคม (social isolation) ด้วยเหตุใดก็ตามโดยทันทีทันใดหรือโดยมิได้คาดหมาย ทำให้ขาดแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนค้ำจุนตามปกติ และทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนแอเมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

ภาวะสูญเสียหรือคาดว่าจะสูญเสีย หรือความรู้สึกขาดแรงสนับสนุนค้ำจุน อาจทำให้บุคคลอยู่ในสภาพอ่อนแอ การเผชิญกับสถานการณ์เครียดโดยขาดการสนับสนุนค้ำจุนในเหตุการณ์เฉพาะหน้า อาจนำบุคคลไปสู่ภาวะเสียสมดุล และอาจเกิดภาวะวิกฤต

ในขณะที่บุคคลรับรู้สถานการณ์คุกคามตน หรือความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนด้อยลง บุคคลย่อมมีความต้องการและแสวงหาปฏิกริยาสะท้อนกลับจากบุคคลอื่นอย่างรุนแรง เพื่อคงความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนและความสามารถได้รับผลสำเร็จ โดยเฉพาะในภาวะคุกคามที่

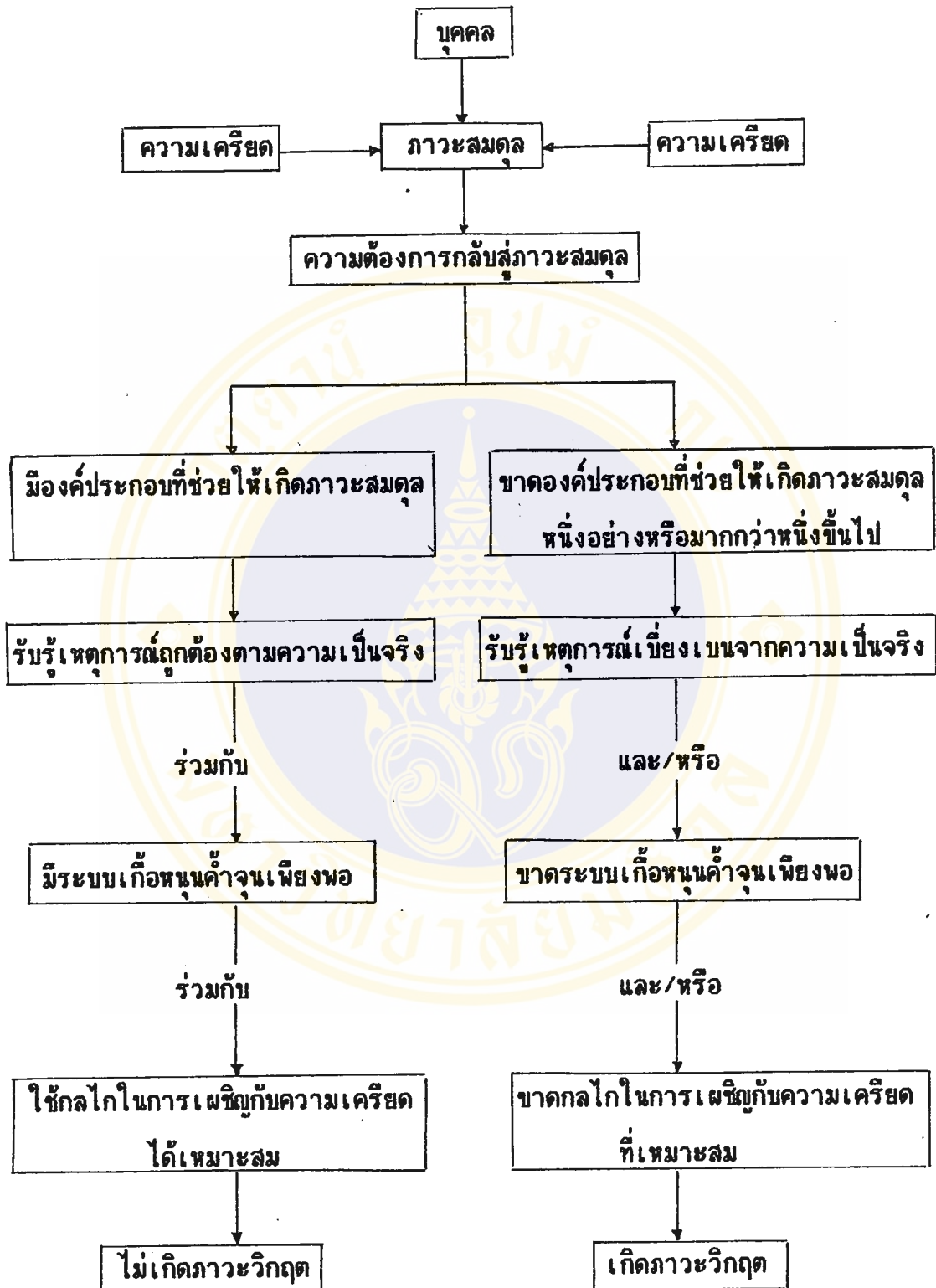
รุนแรง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในพฤติกรรมการเผชิญมักได้รับอิทธิพลจากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุด ได้แก่ บุคคลผู้คอยให้คำแนะนำ ช่วยในการแก้ปัญหา และให้การสนับสนุนคำจูงใจในชีวิตประจำวัน การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนคำจูงใจไม่เพียงพอทำให้เกิดความรู้สึกก้าวร้าว หรือเพิ่มความเครียด และสามารถทำลายความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนได้

3. การใช้กลไกในการเผชิญกับความเครียดได้เหมาะสม

เมื่อบุคคลเกิดความกลัว จะหนีจากภาวะเครียด หรือภาวะคุกคาม ซึ่งเกินความสามารถในการเผชิญ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของตน การเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญ จึงขึ้นอยู่กับความรู้ถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ วิธีการเผชิญที่ประสบผลสำเร็จจะเป็นวิธีที่บุคคลใช้บ่อยเมื่อเกิดปัญหา และมักใช้เพียงไม่กี่วิธีที่เคยใช้ได้ผลในอดีตเพื่อรักษาอารมณ์ให้คงที่ ซึ่งวิธีการเหล่านี้กลายเป็นวิถีชีวิตในการเผชิญ หรือจัดการกับภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น

วิธีจัดหรือลดภาวะเครียดแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ การเผชิญแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการกระทำโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อม หรือตนเอง เพื่อจัดหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียด และการเผชิญแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของตน ซึ่งบุคคลอาจใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน (Lazarus & Folkman 1984, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534 ก: 3)

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด ถ้าบุคคลมีปัจจัยทั้งสามประการนี้เพียงพอ จะไม่เกิดภาวะวิกฤต ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผลของปัจจัยในการเผชิญกับภาวะเครียด

(จาก Aguilera, Messick & Farrell 1986: 69)

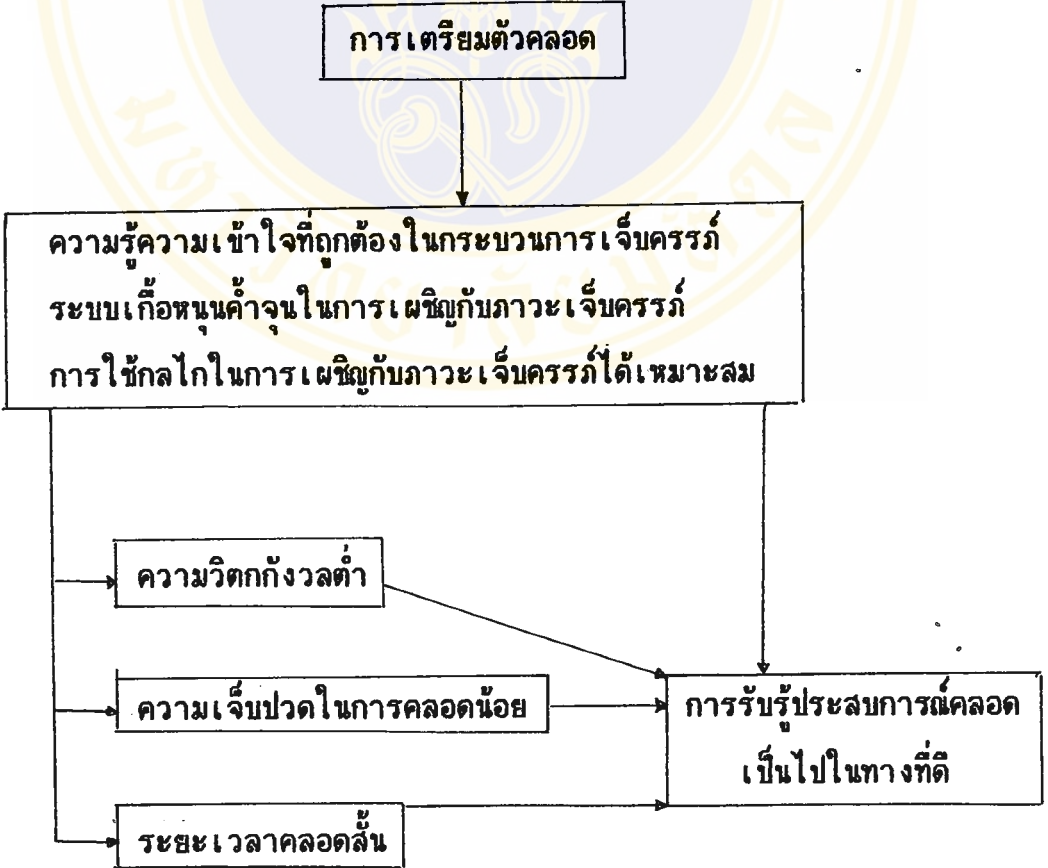
ในการคลอด การรับรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์และการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ของผู้คลอด ได้แก่

1. ความหมายและความสำคัญของการคลอด มองการคลอดว่าเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย และรับรู้ว่าการคลอดเป็นการประสบความสำเร็จในชีวิต
2. ความคาดหวังและเป้าหมายเกี่ยวกับการคลอดในทางที่ดี และประสบตามที่คาดหวังจะทำให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์ในทางที่ดี
3. ปฏิกริยาสะท้อนกลับจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และครอบครัวของผู้คลอด หากเป็นไปได้ จะทำให้ผู้คลอดรับรู้เหตุการณ์ในทางที่ดี และเกิดความมั่นใจในตนเอง (Clark et al. 1979: 345-349)
4. ความกลัวและความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดแปลความหมายของการเจ็บครรภ์ไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งสาเหตุของความกลัวและความวิตกกังวล ได้แก่ การเผชิญกับสภาพแวดล้อม บุคคล และวิธีการที่ไม่คุ้นเคย การแยกโดดเดี่ยวจากบุคคลในครอบครัว (Moore 1983: 477-478) และสาเหตุของความกลัวและความวิตกกังวลที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิถีปฏิบัติตนในระยะคลอด (Williams & Booth 1980: 77) นอกจากนี้การตรวจร่างกายและการรักษาพยาบาลโดยปราศจากคำอธิบายก็ทำให้เกิดความกลัว

นอกจากการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดอย่างถูกต้อง ผู้คลอดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนคำจูงจากญาติและเจ้าหน้าที่วิชาชีพในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็งและปลอดภัย ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และสามารถรับรู้สถานการณ์อย่างถูกต้องในทางบวก

เนื่องจากบุคคลย่อมใช้พฤติกรรมการเผชิญที่ตนคาดหวังว่า จะสามารถควบคุมภาวะคุกคามได้ และมักใช้วิธีการเดิมที่เคยเรียนรู้แล้วมากกว่าสร้างวิธีใหม่ (Murphy in Chinn, ed. 1983: 199) ดังนั้นหากผู้คลอดได้ฝึกวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์มา

ก่อน จะสามารถใช้วิธีการเผชิญนั้นได้ทันที ซึ่งวิธีเผชิญภาวะเจ็บครรภ์เหล่านี้ ได้แก่ การนวดหลัง การลูบหน้าท้อง การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้จินตนาการ การลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ซึ่งวิธีเหล่านี้ช่วยลด หรือบรรเทาความเจ็บปวดได้ ตามหลักการของทฤษฎีควบคุมประตูดของเมลซัคและวอลล์ (Melzack & Wall, in Weisenberg, ed. 1975: 22; Reeder et al. 1983: 542) เมื่อนำวิธีเหล่านี้มาใช้ในการเตรียมตัวคลอดจึงช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้คลอดได้ ส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล ทำให้ไม่มีการหลั่งสารอินิเอนรินไปยับยั้งการหดตัวของมดลูก จึงไม่เกิดภาวะคลอดล่าช้า และการเตรียมตัวคลอดเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนคำจูง ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกเข้มแข็งและมั่นใจเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด จึงสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลของการเตรียมตัวคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาเปรียบเทียบ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และ การรับรู้ประสบการณ์คลอด ระหว่าง ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลในระยษคลอดต่ำกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด
2. ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด
3. ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์มีระยะเวลาคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด
4. ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์มีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

คำถามในการวิจัย

ความวิตกกังวล ความเจ็บปวดในการคลอด และระยะเวลาคลอด จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอดของผู้คลอดหรือไม่

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และ การรับรู้ประสบการณ์คลอด ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับ ทำการศึกษาในหญิงที่มาฝากครรภ์และคลอด ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2534 จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด จำนวนกลุ่มละ 20 ราย โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางปรับปรุงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยมี การเตรียมตัวคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในรูปแบบที่เหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์คลอด
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิธีช่วยเหลือผู้คลอดเพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การดูแลผู้คลอดของพยาบาลห้องคลอดในแต่ละเวรไม่แตกต่างกัน
2. ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนและรายงานการคลอดเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

นิยามตัวแปร

การเตรียมตัวคลอด หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นในระยะตั้งครรภ์เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวลในการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ และช่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์โดยมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี โดยมีวิธีการ ได้แก่

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด เหตุการณ์และความรู้สึกที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด วิธีหายใจ-ลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ วิธีเบ่งคลอด โดยสอนตามแผนการเตรียมตัวคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. ให้หญิงตั้งครรภ์ได้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ และวิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด
3. พาหญิงตั้งครรภ์ไปทำความรู้จักคุ้นเคยกับสภาพห้องคลอด
4. แจกเอกสารการเตรียมตัวคลอดให้กลับไปอ่านทบทวน และฝึกการหายใจ-ลูบหน้าท้องที่บ้าน

การรับรู้ประสบการณ์คลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดในขณะเจ็บครรภ์และขณะคลอด วัดโดยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ของเยาवलักษณ์ เสรีเสถียร (2530) คะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ต่อสภาวะของตนเอง ประเมินโดยแบบวัดความวิตกกังวล ของฉวี เบาทรวง (2526: 56-58; 108-110) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลขณะนั้นสูง

ความเจ็บปวดในการคลอด หมายถึง ระดับความรู้สึกเจ็บปวดเนื่องจากการเจ็บครรภ์ วัดเมื่อแรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด และเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ด้วยเส้นตรงแทนความเจ็บปวด ยาว 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน

ระยะเวลาคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงทารก
คลอด คิดเป็นชั่วโมง ประมาณเวลาที่ปากมดลูกเริ่มเปิด จากความรู้สึกของผู้คลอดที่
เจ็บครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุก 5-10 นาที



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอดระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ ได้แก่ การคลอดและระยะเวลาคลอด ความเจ็บปวดในการคลอด ความเครียดและความวิตกกังวลระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์คลอด และการเตรียมตัวคลอด

การคลอดและระยะเวลาคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นเมื่อขั้วเด็ก รก เชื้อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก (Olds, London & Ladewig 1984: 395) สาเหตุของการคลอดไม่ทราบชัดเจน สมมติฐานที่เชื่อถือกันมากคือการทำทารกสร้างสัญญาณบางอย่าง ไปกระตุ้นให้มดลูกของมารดาเริ่มต้นกระบวนการเจ็บครรภ์ โดยชักนำให้มีการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) เพิ่มขึ้นที่กล้ามเนื้อมดลูก ทำให้ปากมดลูกนุ่มและบาง ตลอดจนกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (สุริย์ ลิมารักษ์ และ ศิระทองสง 2530: 194; Pritchard & MacDonald 1985: 306-307)

การคลอดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะปากมดลูกเปิด 2) ระยะแบ่งคลอด 3) ระยะรกกคลอด

การคลอดระยะที่หนึ่งหรือระยะปากมดลูกเปิด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จนปากมดลูกเปิดหมด โดยเริ่มแรกมีอาการเจ็บ ร่วมกับการหดตัวของมดลูก ทุก 5 ถึง 10 นาที

เจ็บไม่รุนแรง ต่อมาอาการเจ็บถี่ขึ้นเป็นทุก 2 ถึง 3 นาที เจ็บรุนแรง และนานครั้งละ 45 ถึง 60 วินาที การเจ็บครรภ์มีผลทำให้ปากมดลูกเปิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 8 ชั่วโมงในครรภ์หลัง (ลูรีย์ ลิมารั๊กซ์ และ อีระ ทองสง 2530: 244-245)

การคลอดระยะที่สองหรือระยะเบ่งคลอด นับตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนทารกเกิดออกมาทั้งตัว ระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกปวดเบ่งคล้ายอยากถ่ายอุจจาระ และเมื่อมดลูกหดตัวจะรู้สึกอยากเบ่งมากจนกลั้นไม่ได้ เรียกว่า "มิลมเบ่ง" ระยะนี้นานประมาณ 50 นาทีในครรภ์แรก และ 20 นาทีในครรภ์หลัง (ลูรีย์ ลิมารั๊กซ์ และ อีระ ทองสง 2530: 244-245)

การคลอดระยะที่สามหรือระยะรกคลอด ตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกคลอด นานประมาณ 5 ถึง 30 นาที (Pritchard & MacDonald 1985: 306-307)

สรีรวิทยาของการคลอดเป็นเรื่องสลับซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการประกอบกันที่ทำให้การคลอดเป็นไปโดยสะดวกหรือเกิดการคลอดล่าช้าผิดปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดและระยะเวลาคลอดอาจจำแนกได้ดังนี้

1. แรงในการคลอด (Power) ได้แก่ แรงจากการหดตัวของมดลูก และแรงจากการเบ่งคลอดโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม โดยทั่วไปมดลูกเริ่มมีการหดตัวตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ โดยมีความดันเพียง 1 ถึง 2 มิลลิเมตรปรอทและไม่สม่ำเสมอ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจริงมดลูกหดตัว 2 ครั้งใน 10 นาที ความดันภายในมดลูก 8 ถึง 12 มิลลิเมตรปรอทขณะมดลูกคลายตัว และ 25 ถึง 50 มิลลิเมตรปรอทขณะมดลูกหดตัว จุดกำเนิดการหดตัวของมดลูกอยู่บริเวณยอดมดลูกใกล้รอยต่อระหว่างตัวมดลูกกับท่อรังไข่ ความกลัวและความเจ็บปวดมีผลทำให้เกิดความผิดปกติในการแพร่คลื่นการหดตัว ความแรง และความถี่ในการหดตัวผิดปกติ ทำให้การคลอดล่าช้าได้ (Mendez-Bauer & Caldeyro-Barcia, in Aladjem & Vidyasagar, eds.

1982: 149-153) ดังนั้นความกลัวและความเจ็บปวด ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านจิตใจของผู้คลอดจึงมีผลต่อแรงในการคลอดด้วย ต่อมาเมื่อใกล้คลอดส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลง กดอู้งเชิงกรานทำให้ผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งในขณะที่มดลูกหดตัวแต่ละครั้ง แรงเบ่งเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อผู้คลอดออกแรงเบ่งโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ก็จะมีผลผลักดันทารกคลอดออกมาได้ ถ้ากล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง ผู้คลอดเห็น็ดเหนื่อยอ่อนเพลียมาก หรือมดลูกหดตัวอ่อน แรงเบ่งไม่มีประสิทธิภาพ ระยะเบ่งคลอดยาวนานกว่าปกติ ทำให้ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยคลอด

2. ช่องทางคลอด (Passage) มีสองส่วน คือ ส่วนแข็ง และส่วนอ่อน ช่องทางคลอดส่วนแข็ง ได้แก่ กระดูกเชิงกราน ซึ่งยืดขยายได้น้อย ช่องทางคลอดส่วนอ่อน ได้แก่ เนื้อเยื่อ และกล้ามเนื้อที่สามารถยืดขยายได้มาก คือ มดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) ปากมดลูก ช่องคลอด และฝีเย็บ ความผิดปกติของช่องทางคลอด ส่วนใหญ่คือขนาดเชิงกรานกับศีรษะทารกผิดสัดส่วน ทำให้ทารกผ่านลงมาไม่ได้ จึงต้องผ่าตัดคลอด

3. สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) ได้แก่ ทารก น้ำคร่ำ รก และเยื่อหุ้มรก ส่วนที่สำคัญคือขนาดและท่าของทารก สาเหตุที่ทำให้การคลอดผิดปกติหรือการคลอดล่าช้า มักได้แก่ ขนาดศีรษะทารกใหญ่ผิดสัดส่วนกับขนาดเชิงกรานของผู้คลอดดังกล่าวแล้ว หรือส่วนนำเป็นส่วนอื่นซึ่งมิใช่กระหม่อมหลังของศีรษะทารก

4. สภาพจิตใจของผู้คลอด (Psyche) ความกลัวกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ซึ่งมีผลทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดง ที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ มดลูก เมื่อกล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือด จึงเกิดความตึงเครียด และความเจ็บปวด (Dick-Read 1984: 196-197) ความตึงเครียดและความวิตกกังวลสูง ทำให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟรินไปยับยั้งการหดตัวของมดลูก ทำให้การคลอดล่าช้า (Lederman et al. 1978: 495-500) ความกลัวและความวิตกกังวลในระยะคลอด จึงมีผลทำให้เกิดการคลอดผิดปกติได้

ในการดูแลผู้คลอด แพทย์และพยาบาลควรเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้คลอดคือ (Clark et al. 1979:368-371; Moore 1983: 472-474)

1) ระยะปากมดลูกเปิด เมื่อเข้าสู่ห้องคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมแปลกใหม่ วิธีการที่ไม่คุ้นเคย และบุคคลแปลกหน้า ต้องสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง อาจรู้สึกสูญเสียสภาพลักษณะ ตลอดจนถูกแยกจากครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมตนเอง เริ่มสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าแห่งตน เกิดความก้าวร้าว เนื่องจากความคับข้องใจ หรือความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น แม้ผู้คลอดแต่ละคนจะมีความแตกต่างในตัวของบุคคล แต่ลักษณะอารมณ์ของผู้คลอดจะเป็นรูปแบบคล้ายกัน คือ เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จริง ผู้คลอดจะเกิดความตื่นเต้น วิตกกังวลเล็กน้อย ในช่วงแรกนี้ ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกทุกข์มาก ยังสามารถพูดคุยได้ แต่เมื่อมดลูกหดตัวทุก 3 ถึง 5 นาที จะรู้สึกไม่อยากพูด และพยายามเผชิญกับการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง

ยิ่งปากมดลูกเปิดมากขึ้นและใกล้คลอด มดลูกหดตัวถี่ทุก 2 นาที และนาน 50 ถึง 60 วินาที ผู้คลอดจะกระสับกระส่ายมาก ร้องขอความช่วยเหลือ พูดอย่างหมดหวัง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้คลอดในระยะนี้ ยิ่งการคลอดก้าวหน้า ผู้คลอดยิ่งมีลักษณะพึ่งพามากขึ้น แต่ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด จะมีลักษณะช่วยเหลือตัวเองมากกว่า

2) ระยะเบ่งคลอด ผู้คลอดมักไม่สามารถควบคุมตนเองได้อีกต่อไป มีอาการกลัวสุดขีด และอ่อนเพลียมาก อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่รวมมือ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง คำนึงถึงแต่ความต้องการของตนเอง และร้องขอให้ทำคลอดโดยเร็วที่สุด

3) ระยะหลังคลอดสองชั่วโมงแรก ความเครียด และความเจ็บปวดลดลง ผู้คลอดจะแสดงความสนใจคำถามเกี่ยวกับบุตร ต้องการได้เห็นและสัมผัสบุตร จะรู้สึกตัวดี และพูดคุยได้เป็นปกติ

ความเจ็บปวดในการคลอด

ในการคลอดมีสตรีถึงร้อยละ 97 ที่บอกว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reeder & Martin 1987: 504) การรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอด ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก ครรภ์แรกระยะเริ่มเจ็บครรภ์ จะเจ็บรุนแรงกว่าครรภ์หลัง แต่ระยะใกล้คลอด ครรภ์หลังมดลูกหดตัวรุนแรงกว่าครรภ์แรก ในกรณีคลอดยากจากภาวะเชิงกรานแคบ หรือทารกตัวโต หรือท่าของทารกผิดปกติ จะเจ็บรุนแรงกว่าปกติ ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และอดนอน มีผลต่อความทนทานต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีระยะเวลาคลอดยาวนาน

ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ขณะเจ็บครรภ์ ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยคือ การไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการเจ็บครรภ์และการคลอด แรงจูงใจอย่างเข้มแข็ง และอิทธิพลของวัฒนธรรม อาจมีผลในการรับรู้ความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมเจ็บปวด ซึ่งการแสดงพฤติกรรมเจ็บปวดมักเป็นไปตามลักษณะการยอมรับของเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม ดังนั้นการที่ผู้คลอดสงบ ไม่แสดงอาการเจ็บปวด จึงมิได้หมายความว่าผู้คลอดไม่เจ็บปวด (Bonica, in Wall & Melzack, eds. 1984: 381-382)

ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีสาเหตุมาจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก และปากมดลูกที่ขาดเลือด จากการตีบของหลอดเลือด ทำให้เซลล์ขาดออกซิเจน (Olds, London & Ladewig 1984: 410) การเปิดขยายของปากมดลูก และการเปลี่ยนแปลงของมดลูกส่วนล่าง ทำให้เกิดการยึดและตึง อาจมีการฉีกขาดของปากมดลูก ระยะเวลาที่มดลูกเริ่มหดตัวเป็นระยะเวลาที่เริ่มเจ็บปวด และพบว่ามิประสาทรับความรู้สึกที่ปากมดลูก และมดลูกส่วนล่างมากกว่าที่ตัวมดลูก (Bonica, in Wall & Melzack, eds. 1984: 378-379) นอกจากนี้ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งยังเกิดจากแรงกดบนโครงสร้างของอู้งเชิงกราน

ส่วนความเจ็บปวดในระยะที่สองของการคลอด เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก การยึดตัวของมดลูกส่วนล่างที่ถูกดึงรั้งโดยมดลูกส่วนบน และจากแรงกดที่ส่วนนำของทารกดันเนื้อเยื่อผนังมด เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและผิวหนัง ช่วงปลายระยะที่หนึ่งต่อกับระยะที่สอง อาจรู้สึกปวด-ร้อน เป็นตะคริวที่ขา (Bonica, in Wall & Melzack, eds. 1984: 379-381) ส่วนในระยะที่สามของการคลอด เจ็บปวดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ และแรงที่รกดันปากมดลูกผ่านออกมา ระยะนี้เร็ว และไม่เจ็บปวดรุนแรง

จากการศึกษาของฟรีด และคณะ (Fridh et al. 1988: 117-124) ในหญิงตั้งครรภ์ 178 คน พบว่าหญิงที่รู้สึกเจ็บปวดมากในระยะคลอด ได้แก่ หญิงที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ เป็นหญิงครรภ์แรก อายุน้อย เคยมีอาการปวดประจำเดือนเป็นประจำ เคยทำแท้งผิดกฎหมาย มีสามีที่ไม่พอใจการตั้งครรภ์ มีสภาพอารมณ์ไม่มั่นคง มีความคาดหวังที่ไม่สมจริงเกี่ยวกับความเจ็บปวด และการให้ยาระหว่างเจ็บครรภ์ และห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพทารกมากเกินไป

แมคแคฟเฟอร์รี่ (McCaffery 1979: 130-191) เสนอแนะวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยการอยู่กับผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถอยู่ด้วยตลอดเวลา พยาบาลควรบอกว่าจะเข้ามาดูผู้ป่วยเมื่อไร และกล่าวว่าเวลาที่พยาบาลอยู่ด้วยโดยไม่ต้องทำอะไรให้ ผู้ป่วยก็รู้สึกว่าความเจ็บปวดบรรเทาลงได้ ซึ่งมายส์ล (Myles 1981: 258) ก็แนะนำให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดในขณะที่เจ็บครรภ์ เพื่อลดความกลัว ซึ่งมีผลกระทบต่อความเจ็บปวดได้ วิธีอื่น ๆ ได้แก่ การสัมผัสโดยการจับมือ การนวดผิวหนังด้วยแรงขนาดปานกลาง การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้เสียงเพลง การผ่อนคลายร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย การลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ซึ่งเหตุผลของการลดความเจ็บปวดด้วยวิธีเหล่านี้ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, in Weisenberg, ed. 1975: 22) ดังนี้

1. กลไกการปรับสัญญาณเป็นระบบควบคุมประตู อยู่ในระดับไขสันหลังที่สับสแตนท์เยลเจลลาติโนซ่า (Substantia gelatinosa) โดยเป็นตัวเพิ่มหรือลดสัญญาณประสาท

จากส่วนปลายไปยังสมอง กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ (C-fiber) ปิดประตู ทำให้ไม่รับความรู้สึกเจ็บปวด แต่กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก (A-delta fiber) ทำให้รับความรู้สึกเจ็บปวด ดังนั้นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มาก จะมีกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่า จะปิดกั้นการรับความรู้สึกเจ็บปวด เช่น การกระตุ้นผิวหนังโดยการสัมผัสหรือการนวด การนวดหลัง การลูบหน้าท้อง เป็นต้น

2. ใยประสาทขนาดใหญ่นำส่งกระแสประสาทแยกไปเป็นสองแขนง โดยนำเข้าสู่ระบบควบคุมประตูแขนงหนึ่ง และอีกแขนงหนึ่งส่งไปยังสมอง ทางด้านหลังของไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางจะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการเปิดหรือปิดประตู โดยอารมณ์ ความสนใจ และประสบการณ์เดิมของบุคคล จะเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการเปิดหรือปิดประตู

3. เซลล์ที (T-cell) ทำหน้าที่นำส่งกระแสประสาทที่ได้รับสัญญาณจากระบบควบคุมประตูไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวด

ความเครียดและความวิตกกังวลในระยะคลอด

จะเห็นได้ว่าผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานประมาณ 8 ถึง 12 ชั่วโมง ดังนั้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ จะมีการประเมินความหมายของสถานการณ์ (Primary cognitive appraisal) เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งในสามอย่างดังนี้ (Luneir 1978; Lazarus & Cohen 1977; Lazarus & Folkman 1984 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534 ข: 107-110; Scott, Oberst & Dropkin 1981: 7)

1. สถานการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant)
2. สถานการณ์นั้นมีผลดีต่อตนเอง (Benign positive) ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์หรือปรับตัว

3. สถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด (Stressful) ซึ่งลาซารัส (Lazarus) ได้ให้ความหมายของ "ภาวะเครียด" ว่า เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตน และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง ลักษณะสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด แบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่ (Holroyd & Lazarus, in Goldberg & Breznitz, eds. 1982: 22-23)

3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm-Loss) คือความเสียหายได้เกิดแล้ว

3.2 เป็นภาวะคุกคาม (Threat) คือคาดว่าจะเกิดความสูญเสียในอนาคต

3.3 เป็นภาวะท้าทาย (Challenge) คืออาจเป็นอันตรายหรือสูญเสีย แต่มีโอกาสควบคุมได้ และอาจได้รับประโยชน์ด้วย แต่ผลที่จะเกิดยังไม่มั่นใจได้แน่นอน

นอกจากการประเมินความหมายของสถานการณ์แล้ว บุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น (Secondary appraisal) โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านสถานการณ์กับปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ลักษณะของเหตุการณ์เป็นแบบเดิมหรือแบบใหม่ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่ทำให้คาดการณ์การควบคุมได้ยาก ส่วนปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและความหมายของเหตุการณ์ต่อตัวบุคคล ความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมเหตุการณ์ และมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) ตลอดระยะเวลาที่เผชิญกับเหตุการณ์

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาวะคุกคาม จะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเสมอ ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกว่าภาวะทางกายหรือทางจิตถูกคุกคาม ทำให้เกิดความสับสน ลังเลใจ กระวนกระวายใจ มีสภาพอารมณ์ตึงเครียด (May, in Selye, ed. 1983: 134; Lederman, in Werley & Fitzpatrick, eds. 1984: 28) ความวิตกกังวลระดับปกติเป็นความสามารถของบุคคลที่จะตอบโต้กับภาวะคุกคาม แต่ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลประเมินสิ่งเร้าไม่ถูกต้อง การรับรู้สถานการณ์แคบ แก้ไขหาไม่ได้ และยิ่งมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น แม้ว่าความวิตกกังวลจะเป็นปฏิกิริยาปกติของการตั้งครรภ์ แต่มีปัจจัยบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวล ได้แก่ ระดับอารมณ์ตามปกติของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้สึกในความเป็นหญิงและเป็นมารดา เจตคติต่อการตั้งครรภ์

ลักษณะการรับรู้ประสบการณ์คลอตของมารดาของผู้คลอต ประสบการณ์คลอตในครั้งก่อน การมีปัจจัยเสี่ยง การได้รับการเตรียมตัวคลอต (Moore 1983: 477-478)

เมื่อผู้คลอตมีความวิตกกังวลสูง ต่อมหวนกโตะจะมีการหลั่งสารอิพิเนพริน และ นอร์อิพิเนพรินออกมา อิพิเนพรินกระตุ้นตัวรับแอลฟาและเบต้า (alpha & beta receptors) นอร์อิพิเนพรินกระตุ้นตัวรับแอลฟาในระยะแรก ตัวรับแอลฟาแอดรีเนอจิก (alpha adrenergic receptor) ทำให้หลอดเลือดแดงของมดลูกตีบ และเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง การไหลเวียนเลือดและความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าตัวรับเบต้าแอดรีเนอจิก (beta adrenergic receptor) ถูกกระตุ้น จะทำให้หลอดเลือดขยาย และกล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว เมื่อหลอดเลือดของมดลูกขยายตัวเต็มที่แล้ว หลอดเลือดอื่นก็ไม่มีการขยายตัว จึงลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก เกิดภาวะหัวใจทาร์กในครรภ์เต้นช้า (Bradycardia) คะแนนแอฟการ์ดของทารกแรกเกิดนาทิตี 1 และ 5 ต่ำ และพบว่า ระดับอิพิเนพรินที่สูงสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล มีผลลดการหดตัวของมดลูก ทำให้คลอตล่าช้าดังกล่าวมาแล้ว สาเหตุของความวิตกกังวลที่พบบ่อยที่สุดคือ การที่ผู้คลอตขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอต และไม่รู้ที่กำลังเกิดอะไรขึ้น จึงไม่สามารถใช้ความคิดและสติปัญญา ประเมินสภาพสถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง (Moore 1983: 477-478)

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาวะเครียด จะต้องใช้ความพยายามทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น แบ่งลักษณะการเผชิญเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การเผชิญแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการกระทำโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมหรือตนเอง เพื่อจัดหรือแก้ไข เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

2. การเผชิญแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการกระทำ หรือความคิด เพื่อควบคุมความรู้สึกอันไม่พึงปรารถนา ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่เป็นภาวะเครียด

เพียลินและสคูเลอร์ (Pearlin & Schooler 1978, cited in Thoitt 1986: 417) ได้เสนอลักษณะการเผชิญแบบที่สาม คือ การเผชิญแบบมุ่งปรับการรับรู้ (Perception-focused coping) เป็นความพยายามทางสติปัญญาความคิด เพื่อเปลี่ยนการรับรู้ความหมายของสถานการณ์ จนกระทั่งเกิดการรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หรือ การสนับสนุนคำจูงที่ช่วยเหลือบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด ช่วยสนับสนุนการเผชิญ 3 แบบดังกล่าว ได้แก่

1. การสนับสนุนคำจูงด้านวัตถุหรือกิจกรรม เพื่อช่วยให้บุคคลทำหน้าที่ของตนได้สำเร็จ (Instrumental support) ซึ่งสนับสนุนการเผชิญแบบมุ่งแก้ปัญหา

2. การสนับสนุนคำจูงด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงความรัก เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ การยอมรับเป็นพวก ซึ่งช่วยสนับสนุนการเผชิญแบบมุ่งปรับอารมณ์

3. การสนับสนุนคำจูงด้านความรู้ข้อมูล (Informational support) เป็นการสื่อสารความคิดเห็น หรือความจริง ที่เกี่ยวข้องกับความลำบากที่กำลังประสบ เช่น การแนะนำ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การให้ความรู้ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตง่ายขึ้น ซึ่งสนับสนุนการเผชิญแบบมุ่งปรับการรับรู้

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้ง มีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ระดับความวิตกกังวลมี 6 ระดับดังนี้ (ชินชม สมประเสริฐ 2526: 46-48)

1. ระดับปราศจากความวิตกกังวล (Ataraxy) หรือน้อยจนไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ซึ่งถือเป็นสิ่งผิดปกติ

2. ระดับปกติ (Well being) เป็นระดับที่เกิดความรู้สึกสบาย ถ้าประสบกับสิ่งที่ไม่พอใจก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันควร

3. ระดับวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความรู้สึกไม่สบายเล็กน้อย ซึ่งจะกระตุ้นให้ทำงานแก้ปัญหาได้ เน้นการรับรู้และความตั้งใจ เป็นระดับของการเตรียมพร้อมที่จะปรับตัวกับเหตุการณ์

4. ระดับวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความรู้สึกในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สบายใจมากขึ้น ทำให้การรับรู้แคบลง มีแรงกดดัน และตื่นตัวมากขึ้น

5. ระดับกระวนกระวาย (Severe anxiety) การรับรู้แคบมาก ไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้น ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกกลัวเพิ่มมากขึ้น กระสับกระส่ายชัดเจน ไม่สามารถจัดการความรู้สึกไม่สบายใจได้

6. ระดับกลัวสุดขีด (Panic) เป็นภาวะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ การรับรู้เสียไป ไม่รับความจริง ไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ บุคคลไม่สามารถช่วยตนเองให้พ้นจากภาวะที่ก่อให้เกิดความกังวลใจ

การรับรู้ประสบการณ์คลอດ

การรับรู้ประสบการณ์คลอດ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอດเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เจ็บครรภ์และคลอດ มาร์ตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer 1979:260-266) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์คลอດของหญิงหลังคลอດ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. ความสำเร็จในการใช้วิธียาใจหรือผ่อนคลาย
2. ความเชื่อมั่นในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอດ
3. การผ่อนคลายระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอດ
4. ความยินดีหรือพอใจระหว่างการคลอດ
5. ความสามารถควบคุมตนเองระหว่างเจ็บครรภ์และคลอດ
6. การร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลระหว่างเจ็บครรภ์และคลอດ
7. ประโยชน์จากความช่วยเหลือของสามีระหว่างเจ็บครรภ์และคลอດ
8. ความสามารถระลึกถึงเหตุการณ์ในการคลอດ
9. การจดจำการคลอດว่าเป็นความเจ็บปวด

10. ความรู้สึกตื่นตระหนกในการคลอด
11. ความห่วงใยสภาพของบุตรระหว่างการคลอด
12. ประสบการณ์คลอดเป็นไปตามคาดหมายก่อนเจ็บครรภ์
13. ความพอใจกับประสบการณ์คลอด
14. ช่วงเวลาภายหลังคลอดที่มารดาได้เห็นบุตรครั้งแรก
15. ช่วงเวลาภายหลังคลอดที่มารดาได้สัมผัสบุตรครั้งแรก
16. ความสุขในการสัมผัสบุตรครั้งแรก

เมอร์เซอร์ แอคเคย์ และบอสตรอม (Mercer, Hackley & Bostrom 1983: 202-207) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประสบการณ์คลอดกับปัจจัยต่างๆ ในหญิงครรภ์แรกจำนวน 249 คน พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีมากกว่าปัจจัยด้านการคลอด ปัจจัยด้านจิตสังคมเหล่านี้ ได้แก่ การได้สัมผัสบุตรโดยเร็วภายหลังคลอด การมีกลุ่มสนับสนุนที่ดี (group support) มีสามีช่วยสนับสนุนคำจูนด้านอารมณ์ระยะคลอด มีประสบการณ์ชีวิตที่ดีในปีก่อนการคลอด และการมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกสูง

สุปราณี อัทธเสรีและเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2531: 27-28, 57-60, 67) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี ในหญิงครรภ์แรก 170 คน พบว่า ได้แก่ การที่มีระยะเวลาคลอดสั้น การที่ผู้คลอดไม่ได้รับยาเร่งการคลอด ส่วนเจตคติต่อการตั้งครรภ์ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอด และที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของมารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut & Mercer 1979: 260-266) คือ หญิงที่คลอดทางช่องคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีกว่าหญิงที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

สุปราณี อัทธเสรี และคนอื่น ๆ (2533: ก) ศึกษาในหญิงครรภ์แรกจำนวน 80 คน พบว่าการพยาบาลทางด้านจิตใจหรือการประคับประคองด้านอารมณ์ในระยะคลอด โดย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้คลอด สอนเทคนิคการหายใจ การ

ผ่อนคลาย และลบล้างข้อห้าม ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษานี้ของเมอร์เซอร์ แอคเคเลย์ และบอสทรอม ในเรื่องปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนคำจูงด้านอารมณ์ในระยะคลอดดังกล่าว

จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้ทราบว่า การส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี อาจกระทำได้โดย คุณช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถคลอดทางช่องคลอด โดยมีระยะเวลาคลอดสั้น ไม่ได้รับยาเร่งการคลอด ได้รับการสนับสนุนคำจูงด้านอารมณ์และเจ็บครรภ์ ได้สัมผัสบุตรโดยเร็วภายหลังคลอด และส่งเสริมให้ผู้คลอดมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกสูง ซึ่งมีการศึกษานี้สนับสนุนว่า การเตรียมตัวคลอดก่อให้เกิดผลดีเหล่านี้ (Genest 1981: 33; Jensen & Bobak 1985: 384; Kliot & Kliot, in Sciarra et al. eds. 1986: 4) ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวคลอดแก่ผู้คลอดทุกคน เพื่อให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี

การเตรียมตัวคลอด

การเตรียมตัวคลอดเริ่มแพร่หลายประมาณ ค.ศ. 1950-1960 จากความคิดของ ดิค-รีด (Dick-Read) แพทย์ชาวอังกฤษที่ว่า ความเจ็บปวดในการคลอดสามารถถูกขจัดด้วยการลดความกลัวและความตึงเครียดเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ เป็นการตัดวงจรต่อเนื่องของความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Syndrome) โดยเน้นว่าร่างกายและจิตใจมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน วิธีการเตรียมตัวคลอดของดิค-รีด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด อนามัย และโภชนาการ สอนหลักการผ่อนคลาย ความคุมการหายใจ และกระตุ้นให้สตรีควบคุมการคลอดของตนเอง

ต่อมาประมาณ ค.ศ. 1960 วิธีการเตรียมตัวคลอดแบบลามามาซ (Lamaze method หรือ Psychoprophylactic method หรือ P.P.M.) แพร่หลายขึ้น โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกการหายใจอย่างมีแบบแผน และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลัง

จากนั้นได้มีโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดเกิดขึ้นอีกมากมาย โดยมีหลักการ 4 ประการ คือ 1) ให้การศึกษาและเตรียมตัวผู้คลอด 2) ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความผ่อนคลายระหว่างคลอด 3) ลดหรือจัดความเจ็บปวด เพื่อลดความต้องการยาบรรเทาปวดในการคลอด 4) เปิดโอกาสให้ผู้คลอดตื่นตัวในกระบวนการคลอด จนสามารถสัมผัสบุตรเพื่อสร้างสายสัมพันธ์กับบุตรได้ทันทีที่คลอด มีการศึกษาวิจัยยืนยันผลดีของการเตรียมตัวคลอดในแง่ลดความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ได้ดี สร้างสายสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดได้ดี (รสนุคนธ์ ลิมทวงค์ 2530: ก-ข) ระยะเวลาคลอดสั้น คลอดง่าย ลดภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการคลอด มีอารมณ์มั่นคง ความกลัว และความวิตกกังวลลดลง (Huttel et al. 1972, Scott & Rose 1976, Laird & Hogan 1956, อ้างถึงใน รสนุคนธ์ ลิมทวงค์ 2530: 51-54)

การเตรียมตัวคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สาม ซึ่งเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวแยกกับทารก และความหวั่นไหวมุ้งที่ทารกกับการคลอดของตน (Lederman, in Werley & Fitzpatrick, eds. 1984: 31) ซึ่งควรเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาฝึกเตรียมตัวคลอด จนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับการคลอด ซึ่งหลักการฝึกทักษะเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์มี 3 ระยะคือ 1) ระยะให้การศึกษา เป็นช่วงรับข้อมูลที่เกี่ยวกับทักษะวิธีการเผชิญที่คาดว่าจะใช้ได้ผล 2) ระยะฝึกฝนทั้งด้านการคิด และการฝึกพฤติกรรมการตอบสนอง เพื่อให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติ 3) ระยะนำไปใช้ คือใช้ทักษะที่เรียนรู้และฝึกฝนมาแล้วในสถานการณ์จริง (Cameron & Meichenbaum, in Goldberg & Breznitz, eds. 1982: 702-707)

ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการเตรียมตัวคลอด ได้แก่ สภาพการณ์จริงในห้องคลอด และลักษณะทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์

1) สภาพการณ์จริงในห้องคลอดเป็นอย่างไรในทางปฏิบัติ ญาติเข้าไปดูแลในห้องคลอดได้หรือไม่ มีเจ้าหน้าที่ดูแลเป็นรายบุคคลหรือไม่ ผู้คลอดมีโอกาสเลือกและตัดสินใจเพียงใด กิจกรรมที่ผู้คลอดปฏิบัติได้ วิธีการเบ่งคลอด ข้อมูลที่สอนเตรียมตัวคลอดต้อง

สอดคล้องกับสถานการณ์จริงในห้องคลอด แพทย์และพยาบาลควรทราบข้อมูลจากผู้คลอดที่ได้รับในการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้คลอด และสามารถสนับสนุนผู้คลอดให้ใช้วิถีเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ตามที่เตรียมตัวมา

2) ลักษณะทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ข้อจำกัดในการเตรียมตัวคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาและเศรษฐกิจต่ำคือ การขาดแรงจูงใจ ดังนั้นการเตรียมตัวคลอด จึงควรเป็นแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย เลือกเวลาที่ผู้รับบริการสะดวก ใช้นเวลาน้อย อาจสอนเพียงครั้งเดียวหรือสองครั้ง เนื้อหาและภาษาเข้าใจง่าย มีเอกสารให้กลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ควรจัดเป็นลักษณะพูดคุยกันมากกว่าเป็นชั้นเรียน โดยจัดเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้รู้จักสมาชิกเป็นรายบุคคล ทำทางและบรรยากาศในการสอน การเอาใจใส่และความเข้าใจหญิงตั้งครรภ์สำคัญกว่าจำนวนข้อมูลที่สอน และไม่อาจคาดหวังเต็มที่ว่าทุกคนที่เข้ารับการเตรียมตัวคลอดจะกลับไปอ่านและฝึกตามที่สอนไป (Hassid 1984: 183-185; Kitzinger 1977: 117, 131-132) สิ่งที่สำคัญที่สุดที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ คือ แรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในธรรมชาติของกระบวนการคลอดว่า ทุกคนสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ และผ่านการคลอดได้โดยปลอดภัย (Lindell 1988: 111)

ข้อมูลสำหรับการเตรียมตัวคลอดในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ 2) การฝึกหายใจ และฝึกผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด 3) การเบ่งคลอด

1) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ หลักการคือ ถ้าให้ข้อมูลสามชนิดร่วมกัน ได้แก่ สาเหตุของความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ และวิถีเผชิญ จะช่วยลดทั้งความวิตกกังวลและความเจ็บปวดทุกข์ทรมานด้วย (Wells 1984: 55) ข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์มักต้องการทราบเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ อาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อจะคลอด จะทราบได้อย่างไรว่าเริ่มเข้าระยะคลอด ร่างกายมีปฏิกิริยาอย่างไร จิตใจรู้สึกอย่างไร แพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลอย่างไร ผู้คลอดจะช่วยเหลือตัวเองได้อย่างไร ในการสอนควรใช้คำพูดที่แพทย์และพยาบาลใช้เพื่อ

ให้หญิงตั้งครรภ์เคยชิน เช่น ปากมดลูกเปิดขยาย แรงเบ่ง การตัดฝีเย็บ มดลูกหดตัว เป็นต้น (Williams & Booth 1980: 77-78) อาจเปรียบเทียบลักษณะการหดตัวของมดลูกเหมือนคลื่นคือ มดลูกค่อย ๆ เริ่มแข็ง แข็งมากขึ้นจนแข็งที่สุด แล้วคลายตัวลงเรื่อย ๆ จนเป็นปกติ และอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจว่า การหดตัวของมดลูกคือการทำงานของมดลูก เพื่อให้ปากมดลูกเปิดขยายออก ส่วนการบอกให้ทราบเกี่ยวกับอาการที่ควรมาโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อมาคลอด การตรวจแรกรับไว้ในห้องคลอด การปฏิบัติตัวในระยะต่าง ๆ ของการคลอด จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทำให้ได้รับบริการโดยสะดวก

2. การฝึกหายใจและฝึกผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การหายใจลึก ๆ ด้วยกระบังลมช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนดีที่สุด เป็นวิธีหายใจขณะทำสมาธิ ซึ่งช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด และส่งเสริมการผ่อนคลายร่างกาย (Janis, Defares & Grossman, in Selye, ed. 1983: 8; Langner & Innes 1980: 7) เนื่องจากหายใจลึก ๆ ช่องอกขยายและกระบังลมเคลื่อนขึ้นลง ทำให้มีแรงดันอ่อน ๆ ที่ตับ กระเพาะอาหาร และอวัยวะภายในอื่น ๆ พร้อมกับจังหวะการเคลื่อนตัวของปอด ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตและเมตาบอลิซึมของร่างกาย การหายใจลึก ๆ ยาว ๆ ยังช่วยให้บุคคลรู้สึกตัวดี และหยุดความคิดที่สับสนได้ (พุทธทาสภิกขุ 2531: 33-34, 103-104) ส่วนการหายใจระดับต่าง ๆ ในการเตรียมคลอดแบบลามาช ทำให้ผู้คลอดเสียพลังงานจากการควบคุมการหายใจ และผู้คลอดที่ไม่มีคนคอยกำกับจังหวะ (coach) อาจหายใจตามที่ฝึกได้ยาก (Noble 1981: 14-16) วิธีหายใจที่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์ จึงควรเป็นการหายใจลึก ๆ ช้า ๆ ด้วยกระบังลม โดยหายใจเข้าทางจมูก แล้วผ่อนลมหายใจออกทางริมฝีปากคล้ายเป่าเทียน ซึ่งโดยธรรมชาติผู้คลอดจะหายใจเร็วขึ้นเมื่อปากมดลูกเปิดมากขึ้น อย่างไรก็ตามหลายคนให้ความเห็นว่า วิธีหายใจที่ดีที่สุดขณะเจ็บครรภ์คือ การหายใจด้วยจังหวะ ระดับ และอัตรา ที่เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละคนดีกว่ากำหนดรูปแบบการหายใจอย่างเฉพาะเจาะจง และการหายใจลึก ๆ ช้า ๆ จะช่วยผ่อนคลายดีกว่าหายใจตื้น (Dick-Read 1984: 52; Kitzinger 1977: 186-189; Williams & Booth 1980: 92-93)

ในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก พบว่าการฝึกผ่อนคลายเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับทำให้ความรู้ และการฝึกหายใจ (Geden et al. 1985: 155-165) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคที่ต้องฝึก จึงเป็นเรื่องยากที่จะขอให้ผู้คลอดที่ไม่ได้ฝึกมาก่อน ผ่อนคลายกล้ามเนื้อขณะเจ็บครรภ์

วิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อมี 2 แบบ คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่แล้วคลาย กับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน วิธีฝึกอย่างง่ายที่สุดทำโดยนั่งหรือนอนในท่าที่สบาย งอข้อต่อทุกส่วน หลับตา สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อ แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ง่ายอีกแบบหนึ่งคือ การลูบหน้าท้อง (Effleurage) เป็นการผ่อนคลายโดยใช้สัมผัส (Touch relaxation) ซึ่งเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่ผิวหนังหน้าท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตุ ทำโดยวางอุ้งมือสองข้างเหนือหัวหน้า ลูบเบา ๆ ขึ้นด้านข้างหน้าท้อง จนถึงยอดมดลูก พร้อมกับหายใจเข้าช้า ๆ แล้วลูบลงตรง ๆ มาที่หัวหน้า พร้อมกับหายใจออกช้า ๆ ควรทำตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ และทำทุกครั้งที่มดลูกหดตัว ส่วนการบรรเทาอาการปวดหลังบริเวณก้นกบ ควรใช้แรงกดค่อนข้างแรง โดยใช้กำปั้นหรือลูกเทนนิสคลึงบริเวณที่ปวดขณะมดลูกกำลังหดตัว (Reeder & Martin 1987: 518-519) วิธีหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อดังกล่าวมานี้ เป็นวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ ซึ่งช่วยให้ผู้คลอดมีจิตใจและร่างกายที่สงบ มีสติและควบคุมตนเองได้

3. การเบ่งคลอด การเบ่งแบบกลั้นลมหายใจ (Valsalva) กระตุ้นปฏิกิริยาสะท้อนเกี่ยวกับการหายใจในเมดัลลา (Medulla) และตัวรับความดันในเอออร์ตา (Aorta) ทำให้มีการปรับเปลี่ยนความดันเร็วเกินไป เกิดภาวะเสียสมดุลของความดันในระบบต่างๆ ของร่างกาย เกิดคลื่นไฟฟ้าสมองและคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (Noble 1981: 9) จากการศึกษาวิธีเบ่งคลอดในผู้คลอดที่ไม่เคยได้รับการสอนเบ่งคลอด 21 คน พบว่าร้อยละ 75 เบ่งแบบมีลมออกมา มีเพียงร้อยละ 25 เบ่งแบบกลั้นลม และพบว่าระยะเวลาในการเบ่ง

แต่ละครั้งสั้นลงเรื่อย ๆ (Roberts et al. 1987: 48-55) จากการศึกษาของคาลเดโร-บาเซีย (Caldeyro-Barcia; cited in Noble 1981: 16-19) ในหญิงที่เบ่งเองโดยไม่มีผู้บอกจังหวะ พบว่าเบ่งได้ 4 ครั้งในการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง และเบ่งนานครั้งละ 5 วินาที ช่วงพักระหว่างการเบ่ง 2 วินาที ในเรื่องสภาพทารกแรกเกิดพบว่า คชแนแอนพการไม่แตกต่างกัน ระหว่างผู้ที่มีระยะเวลาเบ่งคลอดยาวนานกว่าปกติ กับผู้คลอดที่มีระยะเวลาเบ่งคลอดปกติ

เมื่อปากมดลูกเปิดหมดอาจมีช่วงพักนาน 10 ถึง 20 นาที ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ผู้คลอดรู้สึกสบาย ง่วง ไม่มีลมเบ่ง (Bobak & Jensen 1987: 455) ลมเบ่งเกิดขึ้นเมื่อหัวเด็กกดต่ำ จนกระตุ้นสเตรตซ์รีเซพเตอร์ (Stretch receptor) ในอู้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ระดับออกซิโตซิน (Oxytocin) เพิ่มขึ้น ปฏิกริยานี้คือเฟอ์กูสันรีเฟล็กซ์ (Ferguson's reflex) (Noble 1981: 16) ทำให้ผู้คลอดอยากเบ่งมาก จึงควรให้เบ่งในช่วงนี้ โดยไม่ต้องกลั้นหายใจ และเบ่งนานไม่เกิน 5 วินาที ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน ท่าคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ให้ผู้คลอดเลือกท่าที่สบายที่สุด (Jensen & Bobak 1985: 388) แต่ในการศึกษาครั้งนี้สอนให้เบ่งแบบกลั้นลมหายใจ นานไม่เกิน 10 วินาที ตามแบบของวราวูธ สุมาวงศ์ (2527: 270) ซึ่งเป็นแบบที่ปฏิบัติกันในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในปัจจุบัน โดยสูดลมหายใจเข้าออกยาว 1 ถึง 2 ครั้ง ครั้งที่สามสูดหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นลมหายใจ ออกแรงเบ่งลงไปทางช่องคลอด นับ 1 ถึง 10 ในใจ แล้วหายใจออก

การเตรียมตัวคลอดจัดเป็นการสนับสนุนคำจูนด้านความรู้ข้อมูล ในขณะที่เดียวกันก็มีผลด้านอารมณ์จิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกได้รับความเอาใจใส่ ความห่วงใย และส่งเสริมการแก้ปัญหาคือ แนววิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ การเตรียมตัวคลอดจึงให้ปัจจัยทั้งสามประการ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง ระบบเกือหนุนคำจูนในสถานการณ์เฉพาะหน้า และวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้เหมาะสมตามแนวคิดของอิกิลร่า เมสลิค และฟาร์เรลตั้งกล่าวมาแล้ว จึงคาดหวังว่าการเตรียมตัวคลอด จะสามารถช่วยให้ผู้คลอดผ่านการคลอดได้ด้วยดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติในการขับทารกและผลผลิตของการตั้งครรภ์ออกมาภายนอก โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ แรงหดรัดตัวของกล้ามเนื้อดลูก แรงจากการเบ่งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลม ลักษณะของช่องทางคลอด ลักษณะของทารก และสภาพจิตใจของผู้คลอด ในผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด ความเจ็บปวดจากการคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาต้านร่างกายร่วมกับจิตใจ โดยเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ อาจมีผลรบกวนการทำงานของมดลูก ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า และภาวะแทรกซ้อนในการคลอด เนื่องจากการรับรู้เหตุการณ์เบี่ยงเบนจากความเป็นจริง ขนาดแรงสนับสนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า และขนาดวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลสูงในระยะคลอด รับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร และบทบาทการเป็นมารดา ตลอดจนก่อกวนการคลอดครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการเผชิญกับภาวะเครียด มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้คลอด โดยวิธีให้การเตรียมตัวคลอดแก่ผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ซึ่งคาดหวังว่า จะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ และการคลอด มีโอกาสฝึกวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ จนสามารถนำมาใช้ในขณะเจ็บครรภ์จริง และผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรรค์ กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับ

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ หญิงตั้งครรรค์ที่มาฝากครรรค์ และคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2534 การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติที่นำเข้าในการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

1. เป็นหญิงครรรค์แรก อายุครรรค์ 36 - 42 สัปดาห์
2. ไม่มีภาวะเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรรค์และระยะคลอด
3. ฝากครรรค์อย่างน้อย 2 ครั้ง
4. มีอายุ 16 ถึง 35 ปี
5. สามารถอ่าน ฟังและพูดภาษาไทยได้ดีพอควร
6. มีสามี และต้องการบุตร
7. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่ติดยาเสพติด
8. ทารกในครรรค์มีชีวิต และไม่มีความพิการ
9. ทารกในครรรค์อยู่ในท่าปกติที่มีศีรษะเป็นส่วนนำ
10. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา



คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา ได้แก่

1. ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. ได้รับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal or Epidural block)
3. คลอดบุตรเกิดไร้ชีพ บุตรไม่แข็งแรงหรือมีความผิดปกติ
4. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือต้องล้วงรก
5. เป็นเจ้าหน้าที่หรือญาติของเจ้าหน้าที่ หรือเป็นคนไข้ส่วนตัวของแพทย์

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ในระยะตั้งครรภ์ 56 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์จากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวนกลุ่มละ 28 คน การแบ่งกลุ่มกระทำโดยกำหนดให้ผู้ที่มีฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ที่มีฝากครรภ์วันพุธวันพฤหัสบดี และวันศุกร์เป็นกลุ่มทดลอง โดยใช้เกณฑ์จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกัน แล้วจับฉลากกลุ่ม มีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง 2 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีผู้ปฏิเสธ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผ่าตัดคลอด 5 และ 7 ราย และวัดความวิตกกังวลระยะคลอดไม่ได้ 2 และ 1 รายตามลำดับ กลุ่มทดลองวัดการรับรู้ประสบการณ์คลอดไม่ได้เนื่องจากไม่มีญาติมาเยี่ยม 1 ราย เหลือตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลขนาด 320 เตียง ให้บริการรับฝากครรภ์ในวันราชการตั้งแต่เวลา 8:30-12:00 ตรวจครรภ์โดยแพทย์วันละ 3 ท่าน จำนวนผู้ฝากครรภ์เฉลี่ยวันละ 100 ราย ไม่จำกัดอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาสุขภาพ จะปรึกษาแพทย์ที่ตรวจครรภ์ ภายหลังจากตรวจครรภ์ครั้งแรก จะนัดหญิงตั้งครรภ์มาฟังผลเลือด และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองระยะตั้งครรภ์โดยสอนเป็นกลุ่ม ซึ่งไม่มีการสอนเกี่ยวกับการคลอดและวิธีปฏิบัติตนระยะคลอด

ห้องคลอดรับหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง ทั้งหญิงที่ฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ สถิติการคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นค่อนข้างมาก คือ จาก 3,454 ราย ในปี พ.ศ.2531 เป็น 4,243 และ 4,645 ราย ในปี พ.ศ.2532 และ พ.ศ.2533 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มถึงร้อยละ 34.5 ภายในเวลาสองปี

การดูแลผู้คลอด ในช่วงที่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร ให้น้ำในท้อง รอคคลอด สามารถทำกิจกรรมได้ตามต้องการ และออกไปพบญาติที่หน้าห้องคลอดได้ เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรขึ้นไป ให้นอนในห้องคลอด โดยงดน้ำ อาหาร และยา ทางปากทุกชนิด ญาติเข้ามาในห้องคลอดไม่ได้ การให้ยาเร่งการคลอดกระทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ ยานรรเทาปวดที่ใช้คือ เมเพอริดีน (Meperidine) 50-75 มิลลิกรัม ฉีด เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นเลือดดำ ในรายที่ผู้คลอดต้องการและแพทย์สั่งให้ บุคลากรที่ดูแล ทำคลอด และเย็บแผลฝีเย็บเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด เวรเข้ามี 4-6 คน เวร บ่าย-ดึกมีเวรละ 3-4 คน ในรายที่การคลอดมีปัญหา หรือต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด พยาบาลจะรายงานนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ (Extern) ซึ่งมาจากคณะ แพทยศาสตร์ศิริราช และรายงานสูติแพทย์เป็นลำดับขั้น ในรายที่คลอดทางช่องคลอด ภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง จึงย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ส่วนทารกแรกเกิดนั้น พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้บริหารก่อนส่งไปให้ห้องเด็กแรกเกิดดูแล ซึ่งจะนำทารกมาอยู่กับ มารดาภายหลังคลอดแล้ว 6 ชั่วโมง และสภาพมารดาและทารกแข็งแรงดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. เอกสารการเตรียมตัวคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประกอบการเตรียมตัวคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยมีหัวข้อ ได้แก่ การเจ็บครรภ์ การคลอด การเตรียมร่างกาย และจิตใจเพื่อการคลอด อาการที่ควรมาโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเบ่งคลอด และระยะหลังคลอด มีขั้นตอนในการสร้างเอกสารการเตรียมตัวคลอดดังนี้

1.1 ศึกษาเนื้อหาเรื่องการเจ็บครรภ์ การคลอด วิธีการเตรียมตัวคลอด จากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกเนื้อหา และวิธีการที่ง่ายที่สุด ที่คาดว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความรู้เพียงอ่านออกเขียนได้จะสามารถเข้าใจ กำหนดเนื้อหาสำหรับการสอนเพียงครั้งเดียว ในเวลาไม่เกิน 60 นาที เรียบเรียงเนื้อหา เป็นเล่ม และวาดภาพประกอบ

1.2 นำเอกสารการเตรียมตัวคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ สติศาสตร์จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา รูปเล่ม และภาพประกอบ

1.3 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลองสอนหญิงตั้งครรภ์ที่มี ลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยฝากครรภ์ ปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งภายหลังทดลองสอน แล้วเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณา

2. ภาพพลิกประกอบการเตรียมตัวคลอด มีเนื้อหาสอดคล้องกับเอกสารการ เตรียมตัวคลอด สร้างโดยผู้วิจัยเขียนบทภาพพลิก นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไข แล้วให้เจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จัดทำ มี 20 ภาพ

3. แผนการเตรียมตัวคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเอกสารการเตรียมตัวคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการสอนเตรียมตัวคลอด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจแก้ไข

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลสถานภาพส่วนตัว การเตรียมตัวคลอด (ตั้งในภาคผนวก ข)

2. แบบวัดการรับรู้ประสบการณ์คลอด เป็นเครื่องมือที่เขาวลักษณะ เสรีเสถียร (2530) เรียบเรียงและดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์คลอดของมาร์ตและเมอร์ เซอร์ (Marut & Mercer 1979: 260-266) เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้สึก ความคิดเห็น

ของผู้คลอดต่อการเจ็บครรภ์และการคลอดของตน มีข้อคำถามปลายปิด 28 ข้อ เป็นข้อความลักษณะทางบวก 20 ข้อ ข้อความลักษณะทางลบ 8 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือตั้งแต่ไม่เป็นจริงเลย จนถึงเป็นความจริงมากที่สุด ให้เลือกคำตอบแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว ข้อความลักษณะทางบวก ให้คะแนนตามหมายเลขที่ตอบ ส่วนข้อความลักษณะทางลบ ให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนตั้งแต่ 28 ถึง 140 คะแนน คะแนนมากหมายถึงการรับรู้ประสบการณ์คลอดเป็นไปในทางที่ดี คะแนนน้อยหมายถึงการรับรู้ประสบการณ์คลอดเป็นไปในทางที่ไม่ดี (ดังในภาคผนวก ค)

3. แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล ดัดแปลงจากแบบสอบถามความวิตกกังวลของ จวี เขาทรวง (2526: 56-58, 108-110) ซึ่งเรียบเรียงจากแบบวัดความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เจอร์ ชุง ลาฟลิน และแกรแอมกับคอนเลย์ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน (State Anxiety) มีข้อคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ ลักษณะทางบวกและทางลบอย่างละ 11 ข้อ ให้เลือกคำตอบตั้งแต่ 1 ถึง 4 ซึ่งหมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกเลยจนถึงตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ข้อความที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนตามหมายเลขที่ตอบ ส่วนข้อความที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนระหว่าง 22 ถึง 88 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีระดับความวิตกกังวลสูง คะแนนน้อยหมายถึงมีระดับความวิตกกังวลต่ำ (ดังในภาคผนวก ง)

4. แบบวัดระดับความเจ็บปวด (Visual Analogue Scale) เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 บนเส้นตรง แทนระดับความเจ็บปวดคือ ตั้งแต่ไม่เจ็บปวดเลย จนถึงรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด (ดังในภาพที่ 3) เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เชื่อถือได้ (McGuire 1984: 153; Reading, in Wall & Melzack, eds. 1984: 196-197; Wewers & Lowe 1990: 231-233) การให้คะแนนให้กากบาทลงบนจุดที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวด แล้ววัดความยาวจากจุดเริ่มต้นถึงจุดที่กากบาทหน่วยเป็นเซนติเมตร และให้คะแนนตามความยาวที่วัดได้ คือ 0 ถึง 10 คะแนน

3. แบบวัดระดับความเจ็บปวด นำไปทดลองใช้กับผู้คลอดในระยะแรกรับและระยะปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดสามารถตอบได้ ในการศึกษาที่ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เนื่องจากรีวิลและคณะ (Revill et al., cited in McGuire 1984: 153; Wewers & Lowe 1990: 230) ได้นำแบบวัดระดับความเจ็บปวดนี้ไปใช้ โดยหาค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำในหญิงระยะคลอดได้ค่าความเที่ยงสูงถึง 0.95 สัจจินตนาพันธ์กุล (2532: 62) ก็ได้เคยใช้แบบวัดนี้ ในการศึกษาเปรียบเทียบ ผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอด ระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน โดยไม่ได้หาค่าความเที่ยง

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในระยะคลอด เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน กระทำโดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกสัมภาษณ์ความวิตกกังวลตามแบบสัมภาษณ์ และฝึกใช้เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดกับผู้คลอดที่ปากมดลูกเปิดหมด จนผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือได้คล่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
2. การเลือกตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์ กระทำโดยผู้วิจัยไปที่หน่วยฝากครรภ์ทุกวันในเวลา 8:30 -11:00 น. เลือกตัวอย่างโดยดูจากบัตรฝากครรภ์ว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนด การจัดตัวอย่างเข้ากลุ่ม และวิธีดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้ :-

2.1 ในวันจันทร์และวันอังคาร จัดตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม เมื่อเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหญิงตั้งครรภ์และขอความร่วมมือ

ในการศึกษาวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลสถานภาพส่วนตัว และสัมภาษณ์ความวิตกกังวลตามแบบ สัมภาษณ์ ติดบัตร เลขที่กลุ่มตัวอย่างที่บัตรฝากครรภ์ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการติดตามกลุ่ม ตัวอย่าง

2.2 ในวันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ จัดตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดย เมื่อเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหญิงตั้งครรภ์ และขอ ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย นัดเตรียมตัวคลอดเวลา 11:00-12:00 น. ที่ห้องประชุม สาขาสูติรีเวชกรรม อาคาร 1 ชั้น 2 ใกล้ห้องคลอด วันละ 2 ถึง 5 คน ก่อนการ เตรียมตัวคลอดผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลสถานภาพส่วนตัว และความวิตกกังวลตามแบบสัมภาษณ์ ติดบัตร เลขที่กลุ่มตัวอย่างที่บัตรฝากครรภ์ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การเตรียมตัวคลอดกระทำเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมาพร้อมกัน ผู้วิจัยแจก เอกสารการเตรียมตัวคลอดคนละ 1 เล่ม ให้เปิดดู และพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยนาน 5 ถึง 10 นาที แล้วดำเนินการตามแผนการเตรียมตัวคลอด โดยใช้ภาพพลิกและเอกสาร การเตรียมตัวคลอดประกอบ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามปัญหาตลอดจนพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกันเองด้วย ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที ให้หญิงตั้งครรภ์นำเอกสาร การเตรียมตัวคลอดกลับไปอ่านทบทวนและฝึกเตรียมตัวคลอดที่บ้าน

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้มาคลอด เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทราบจากบัตร เลขที่กลุ่มตัวอย่างที่ติดกับบัตรฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดติดต่อให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ทราบ ผู้วิจัยให้ผู้คลอดกากบาทคะแนนความเจ็บปวดขณะนั้นในแบบวัดระดับความเจ็บปวด ครั้งแรก บันทึกคะแนนความเจ็บปวดกับผลการตรวจปากมดลูก จากนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องคลอด โดยผู้วิจัยไม่ได้ให้การพยาบาลใด ๆ

4. เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความวิตกกังวลในขณะมดลูกคลายตัว และให้ผู้คลอดกากบาทคะแนนความเจ็บปวดในแบบวัดระดับความเจ็บปวดเป็นครั้งที่สอง

5. ภายหลังคลอด ผู้วิจัยสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยสัมภาษณ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อนแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และได้สัมภาษณ์และพูดคุยกับญาติภายหลังคลอดแล้ว การสัมภาษณ์ทำในเวลา 7:00-19:00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ คะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด คะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ (t-test)
2. เปรียบเทียบจำนวนตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวด ยาเร่งการคลอด การได้เพศบุตรตามต้องการด้วยไคสแควร์ (χ^2)
3. ทดสอบอิทธิพลของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองต่อคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองด้วยวิเคราะห์การถดถอย (Regression analysis) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยปรับด้วยคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวล ความเจ็บปวดในการคลอด ระยะเวลาคลอด การรับรู้ประสบการณ์คลอด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์คลอด และผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 40 ราย มีอายุระหว่าง 17-31 ปี ระดับการศึกษาระหว่าง 4-12 ปี รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 2,400-15,000 บาท น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,170-3,800 กรัม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอายุ รายได้ ระดับการศึกษาและน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน สัดส่วนจำนวนตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการได้รับยาบรรเทาปวด การได้รับยาเร่งการคลอด การได้เฝ้าบุตรตามต้องการไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 และ 2

ในด้านวิธีการคลอด กลุ่มทดลองคลอดเอง 19 ราย คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ 1 ราย เนื่องจากระยะเบ่งคลอดยาวนานกว่าปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมคลอดเองทั้ง 20 ราย สภาพทารกแรกเกิดทุกรายมีคะแนนแอสการ์ไม่ต่ำกว่า 7 ในนาทีที่หนึ่ง และไม่ต่ำกว่า 10 ในนาทีที่ 5 ภายหลังจากเตรียมตัวคลอดของกลุ่มทดลองร้อยละ 50 ได้ฝึกตามที่สอนทุกวัน ส่วนอีกร้อยละ 50 ฝึกนาน ๆ ครั้ง หรือไม่ได้ฝึกเลย แต่ได้อ่านบททวนเอกสารการเตรียมตัวคลอดทุกวัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว น้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	นิสัย	\bar{X}	SD	t
อายุ (ปี) กลุ่มทดลอง	17-31	22.3	4.13	
กลุ่มควบคุม	18-27	22.45	2.94	0.132 ^{***}
ระดับการศึกษา (ปี)				
กลุ่มทดลอง	4-12	6.95	2.39	
กลุ่มควบคุม	4-12	6.65	2.85	0.360 ^{***}
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
กลุ่มทดลอง	3,000-11,000	6,535	2198.39	
กลุ่มควบคุม	2,400-15,000	6,050	2136.56	0.707 ^{***}
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)				
กลุ่มทดลอง	2,170-3,800	2,978	458.79	
กลุ่มควบคุม	2,390-3,750	3,040	337.65	0.486 ^{***}

*** P > .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการได้ยาบรรเทาปวด ยาเร่งการคลอด การได้เพศบุตรตามต้องการของกลุ่มตัวอย่างด้วยไคสแควร์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
ได้รับยาบรรเทาปวด	6	14	8	12	0.012 ^{***}
ได้รับยาเร่งการคลอด	11	9	11	9	0
ได้เพศบุตรตามต้องการ	15	5	17	3	0.156 ^{***}

*** P > .05

2. ความวิตกกังวล

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลในระยะคลอดต่ำกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

ความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 35.35 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม 35.55 คะแนน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตารางที่ 3 ความวิตกกังวลระยะคลอดของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 45.25 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม 50.25 คะแนน ความวิตกกังวลระยะคลอดทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นจากระยะตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 4

เมื่อทดสอบอิทธิพลของคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองต่อคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดด้วยการวิเคราะห์การถดถอย พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 37} = 5.33; P < .05$) จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยปรับด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตารางที่ 5 ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ

กลุ่มตัวอย่าง	n	ช่วงคะแนน	พิสัย	\bar{X}	SD	t
กลุ่มทดลอง	20	22-88	26-42	35.35	4.21	0.108 ^{***}
กลุ่มควบคุม	20	22-88	27-49	35.55	7.16	

*** $P > .05$

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะตั้งครรภ์			ระยะคลอด		
	พิสัย	\bar{X}	SD	พิสัย	\bar{X}	SD
กลุ่มทดลอง	26-42	35.35	4.21	28-63	45.25	12.48
กลุ่มควบคุม	27-49	35.55	7.16	27-71	50.25	12.94

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยมีคะแนนความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์เป็นตัวแปรร่วม (n=40)

แหล่งความแปรปรวน	df	SSy'	MSy'	F
ระหว่างกลุ่ม	1	235.60	235.60	1.64 ^{***}
ภายในกลุ่ม	37	5325.60	143.94	
รวม	38	5561.20		

*** P>.05

3. ความเจ็บปวดในการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ มีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดทั้งเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด และเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตารางที่ 6 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 2 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดจำแนกตามช่วงเวลาด้วยสถิติ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	n	พิสัย	\bar{X}	SD	t
ความเจ็บปวดแรกรับ					
กลุ่มทดลอง	20	1-10	4.4	2.21	0.703 ^{***}
กลุ่มควบคุม	20	1-9	4.85	2.18	
ความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด					
กลุ่มทดลอง	20	6-10	8.9	1.25	0.329 ^{***}
กลุ่มควบคุม	20	5-10	9.05	1.61	

*** $P > .05$

4. ระยะเวลาคลอด

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ มีระยะเวลาคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

กลุ่มทดลองมีระยะเวลาคลอดเฉลี่ย 10.34 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาคลอดเฉลี่ย 8.47 ชั่วโมง ระยะเวลาคลอดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตารางที่ 7 ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 3 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาคลอดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติที

กลุ่มตัวอย่าง	ช่วงระยะเวลาคลอด (ชม.)	\bar{X}	SD	t
กลุ่มทดลอง	3.42-17.75	10.34	4.09	1.482 ^{***}
กลุ่มควบคุม	3.67-18.4	8.47	3.86	

*** $P > .05$

5. การรับรู้ประสบการณ์คลอด

สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ มีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

คะแนนของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 98 ถึง 132 คะแนนเฉลี่ย 118.6 ส่วนคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 85 ถึง 126 คะแนนเฉลี่ย 108.5 เปรียบเทียบโดยการทดสอบที พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ดังตารางที่ 8 ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 4 จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที

กลุ่มตัวอย่าง	n	ช่วงคะแนน	พิสัย	\bar{X}	SD	t
กลุ่มทดลอง	20	28-140	98-132	118.6	8.88	3.165**
กลุ่มควบคุม	20	28-140	85-126	108.5	11.16	

** $p < .01$

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์คลอด

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์คลอด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลระยะคลอด และความเจ็บปวดในการคลอด มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.332, P < .05$; $r = -0.475, P < .01$; $r = -.356, P < .05$ ตามลำดับ) แต่ระยะเวลาคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอด ($r = -0.026, P > .05$) ดังตารางที่ 9 ดังนั้น ผลการวิเคราะห์จึงตอบคำถามการวิจัยบางส่วน

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์
 คลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	r	t
ความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์	-0.332	2.167 [*]
ความวิตกกังวลระยะคลอด	-0.475	3.331 ^{**}
ความเจ็บปวดในการคลอด	-0.356	2.351 [*]
ระยะเวลาคลอด	-0.026	0.157 ^{***}

* P < .05

** P < .01

*** P > .05

7. ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากผลการศึกษา พบว่า สมมติฐานข้อที่ 1 - 3 ไม่ได้รับการสนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 4 ได้รับการสนับสนุนเพียงข้อเดียว นั่นคือผู้คลอดที่ได้รับและไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ จะมีความวิตกกังวล ความเจ็บปวดในการคลอด และระยะเวลาคลอดไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ประสบการณ์คลอด ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์คลอด ในทางที่ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และ การรับรู้ประสบการณ์คลอด ผลการศึกษาตอบรับสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 22.3 และ 22.45 ปี ตามลำดับ ซึ่งเป็นช่วงวัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมแก่การมีบุตรคนแรก (20 ถึง 30 ปี) ระดับการศึกษาเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 6.95 และ 6.65 ปี ตามลำดับ เท่ากับจบชั้นประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือ 6,535 และ 6,050 บาท ตามลำดับ จัดอยู่ในระดับปานกลางสำหรับครอบครัวที่เพิ่งเริ่มต้น น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดคือ 2,978 กรัม ในกลุ่มทดลอง และ 3,040 กรัม ในกลุ่มควบคุม จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติของทารกแรกเกิดครบกำหนด จากการทดสอบค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวด ยาระงับการคลอด เพศบุตรตามต้องการ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันด้วย เพิ่มความเชื่อมั่นในความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองในปีวิจัย บางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย

2. ความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลระยะคลอดไม่แตกต่างกับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด ซึ่งขัดแย้ง

กับการศึกษาของกัญจนี พัลลิสะ (2530: ก-ข) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนการผ่าตัดคลอด มีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสอน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสาเหตุสองประการ ประการแรก ได้แก่ ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยเกินไป มีกำลังในการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติไม่เพียงพอ เพราะเมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง จากตารางที่ 4 จะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มทดลอง สาเหตุประการที่สอง ได้แก่ จุดอ่อนของแบบการวิจัยคือ การที่ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้คลอดเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จริง และได้คอยดูแลสนับสนุน (coach) ให้ผู้คลอดสามารถใช้วิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ ตามที่ได้เตรียมตัวคลอด ซึ่งทำให้แรงเกือหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกัน และถ้านิยามคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มน่าจะได้รับความสนับสนุนค้ำจุนในระยะคลอดจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพอย่างเพียงพอ

จากการศึกษาของฉวี เขาทรวง (2526: ก-ข, 79-81) ได้พบว่า การให้คำแนะนำเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ แต่ถ้าให้คำแนะนำร่วมกับการช่วยลูบหน้าท้องในขณะดลุกหดตัว สามารถลดความวิตกกังวลได้ เป็นการสนับสนุนเหตุผลประการที่สอง ในแง่ที่ว่า แรงสนับสนุนค้ำจุนที่ผู้คลอดได้รับในขณะเจ็บครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเพียงพอและไม่ต่างกัน จึงทำให้ความแตกต่างในปัจจุบันด้านการรับรู้เหตุการณ์อย่างถูกต้อง และการทราบวิธีเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์มาก่อนจากการเตรียมตัวคลอดไม่อาจทำให้คะแนนความวิตกกังวลระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันได้

จากการศึกษาของโลวี (Lowe 1989: 237-245) ในหญิงครรภ์แรกและครรภ์หลังที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 134 ราย พบว่าความวิตกกังวลระยะคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวคลอด แต่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด (ซึ่งหมายถึง การให้คำแนะนำ ความรู้ หรือ

การเตรียมตัวตลอดที่จะมีผลลดความวิตกกังวลได้ ต้องสามารถสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาอื่นที่กล่าวมาข้างนี้จึงเป็นข้อสนับสนุนว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนคำจูงใจในขณะเจ็บครรภ์จากพยาบาล จนมีความเชื่อมั่นในความสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ จึงจะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอดได้

3. ความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดที่ได้รับ กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดไม่แตกต่างกัน ทั้งระยะแรกวัยและเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ดังตารางที่ 6 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีการฝึกผ่อนคลายไม่เพียงพอ ผลในการลดความเจ็บปวดจากการหายใจและลูบหน้าท้อง เกิดขึ้นจากการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข ซึ่งการศึกษาของระวีพรรณ มงคล (2529: ข-ค, 75) พบว่า ต้องมีการฝึกผ่อนคลายอย่างน้อย 3 ครั้งในระยะก่อนผ่าตัด จึงจะช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง การศึกษาครั้งนี้เริ่มการเตรียมตัวคลอดช้าเกินไป ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ 28 ถึง 32 สัปดาห์ เพื่อให้โอกาสแก่หญิงที่คลอดก่อนกำหนดได้เตรียมตัวคลอดด้วย ซึ่งเหตุผลที่การศึกษานี้เริ่มการสอนที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เพราะต้องการตัดตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดออก และการศึกษาครั้งนี้มีข้อบกพร่องที่มิได้ติดตามการฝึกของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจากการสอบถามภายหลังคลอด จึงทราบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนครึ่งหนึ่งในกลุ่มทดลองมิได้ฝึกตามเอกสารการเตรียมตัวคลอดที่แจกไป ดังนั้นเมื่อถึงระยะคลอดจึงสามารถใช้วิธีการหายใจและลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดได้ผลเฉพาะระยะเริ่มเจ็บครรภ์

จากประสบการณ์ของไอเยน กอว์เลอร์ (Ian Gawler 2531: 131) ที่ได้ทดลองวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งที่เขาต้องเผชิญ พบว่าการทำสมาธิและการผ่อนคลายเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด แต่ทั้งสองวิธีนี้ต้องอาศัยเวลาในการฝึกฝน ส่วนวิธีที่ง่ายที่สุดและได้ผลอย่างน่าแปลกใจคือ การสัมผัส

"คนที่อยู่ใกล้ตัวคุณอาจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแก่คุณได้อย่างดี การสัมผัสของผู้อื่นให้ผลที่น่าอัศจรรย์ใจ สัมผัสแห่งความเอื้ออาทรจากมือผู้อื่นจะทำให้จิตใจของเราสบายขึ้นมาก การสัมผัสเช่นนี้ทำให้ความเจ็บปวดในหลายกรณีทุเลาลงได้"

ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวตลอด ไม่ได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย ในขณะที่เจ็บครรภ์ จึงไม่มีผลในการลดความเจ็บปวด

จากการศึกษาของรสนุคนธ์ ลิมทวงค์ (2530: ก-ข, 84-88) ที่พบว่า การเตรียมคลอดแบบลามาช และช่วยลูบหน้าท้องในขณะที่เจ็บครรภ์ด้วย ทำให้ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ซึ่งดูเหมือนว่า การเตรียมตัวคลอดช่วยลดความเจ็บปวดในการคลอด แต่โบนิกา (Bonica, in Wall & Melzack, eds. 1984: 5) กล่าวว่า เขาได้พบว่าคุยกับผู้คลอดที่ฝึกเตรียมตัวคลอดแบบลามาชในยุโรปและอเมริกา ประมาณ 700 ราย สรุปว่า ผู้คลอดมากกว่าร้อยละ 85 แสดงพฤติกรรมเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงออกเลยในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด โดยส่วนใหญ่บอกว่าเจ็บปวดมากแต่มีความพอใจที่จะร่วมมือกับแพทย์และผู้สอนเตรียมตัวคลอด จึงพยายามควบคุมตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกับระดับความเจ็บปวดอาจไม่สัมพันธ์กัน คือผู้คลอดที่มีระดับความเจ็บปวดสูงอาจไม่แสดงพฤติกรรมเจ็บปวดออกมา (Reeder & Martin 1987: 502-503) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อดนอน โดยเฉพาะการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อความทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ของผู้คลอด (Melzack et al. cited in Bonica 1984: 381) ซึ่งในการศึกษานี้ ระยะเวลาคอดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างยาวนานและไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 7) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน แต่มิได้มีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดในครั้งนี้

4. ระยะเวลาคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาคลอดของผู้คลอดที่ได้รับกับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการศึกษาของรสนุคนธ์ ลิ้มทวงค์ (2530: 88) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีระยะเจ็บครรภ์เฉลี่ยเพียง 6:22 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เตรียมตัวคลอดมีระยะเจ็บครรภ์เฉลี่ยนาน 9:44 ชั่วโมง โดยไม่ได้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

แต่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นได้แก่ การศึกษาของฉวี เบาทรวง (2526: 66) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ผู้คลอดที่ได้รับคำแนะนำอย่างเฉียบ และผู้คลอดที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการสัมผัส มีระยะเวลาคลอดเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 11:39, 10:24 และ 10:44 ชั่วโมงตามลำดับ การศึกษาของละมัย วีระกุล และคนอื่น ๆ (2534: 30) พบว่า ระยะเวลาคลอดเฉลี่ยของผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับใกล้เคียงกัน คือ 7.51 และ 7.59 ชั่วโมงตามลำดับ การศึกษาของสุปราณี อัทธเสรี และคนอื่น ๆ (2533: 67) พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลด้านจิตใจในระยะคลอดกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีระยะเวลาคลอดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 9:32 และ 9:57 ชั่วโมง ตามลำดับ แสดงว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนว่า การเตรียมตัวคลอดหรือการให้คำแนะนำ และการพยาบาลในระยะคลอด ไม่มีผลต่อระยะเวลาคลอด

5. การรับรู้ประสบการณ์คลอด

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์คลอดเป็นปัจจัยเดียวที่มีความแตกต่างกัน ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับ กับผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด ซึ่งแสดงว่า การเตรียมตัวคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของละมัย วีระกุล และคนอื่น ๆ (2534: ก) ที่พบว่า การเตรียมตัวคลอดทำให้ผู้คลอดมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เตรียมตัวคลอด และการศึกษาของรสนุคนธ์

ลิ้มทวงค์ (2530: ก-ข) ที่พบว่า การเตรียมตัวคลอดช่วยให้ผู้คลอดมีพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดดีกว่า และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกแรกเกิดดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เตรียมตัวคลอด อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ ช่วยให้ผู้คลอดสามารถรับรู้เหตุการณ์ที่เผชิญได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และเมื่อประสบการณ์คลอดเป็นไปตามความคาดหวัง จึงรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในตารางที่ 8 จะเห็นว่า แตกต่างกันไม่มาก (คือ 118.6 และ 108.5 คะแนน) ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดรายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละข้อของกลุ่มทั้งสองใกล้เคียงกัน โดยมีคำถามสามข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันมากที่สุด ได้แก่ ความรู้สึกทุข์ทรมานในการคลอดครั้งนี้ ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเอาชนะความเจ็บปวดได้ขณะที่เจ็บครรภ์ และ ความรู้สึกขยาดและหวาดกลัวในระหว่างการคลอด ซึ่งคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลอง 3.25, 4.05 และ 4.1 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม 1.7, 3.15 และ 3.3 คะแนน ตามลำดับ (คือแตกต่างกัน 1.55, 0.9 และ 0.8 คะแนน) ในด้านความรู้สึกว่า ได้รับการดูแลช่วยเหลือในขณะเจ็บครรภ์ และได้รับการดูแลช่วยเหลือในขณะที่คลอด พบว่าคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันมาก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลอง 4.35 และ 4.8 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม 4.15 และ 4.7 ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มรับรู้ถึงแรงสนับสนุนคำจูงที่ได้รับจากพยาบาลในขณะเจ็บครรภ์และคลอดไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ประสบการณ์คลอดแตกต่างกัน ระหว่างผู้ที่ได้รับ กับผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด คือ ความแตกต่างกันในด้านรู้สึกทุข์ทรมาน ความกลัว และความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอดเน็ตและออสบอร์น (Hodnett & Osborn 1989: 287-297) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด มีความสามารถควบคุมตนเองได้ดีในขณะคลอด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนคำจูงจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพในการช่วยลดความกลัวและความรู้สึกทุข์ทรมานตลอดระยะการเจ็บครรภ์ และการที่ผู้คลอดมีความตั้งใจที่จะควบคุมตนเอง ในขณะเจ็บครรภ์ คือมีความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง

ดังนั้นการเตรียมตัวคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีอาจเป็นผลเนื่องจาก การเตรียมตัวคลอดทำให้ผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะควบคุมตนเอง ในขณะที่เจ็บครรภ์ และข้อมูลที่ได้รับจากการเตรียมตัวคลอดทำให้รับรู้สถานการณ์ถูกต้อง สอดคล้องกับประสบการณ์คลอดจริง และช่วยให้ผู้คลอดมีวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ซึ่งช่วยลดความกลัวและความรู้สึกทรมานได้ ร่วมกับการที่ผู้คลอดได้รับแรงสนับสนุนคำจูงใจจากญาติ สามี และเจ้าหน้าที่ในห้องคลอดอย่างเพียงพอในระยะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งเป็นตามแนวคิดในเรื่อง ปัจจัยสามประการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดของอากิลร่า เมสสิก และฟาร์เรล (Aguilera, Messick & Farrell 1986: 69-76)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์คลอด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาคคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอด ($r=-0.026$, $P>.05$) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของสุปราณี อัทธเสวี และเขาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2531: ก) ที่พบว่า ระยะเวลาคคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์คลอด อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแตกต่างกัน คือ การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้ที่คลอดทางช่องคลอด แต่การศึกษาของสุปราณี อัทธเสวี และเขาวลักษณ์ เสรีเสถียรเป็นการศึกษารวมถึงผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดด้วย

จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และความเจ็บปวดในการคลอดมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์คลอด ($r=-0.332$, $P<.05$; $r=-0.475$, $P<.01$; $r=-0.356$, $P<.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 9 บอกถึงแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี ได้แก่ การลดความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในขณะที่เจ็บครรภ์

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการศึกษาที่มีส่วนสนับสนุนความตรงของแนวคิดในการเผชิญภาวะเครียด ของอภิลร่า เมสสิค และฟาเรล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การเตรียมตัวตลอดส่งผลสนับสนุน ให้ผู้ตลอดมีการรับรู้ประสบการณ์ตลอดในทางที่ดี คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด การลดความกลัวและความรู้สึกทุกข์ทรมานในขณะเจ็บครรภ์ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผลมาจาก การรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และการได้ทราบวิธีเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์จากการเตรียมตัวตลอด ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนคำจูงเพียงพอในระยะคลอด

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1.1 ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นจากตัวผู้วิจัย ในการอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลของการวิจัย อาจทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างได้

1.2 การออกแบบการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเริ่มเตรียมตัวคลอดเมื่ออายุครรภ์มากเกินไป การเตรียมตัวคลอดครั้งเดียว โดยมีได้ติดตามผลว่า หญิงตั้งครรภ์สามารถฝึกได้และกลับไปฝึกหรือไม่ การที่มีได้ติดตาม หรือกระตุ้น (coach) ให้ผู้ตลอดสามารถใช้วิธีหายใจและลูบหน้าท้องตลอดระยะการเจ็บครรภ์ สิ่งเหล่านี้เป็นจุดที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้ด้อยในหลักการจัดการกระทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันมากที่สุด (Principle of maximize the systematic variables)

1.3 การมีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง อาจทำให้ผลการศึกษาของกลุ่มทดลอง มีส่วนเกิดจากความสนใจและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเอง (Self selection of the subject)

1.4 การตัดตัวอย่างจำนวนหนึ่งออกจากการศึกษา เนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อความตรงภายในของการศึกษาครั้งนี้

1.5 การสุ่มการจัดกระทำ (Random assignment) ในการศึกษาที่ไม่ได้สลับวันสุ่มเข้ากลุ่ม เช่น ในสัปดาห์แรกให้ผู้ฝึกครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเข้ากลุ่มควบคุม และอีกสามวันที่เหลือเข้ากลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ต่อไปให้ผู้ฝึกครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเข้ากลุ่มทดลอง และอีกสามวันที่เหลือเข้ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมในแต่ละวันอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง

1.6 การที่ไม่ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดความเจ็บปวดก่อนนำมาใช้ และการที่มีจุดแบ่งคะแนนบนเส้นตรงแทนความเจ็บปวด ย่อมมีผลกระทบต่อความตรงของคะแนนความเจ็บปวด

2. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity) ของงานวิจัย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้คลอดกลุ่มอื่นได้

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษา ผลของการเตรียมตัวตลอด ต่อ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และ การรับรู้ประสบการณ์คลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2534 โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นหญิงครรภ์แรก อายุครรภ์ 36 - 42 สัปดาห์ 2) ไม่มีภาวะเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด 3) ฝากครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง 4) มีอายุ 16 ถึง 35 ปี 5) สามารถอ่าน ฟังและ พูดภาษาไทยได้ดีพอควร 6) มีสามีและต้องการบุตร 7) ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่ติดยาเสพติด 8) ทารกในครรภ์มีชีวิตและไม่มีความพิการ 9) อยู่ในท่าปกติที่มีศีรษะ เป็นส่วนนำ 10) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ได้รับการผ่าตัดคลอด 2) ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง 3) บุตร มีความผิดปกติ หรือเกิดโรซีพ 4) ตกเลือดหลังคลอด หรือล้ารงรก 5) เป็นเจ้าหน้าที่ หรือญาติของเจ้าหน้าที่ หรือเป็นคนไข้ส่วนตัวของแพทย์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยมีการสุ่มจัดกลุ่มตามวันที่มา ฝากครรภ์ในสัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์

การวิจัยกระทำโดย ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ หน่วยฝากครรภ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง โดยใช้แบบวัด ความวิตกกังวลของฉวี เบาทรวง กลุ่มทดลองได้รับการสอนเตรียมตัวคลอดโดยผู้วิจัยตาม

แผนการเตรียมตัวคลอด โดยใช้ภาพพลิกและเอกสารการเตรียมตัวคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้เอกสารการเตรียมตัวคลอดให้กลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ในระยะคลอดวัดระดับความเจ็บปวดแรกรับ ด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิดเปรียบเทียบด้วยเส้นตรง (Visual Analogue Scale) เมื่อปากมดลูกเปิดหมด วัดระดับความเจ็บปวด และสัมฤทธิ์ความวิตกกังวลระยะคลอด ภายหลังคลอดแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ผู้วิจัยสัมฤทธิ์การรับรู้ประสบการณ์คลอด ข้อมูลสถานภาพส่วนตัว และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด ได้จากเวชระเบียนร่วมกับการสัมฤทธิ์

การวิเคราะห์ข้อมูล นำคะแนนความวิตกกังวลระยะคลอด ระยะเวลาคอด คะแนนความเจ็บปวด และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอด มาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) คะแนนความวิตกกังวลทั้งระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด คะแนนความเจ็บปวดในการคลอด และ ระยะเวลาคอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด โดยความวิตกกังวลระยะคลอด ความเจ็บปวดในการคลอด และระยะเวลาคอดไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

การนำไปใช้ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การเตรียมตัวคลอดช่วยให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ ช่วยลดความกลัว และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี และจากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง จึงควรมีการเตรียมตัวคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 ถึง 32 สัปดาห์ พาหญิงตั้งครรภ์ไปดูสภาพห้องคลอด เพื่อให้รู้สึกคุ้นเคย โดยสอนเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้ผู้สอนมีโอกาสพูดคุยซักถามหญิงตั้งครรภ์ทุกคน และให้หนังสือกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ควรเน้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่น ในความสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ มีการสอนอย่างน้อยสองครั้ง เพื่อให้มีโอกาสติดตามผลการสอน

จากการที่ความวิตกกังวลระยะคลอด ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการดูแลในระยะคลอดจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และทั้งสองกลุ่มรับรู้ถึง การดูแลช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลในระยะคลอด ในระดับคะแนนสูงใกล้เคียงกัน (จากคะแนนในแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์คลอด) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของแรงเกื้อหนุนค้ำจุนในระยะคลอดจากพยาบาล จึงมีข้อเสนอแนะ 3 ประการ คือ

- 1) ควรมีการประสานงานที่ดี ระหว่างหน่วยฝากครรภ์กับห้องคลอด เพื่อให้ข้อมูลที่เตรียมตัวคลอดสอดคล้องกับสภาพการณ์จริงในห้องคลอด แพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้คลอด ควรทราบข้อมูลการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้เข้าใจผู้คลอด และสามารถช่วยเหลือสนับสนุน
- 2) เมื่อรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด พยาบาลควรประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้คลอด เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด ตลอดจนวิถีเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ เพื่อวางแผนให้การดูแล ทั้งผู้ที่ได้รับ และไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด
- 3) สามังควรเข้ารับการเตรียมตัวคลอดพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้สามังมีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์และการคลอด สามารถช่วยเหลือสนับสนุนภรรยา ให้ปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ และเตรียมตัวเพื่อการคลอดได้ดียิ่งขึ้น

การนำไปใช้ทางด้านหลักสูตรการเรียนการสอน จากผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดของอภิลร่า เมสสิค และฟาเรล ในเรื่องปัจจัยการเผชิญกับภาวะเครียด จึงสามารถนำแนวคิดนี้ มาเป็นแนวทางแก่นักศึกษาในการให้การพยาบาล เพื่อให้นักศึกษา

มีความเข้าใจผู้ป่วย และมีหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อเผชิญภาวะเครียดทั้งในภาวะเจ็บป่วยและในภาวะสุขภาพดี และจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาล ในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้ปรับตัว ตั้งแต่การเตรียมตัวคลอดในระยะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนคำจูนในระยะคลอด จะทำให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทและเห็นความสำคัญของพยาบาลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า

1. ควรทำการศึกษาซ้ำ โดยเริ่มการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ นัดเข้ากลุ่มเตรียมตัวคลอดทุก 2-4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะได้มีโอกาสพูดคุยกัน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาที่ตนประสบ มีการติดตามช่วยเหลือให้สามารถใช้วิธีที่ฝึกในระยะคลอด ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างและทำการศึกษาในหลายสถานที่ เพื่อการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงได้
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงวิธีสร้างความเชื่อมั่นแก่หญิงตั้งครรภ์ เพราะจากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดเป็นส่วนที่สำคัญในการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางที่ดี
3. ศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในการคลอด เพราะจากผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ในทางลบ ระหว่างความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในการคลอด กับการรับรู้ประสบการณ์คลอด
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนคำจูนในระยะคลอดกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวลระยะคลอด ความเจ็บปวดในการคลอด การรับรู้ประสบการณ์คลอด เพราะจากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลระยะคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยมีการรับรู้ถึงการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลในขณะเจ็บครรภ์คลอด ในระดับคะแนนใกล้เคียงกัน



บรรณานุกรม

- กอร์เลอร์, เอียน. เปลี่ยนชีวิตนิยามะเร็ง. แปลและเรียบเรียงโดย เอกพล วัฒน. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2531.
- กัญจนี พนิษะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่านมาตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- จรัญ จันทลักษณ์ และอนันต์ชัย เขื่อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- ฉวี เบาทรวง. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ชื่นชม สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล. 2527.
- ต๋อย ชุมสาย, ม.ล. จิตวิทยาปลุกย่อย. กรุงเทพฯ: แพรวพินิจ, 2521.
- เต็มดวง เจริญสุข, พ.ต.(ญ). การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับตามความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประคอง กรรณเสถียร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า จำกัด, 2525.
- นุชทาสลิกนุ. อานาปานสติฉบับคู่มือปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เลี้ยงเชียง, 2531.

- ยุวดี ภาฯ และคนอื่น ๆ. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท วิกตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2532.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อ้อมโนทัศน์กับสัมพันธ์สภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทวงค์. ผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์สภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ระวีพรรณ มงคล. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและ ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ละมัย วีระกุล และคนอื่น ๆ. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด กับมารดาที่ไม่ ได้รับการฝึกเตรียมคลอด. งานวิจัยของโรงพยาบาลพะเยา, 2534.
- วราวุธ สุมาวงศ์. คู่มือฝากครรภ์และการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2527. (มทพ)
- วิจิตร ศรีสุนทรณ. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 (ตอนที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 2528.
- สมจิต หุญเจริญกุล (ก). "การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต" ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. (ปรับปรุงครั้งที่ 1) หน้า 1-13. บรรณาธิการโดย สมจิต หุญเจริญกุล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. นรีนิต, 2534.
- สมจิต หุญเจริญกุล (ข). "ความเครียดกับการดูแลตนเอง" ใน การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 107-118. บรรณาธิการโดย สมจิต หุญเจริญกุล. กรุงเทพฯ: บริษัทวคิงส์ จำกัด, 2534.

- สุจินตนา พันธุ์กล้า. เปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2531.
- สุปราณี อัทธเสรี และเขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุปราณี อัทธเสรี และคนอื่น ๆ. ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สุพร พลยานันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวด. กรุงเทพฯ: แม็ค, 2528.
- Aguilerra, D.C., Messick, J.M. and Farrell, M.S. Crisis Intervention: Theory and Methodology. 5 th ed. St.Louis: C.V. Mosby, 1986.
- Beck, N.C., Geden, E.A. and Brouder, G.T. "Techniques of the labor preparation". In Gynecology and Obstetrics: Vol.6 Chap. 78 10 th ed. pp.1-8. Edited by J.J. Sciarra. Philadelphia: Harper & Row, 1986.
- Bobak, I.M. and Jensen, M.D. Essential of Maternity Nursing: The Nurse and the Childbearing Family. 2 nd ed. St.Louis: C.V. Mosby, 1987.
- Bonica, J.J. "Labour Pain". In Textbook of Pain. pp.377-392. Edited by P.D. Wall and R. Melzack. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

- Cameron, R. and Meichenbaum, D. "The Nature of Effective Coping and the Treatment of Stress Related Problems: A Cognitive Behavioral Perspective. In Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. pp.695-707. Edited by L. Goldberg & S. Breznitz. New York : Macmillan, 1982.
- Clark, A.L. and Affonso, D.D. (Ed.) Childbearing : A Nursing Perspective. 2 nd ed. Philadelphia: F.A. David, 1979.
- Dick-Read, G. Childbirth Without Fear. 5 th ed. New York: Harper & Row, 1984.
- Fridh, G. et al. "Factors Associated with More Intense Labor Pain" Research in Nursing & Health. XI (April 1988): 117-124.
- Geden, E.A. et al. "Self-Report and Psychophysiological Effects of Lamaze Preparation on Analogued Labor Pain". Research in Nursing & Health. VIII (June 1985): 155-165.
- Genest, M. "Preparation for Childbirth - Evidence for Efficacy". JOGN Nursing. X (January/February 1981) 82-85.
- Hassid, P. Textbook for Childbirth Educators. 2 nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1984.
- Hodnett, E.D. and Osborn, R.W. "Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes". Research in Nursing and Health. XII (October 1989): 289-297.
- Holroyd, K.A. and Lazarus, R.S. "Stress, Coping and Somatic Adaptation". In Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. pp.21-31. Edited by L. Goldberg and S. Breznitz. New York: C.V. Mosby, 1982.
- Humenick, S.S. "Childbirth Preparation: An Important Service for All. I. A Research Perspective". Journal of Nurse-

- Midwifery. XXVII (July/August 1982): 31-33.
- Janis, I., Defres, P. and Grossman, P. "Hypervigilant Reactions to Threat". In Selye's Guide to Stress Research Vol.3 pp.1-41. Edited by H. Selye. New York: Scientific and Academic Editions, 1983.
- Jensen, M.D. and Bobak, I.M. Maternity and Gynecologic Care. 3rd ed. St.Louis: C.V.Mosby, 1985.
- Kitzinger, S. Education and Counselling for Childbirth. London: Billiere Tindall, 1977.
- Kliot, D.A. and Kliot, H. "Emotional Components of Labor and Delivery". In Gynecology and Obstetrics: Vol.6 Chap.77. 10 th ed. Edited by J.J.Sciarra. Philadelphia: Harper & Row, 1986.
- Langner, S.R. and Innes, C. "Breathing, Holism and Health". Topics in Clinical Nursing. II (October 1980): 1-10.
- Lederman, E. et al. "Maternal Psychological and Physiologic Correlates of Fetal-Newborn Health Status". American Journal of Obstetrics and Gynecology. CIXL (April 1981): 956-958.
- Lederman, R.P. "Anxiety and Conflict in Pregnancy: Relationship to Maternal Health Status". In Annual Review of Nursing Research Vol.2 pp.27-61. Edited by H.H. Werly and J.J. Fitzpatrick. New York: Springer Publishing, 1984.
- Lederman, R.P. et al. "The Relationship of Maternal Anxiety, Plasma Catecholamines and Plasma Cortisol to Progress in Labor". American Journal of Obstetrics and Gynecology. LXXII (November 1978): 495-500.

- Lindell, S.G. "Education for Childbirth: A Time for Change". JOGN Nursing. XVII (March/April 1988): 108-112.
- Lowe, N.K. "Explaining the Pain of Active Labor: The Importance of Maternal Confidence". Research in Nursing & Health. XII (August 1989): 237-245.
- Matelli, M. F. et al. "Stress Management in the Health Care Setting: Matching Intervention With Patient Coping Styles". Journal of Consulting Clinical Psychology. LV (April 1987): 201-207.
- Marut, J.S. and Mercer, R.T. "Comparison of Primiparas' Perceptions of Vaginal and Cesarean Births". Nursing Research. XXVIII (September-October 1979): 260-266.
- May, R. "Anxiety and Stress". In Selye's Guide to Stress Research Vol.2 Edited by H. Selye. New York: Scientific and Academic Editions, 1983
- McCaffery, M. Nursing Management to the Patient with Pain. 2nd Philadelphia: J.B.Lippincott, 1979.
- McGuire, D.B. "The Measurement of Clinical Pain". Nursing Research. XXXIII (May/June 1984): 152-156.
- Mendez-Buer, C. and Caldeyro-Barcia, R. "Physiology and Pathology of Human Uterine Contractility". In Atlas of Perinatology. pp.149-172 Edited by S. Aladjem and D. Vidyasagar. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1982.
- Mercer, R.T. "Relationship of the Birth Experience to the Late Mothering Behaviors". Journal of Nurse-Midwifery. XXX (July/August 1985): 204-211.
- Mercer, R.T., Hackley, K.C. and Bostrom, A.G. "Relationship of

- Psychosocial and Perinatal Variables to Perception of Childbirth". Nursing Research. XXXII(July/August 1983): 202-207.
- Moore, M.L. Realities in Childbearing. 2 nd ed. Philadelphia: W.B.Suander, 1983.
- Murphy, S.A. "Theoretical Perspectives on Bereavement". In Advances in Nursing Theory. p.199 Edited by P.L. Chinn. Rockville: An Aspen Publication, 1983.
- Myles, M.F. Textbook for Midwives. 9 th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981.
- Neeson, J.D. and May, K.A. Comprehensive Maternity Nursing. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1986.
- Noble, E. "Controversies in Maternal Effort During Labor and Delivery". Journal of Nurse-Midwifery. XXVI(March/April 1981): 13-22.
- Olds, S.B., London, M.L. and Ladewig, P.A. Maternal - Newborn Nursing: A Family - Centered Approach. 2nd ed. Menlo Park: Addison-Wesley, 1984.
- Pahlka, B. "Childbirth Preparation: An Important Service for All: II. A Clinical Perspective". Journal of Nurse-Midwifery. XXVII (July/August 1982): 34-36.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. Nursing Research: Principle and Method. 2 nd ed. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1983.
- Pritchard, J.A. and MacDonald, P.C. Williams Obstetrics. 17 th ed. New York: Appleton-century-Crofts, 1985.
- Reading, A.E. "Testing Pain Mechanism in Persons in Pain". In Text book of Pain. pp.195-204. Edited by P.D. Well and

- R. Melzack. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.
- Reeder, S.J. and Martin, L.L. Maternity Nursing: Family, Newborn and Women's Health Care. 16 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1987.
- Roberts, J.E. "Factors Influencing Distress From Pain During Labor". American Journal of Maternal Child Nursing. VIII (January/February 1983): 62-66.
- Scott, D.W., Oberst, M.T. and Dropkin, M.J. "A Stress Coping Model". In Coping With Stress: A Nursing Perspective. pp.3-17. Edited by D.C. Sutterley and G.F. Donnelly. London: An Aspen Publication, 1981.
- Taylor, K. and Copstick, S. "Psychological care in Labor". Nursing Mirror. LXXI (July 24, 1985): 42-43.
- Thoits, P.A. "Social Support as Coping Assistance". Journal of Consulting and Clinical Psychology. CIV (July / August 1986): 416-423.
- Triolo, P.K. "Prepared Childbirth". Clinical Obstetrics and Gynecology. XXX (September 1987): 487-494.
- Wells, N. "Responses to Acute Pain and the Nursing". Journal of Advance Nursing. IX (January 1984): 51-58.
- Wewers, M.E. and Lowe, N.K. "A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena". Research in Nursing & Health. XIII (August 1990): 227-236.
- Williams, M. and Booth, D. Antenatal Education: Guidelines For Teachers. 2 nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.



ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

1. สถานภาพส่วนตัว

ชื่อ.....นามสกุล..... เลขที่โรงพยาบาล.....
 อายุ.....ปี ศาสนา..... จบการศึกษาชั้น.....
 สถานภาพสมรส () จดทะเบียนสมรส () ไม่จดทะเบียนสมรส
 อาชีพของผู้คลอด () งานบ้าน-งานไม่ใช้แรงงาน () งานใช้แรงงาน
 รายได้ของครอบครัวประมาณเดือนละ.....บาท

2. การเตรียมตัวคลอด

จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์.....ครั้ง
 ได้รับการเตรียมตัวคลอดหรือไม่ () ได้รับการเตรียมตัวคลอดเมื่อ.....
 () ไม่ได้รับ
 ถ้าท่านได้รับการเตรียมตัวคลอด ได้กลับไปฝึกหายใจ-ลูบหน้าท้องหรือไม่
 () ไม่ได้ฝึกเลย
 () ฝึกนาน ๆ ครั้ง
 () ฝึกบ่อยเกือบทุกวัน
 () ฝึกเป็นประจำทุกวัน

ก่อนคลอดท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการคลอดครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ตื่นเต้นมาก
 () ดีใจ
 () กลัวการคลอดมาก กลัวเจ็บ กลัวคลอดไม่ได้
 () เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถคลอดได้เอง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ท่านต้องการบุตรเพศ () ชาย
 () หญิง
 () เพศใดก็ได้

3. การเจ็บครรภ์และการคลอด

รับไว้ที่ห้องคลอดเมื่อวันที่..... เวลา.....น.

สาเหตุที่มาโรงพยาบาล () เจ็บครรภ์ ตั้งแต่เวลา.....น.

() น้ำเดิน ตั้งแต่เวลา.....น.

() ครรภ์เกินกำหนด แพทย์ให้อยู่โรงพยาบาล

() อื่น ๆ ระบุ.....

การเร่งการคลอดด้วยยา () ไม่ได้รับ

() ได้รับ ก่อนคลอดเป็นเวลานาน...ชม.....นาที

ถูกน้ำคร่ำ () ตกเอง () เจาะ เวลา.....น. วันที่.....

วิธีการคลอด () คลอดเอง

() ใช้เครื่องดูด เนื่องจาก.....

() ใช้คีมดิง เนื่องจาก.....

บุตรเพศ () ชาย () หญิง น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

คลอดวันที่..... เวลา.....น.

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอดนาน.....ชั่วโมงนาที

มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดอะไรบ้าง.....

4. ชื่อและนามสกุลของผู้คลอด.....

.....

ภาคผนวก ค
แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์คลอด

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่เจ็บครรภ์และคลอด โปรดเลือกตอบแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย คือเมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

หมายเลข 2 หมายถึง เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย คือเมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านบ้างเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่งคือเมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านประมาณครึ่งหนึ่ง

หมายเลข 4 หมายถึง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก คือเมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด

หมายเลข 5 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด คือเมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์คลอดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ

ข้อที่	ข้อความคำถาม	1	2	3	4	5
1.	ขณะที่ท่านเจ็บครรภ์ มดลูกมีการหดตัว ท่านได้ใช้วิธีหายใจลึก ๆ ยาว ๆ เพื่อลดความเจ็บปวด					
.						
.						
28.	ท่านมีความสุขในการอุ้มหรือกอดลูกในครั้งแรก					

ภาคผนวก ง
แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะที่ท่านพักและผ่อนคลายจากการเจ็บครรภ์ โปรดตอบคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามที่ เป็นจริงในขณะนั้นมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูก หรือ ผิด ดังนั้นขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ในแต่ละข้อขอให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกคำตอบถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย คือเมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนั้นเลย

หมายเลข 2 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย คือเมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร คือเมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร

หมายเลข 4 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คือเมื่อท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลนี้มีข้อความทั้งหมด 22 ข้อ

ข้อที่	ความรู้สึก	1	2	3	4
1.	ท่านรู้สึกสบายใจ				
2.	ท่านรู้สึกจิตใจสงบ สามารถนั่งหรือนอนโดยไม่รู้สึกเจ็บมากนัก				
.					
.					
.					
22.	ท่านรู้สึกหายใจได้อย่างสบาย				

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุพิน จันทร์คคะ
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์รีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ละเอียด อุดมรัตน์
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์รีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์สุปราณี อัทธเสวี
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์รีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรณภา นวลศิลป์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล