

ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี
ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด
ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก



นางสาวสุจินดา ตรีเนตร

สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0323-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CHILDBIRTH PREPARATION PROGRAM EMPHASIZING HUSBAND' S
SUPPORT ON PAIN LEVEL AND PAIN COPING BEHAVIORS
DURING DELIVERY OF PRIMIGRAVIDA



Miss Sujinda Threenate

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Education

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0323-6

สุจินดา ตรีเนตร : ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก (EFFECTS OF CHILDBIRTH PREPARATION PROGRAM EMPHASIZING HUSBAND'S SUPPORT ON PAIN LEVEL AND PAIN COPING BEHAVIORS DURING DELIVERY OF PRIMIGRAVIDA)
 อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. สุชาดา รัชชกุล, 129 หน้า. ISBN 974-17-0323-6

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale (ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95) และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด (ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ The Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา..... เลายมือชื่อนิสิต
 ปีการศึกษา.....2544..... เลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4377608836 : MAJOR : NURSING EDUCATION

KEY WORD : CHILDBIRTH PREPARATION PROGRAM EMPHASIZING HUSBAND'S SUPPORT / PAIN LEVEL / PAIN COPING BEHAVIORS

SUJINDA THREEENATE : EFFECTS OF CHILDBIRTH PREPARATION PROGRAM EMPHASIZING HUSBAND'S SUPPORT ON PAIN LEVEL AND PAIN COPING BEHAVIORS DURING DELIVERY OF PRIMIGRAVIDA. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUCHADA RATCHUKUL, Ed.D. 129 pp. ISBN 974-17-0323-6

The purposes of this quasi-experimental research were to compare pain level and pain coping behaviors during delivery of primigravida between the primigravida group who received childbirth of preparation program emphasizing husband's support and those by normal preparation group. Research samples consisted of 30 primigravidas , who attended prenatal clinic and were later admitted to labor and delivery unit of Bangpong Hospital. They were selected by purposive sampling technique and were equally assigned into experimental and control group, 15 subjects each group. Both groups were controled by age, literacy rate, occupation, relationship of husband and wife level and medication for induced labour. The research instruments were the childbirth of preparation program emphasizing husband's support. The pain level form type VAS (reliability = .95). The labor pain coping behavior observation form (reliability = .92). The data were analyzed by using the Mann-Whitney U Test.

The major finding were as fallows

1. Pain level during delivery of primigravida group who received childbirth of preparation program emphasizing husband's support was significant lower than normal preparation group, at the .05level
2. Pain coping behaviors during delivery of primigravida group who received childbirth of preparation program emphasizing husband's support was significant better than normal preparation group, at the .05 level

Field of study.....Nursing Education..... Student' s signature.....

Academic year....2001..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้ความรู้ คำแนะนำ แก้ไขปัญหา และข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจและเอื้ออาทรต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดเห็นแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาใช้เวลาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว เจ้าหน้าที่ประจำแผนกฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณจินตนา สบายยิ่ง คุณกนกวรรณ สมพงศ์ ซึ่งทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัยที่ดี และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนสามีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้ เป็นบางส่วน

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ ขอบคุณน้องๆ ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

สุจินดา ตรีเนตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 ความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	11
2.2 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	28
2.3 การเตรียมตัวคลอด.....	31
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน.....	36
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนของสามี.....	45
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	56
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64

สารบัญ (ต่อ)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84
5.1 สรุปและอภิปรายผล.....	84
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ภาคผนวก ข ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	103
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ภาคผนวก ง ตัวอย่างการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด.....	109
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	
129	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้าที่
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา การวางแผนการตั้งครอบครัว การมาตรวจครรภ์	76
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด จำนวนครั้งที่ประเมน.....	78
3. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ.....	80
4. เปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ (กลุ่มควบคุม).....	81
5. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ.....	82
6. เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ.....	83

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. วงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด.....	32
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อการตั้งครรรค์ดำเนินมาจนกระทั่งถึงครบกำหนดคลอด คือ เมื่อมีอายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ จะมีกลไกตามธรรมชาติของร่างกายทำให้เริ่มเกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบหลายอย่างรวมกันอย่างสลับซับซ้อนระหว่างมารดา ทารกและรก คือ ความเข้มข้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนส์และโปรสเตกาแลนดินเพิ่มขึ้น ฮอโมนโปรเจสโตรโรนลดลง ร่วมกับฮอโมนจากต่อมหมวกไตของทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้น การทำงานที่ผสมกลมกลืนกันนี้มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว โดยเริ่มหดตัวเบาๆ แล้วรุนแรงขึ้น ถึขึ้นและนานขึ้น การหดตัวที่ถี่ขึ้นของกล้ามเนื้อมดลูกทำให้เกิดแรงดันในโพรงมดลูกซึ่งจะผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมา ในขณะที่เดียวกันก็จะดึงรั้งให้ปากมดลูกเปิดขยายกว้างขึ้นตามลำดับและขับทารก รก เยื่อหุ้มทารก รวมทั้งน้ำคร่ำออกสู่ภายนอกเกิดการคลอดเกิดขึ้น

ขบวนการคลอดดังกล่าวก่อให้เกิดความเจ็บปวดส่งผลให้หญิงตั้งครรรค์ในระยะใกล้คลอดและระยะคลอดมีความกลัว ความวิตกกังวล ต่อการต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก โดยเฉพาะหญิงครรรค์แรกซึ่งขาดประสบการณ์ตรงในการคลอด และอาจได้รับข้อมูลในเชิงลบเกี่ยวกับการคลอดจากบุคคลในครอบครัว คนอื่นๆ หรือสื่อต่างๆ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขบวนการคลอดทำให้หญิงตั้งครรรค์มีความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ความกลัวความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นนี้ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรรค์มากขึ้นด้วย โดยความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิตและการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูกจะเป็นแรงต้านทำให้ปากมดลูกเปิดช้าและเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความตึงเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย เกิดเป็นวงจรของความกลัว - ความตึงเครียด - ความเจ็บปวด (Fear-Tension-pain Cycle) (Dick-Read, 1984: 196-197)

หญิงตั้งครรรค์ที่มีความเจ็บปวดมากและเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ระดับความอดกลั้นต่อความเจ็บปวด (Pain threshold) ลดลง และตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยแสดงออกทาง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้องเอะอะ โวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหรืออาจเกิดการคลอดล่าช้า (Reeder and Martin, 1987: 502) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดเกิดอาการอ่อนล้า ไม่มีแรงเบ่งคลอดในที่สุดอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดทำให้มารดาและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเพิ่มขึ้น การช่วยเหลือนด้วยการให้ยาระงับปวดถึงแม้จะสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์พ้นจากความทุกข์ทรมานได้บ้าง แต่ยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงสูงเสี่ยงต่อการเกิดศูนย์การหายใจถูกกดในทารกแรกเกิด (พิริยา ศุภศรี, 2540: 34) ทำให้ทารกต้องได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการหายใจเป็นเหตุให้ต้องแยกจากมารดาซึ่งเป็นการขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด (ลัดดาวัลย์ จิตรขาว, 2542: ง)

จากผลกระทบความเจ็บปวดจากการคลอดและการใช้ยาระงับปวดในระยะคลอดมีผลเสียต่อสุขภาพและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้น จึงมีผู้นำวิธีเตรียมตัวคลอดมาใช้ ซึ่งวิธีเตรียมตัวคลอดมีหลายวิธีได้แก่ วิธีเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read วิธีเตรียมตัวคลอดของ Lamaze วิธีเตรียมตัวคลอดของ Leboyer วิธีเตรียมตัวคลอดของ Bradley ในแต่ละวิธีจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันแต่โดยวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เพื่อเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อขจัดความกลัว ความวิตกกังวล และพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด มีการสอนและฝึกปฏิบัติเทคนิควิธีต่างๆ เพื่อใช้เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายและลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง เทคนิคการลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามพื้นฐานทฤษฎีควบคุมประตู เนื่องจากการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบจะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้ระบบควบคุมปิดประตู จึงเป็นการลดหรือไม่มีสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง ผู้คลอดจึงไม่เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวด และเป็นการเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดรัดตัวของมดลูก นอกจากนี้ยังมีการเตรียมผู้ช่วยเหลือในการคลอดเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด (Sherwen et al, 1999: 246)

จากการศึกษาพบว่า วิธีเตรียมตัวคลอดดังกล่าวสามารถช่วยลดความเจ็บปวด และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี จึงมีการนำวิธีเตรียมตัวคลอดมาใช้ในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ

โดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องสถานที่ จำนวนบุคลากร อุปกรณ์ เวลา และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในสิ่งดังกล่าว (วิภา เพิ่มนาค, 2541) ประกอบกับการให้บริการการคลอดที่ยังยึดติดกับรูปแบบเดิมที่คำนึงถึงความสะดวกและเหตุผลของผู้ให้บริการเป็นหลัก ไม่อนุญาตให้สามีเข้าไปมีส่วนร่วมในระยะคลอด นอกจากนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางส่วนมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้การนำวิธีเตรียมตัวคลอดไปใช้ไม่มีประสิทธิภาพจากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลของรัฐโดยทั่วไปไม่สามารถนำวิธีเตรียมตัวคลอดไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาและควรที่จะหาแนวทางในการจัดรูปแบบการเตรียมตัวคลอดในแผนกฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันการให้ความรู้ที่จัดขึ้นในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นเฉพาะตัวหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ การสนับสนุนให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์ยังไม่มีการจัดกันอย่างจริงจัง การสนับสนุนจากสามีนับได้ว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในขณะภรรยาตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสามีจะมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หรือการมาฝากครรภ์ตามกำหนดเวลา (นงเยาว์ อุดมวงศ์, 2533; อรุณี พึ่งแพง, 2543) และพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสามีจะมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของภรรยา ตลอดจนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนของภรรยาขณะตั้งครรภ์ช่วยให้มีอาการมันคงลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และช่วยให้การรับรู้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม (Lowenstein และคณะ, 1981, อ้างถึงใน วัชรพร ประกอบทรัพย์, 2541:28) ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมและคอยช่วยเหลือภรรยาในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากการที่ภรรยาได้รับการสนับสนุนจากสามีจะส่งเสริมให้ภรรยามีความพร้อมในการเรียนรู้ มาฝากครรภ์ตามกำหนดเวลา ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำอย่างครบถ้วน ตลอดจนคอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ภรรยาปฏิบัติตนด้านสุขภาพไปในทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอที่บ้าน ส่งผลให้ผ่านการตั้งครรภ์ไปด้วยดี และมีความพร้อมในการคลอด

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด และสนับสนุนให้สามีมีส่วนร่วมในการเตรียมตัวคลอด จึงศึกษาหาแนวทางหรือวิธีการเตรียมตัวคลอดที่แผนกฝากครรภ์ โดยนำแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read มาประยุกต์จัดโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งในการเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นการตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้

อย่างเหมาะสม เนื่องจากการสอนตามโปรแกรมการสอนจะมีการเตรียมพร้อมทั้ง ผู้สอน ผู้เรียน และเนื้อหาที่สอน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ และการได้รับการสนับสนุนจากสามีเป็นแรงเสริมช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวคลอดตามกำหนด และช่วยให้มีการฝึกปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอที่บ้าน

คำถามการวิจัย

ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

Dick-Read (1984) ได้เสนอแนวความคิดการคลอดแบบธรรมชาติ โดยเชื่อว่าร่างกายและจิตใจมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความกลัวเป็นสาเหตุให้เกิดความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความกลัวเกิดจากความไม่รู้ ความเชื่อที่ผิด และประสบการณ์เดิมที่ไม่ดี ตลอดจนไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคตส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวการคลอด Dick-Read มีความเห็นว่าการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการตั้งครรภ์และการคลอด พัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจะช่วยลดความกลัวและความตึงเครียดลงได้ ทำให้ขบวนการด้านสรีรวิทยาเป็นไปตามธรรมชาติโดยปราศจากความเจ็บปวดหรือเกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุด นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการคลอดจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวแข็งแรง และการสอนให้รู้จักวิธีการผ่อนคลายในขณะที่คลอดจะสามารถลดความเจ็บปวดได้ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยนำมาเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดซึ่งประกอบด้วย การให้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอด แนะนำสถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอดโดย การฝึกบริหารร่างกาย ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ และการประคบประครองจิตใจ อารมณ์ ขณะตั้งครุฑ เพื่อสร้างความมั่นใจและลดความกลัวเป็นการตัดวงจร ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด

การสอนเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543) การสอนมีทั้งแบบมีแบบแผนและไม่มีแบบแผน การใช้โปรแกรมการสอนที่เน้นการสนับสนุนจากสามีเป็นการสอนอย่างมีแบบแผนเนื่องจากผู้สอนจะมีการเตรียมการจัดการเรียนการสอนไว้ล่วงหน้าโดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อนำมากำหนดจุดมุ่งหมายของการสอน ให้สอดคล้องกับความต้องการและเพื่อเตรียมตัวผู้สอนให้พร้อมที่จะสอน ในด้านเนื้อหา คือ มีการเตรียมเนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่ผู้เรียนต้องการ ในด้านการจัดเตรียมกิจกรรมและสื่อการสอนที่จะนำมาใช้ในการสอนด้วย (สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2525: 112) จากการศึกษาของ กัญญาณี พัฒนิยะ (2530) ศึกษาเรื่อง ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวก่อนการเป็นมารดาในหญิงครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าหญิงครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลลดลงและมีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และจากการศึกษาของ สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2538) ศึกษาเรื่อง ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครุฑที่เป็นเบาหวาน พบว่าหญิงตั้งครุฑที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าหญิงตั้งครุฑที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ดังนั้นหญิงตั้งครุฑและสามีที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยใช้โปรแกรมการสอนเตรียมตัวคลอดที่จัดขึ้นจึงน่าจะมีผลต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครุฑและสามีไปในทางที่ดีด้วยเช่นกัน

การตั้งครุฑถือว่าเป็นช่วงวิกฤตชีวิตของผู้หญิงช่วงหนึ่ง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนทั้งบทบาท และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Walker, 1992:195) ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นหญิงตั้งครุฑจึงต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และความช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเดิม บุคคลสำคัญที่จะให้ความช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครุฑได้ดีที่สุดคือสามี เพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกันมากที่สุด (ประภัสสร อินทรศักดิ์สิทธิ์, 2540; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, 2541: 32) เป็นบุคคลแรกที่หญิงตั้งครุฑต้องการขอความช่วยเหลือ (เกียรติกำจร กุศล, 2536: 2) การได้รับการช่วย

เหลือจากสามีจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการมั่นคงไม่ก่อให้เกิดความเครียด มีการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆดีขึ้น มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้มากขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และสามารถเผชิญปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ได้เหมาะสม จากการศึกษาของ นางเยาว์ อุดมวงศ์ (2533) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์แรก พบว่าการได้แรงสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีจะมีอัตราการมาฝากครรภ์ตามนัดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามี ดังนั้น การส่งเสริมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนในการเตรียมตัวคลอดน่าจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ มีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น รวมทั้งการมาฝากครรภ์สม่ำเสมอและมีการฝึกปฏิบัติบริหารร่างกาย ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ฝึกการหายใจอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนเกิดทักษะและสามารถนำเทคนิคต่างๆมาใช้ได้จริงในระยะเจ็บครรภ์คลอด ด้วยเหตุผลและแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี มีความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ
2. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก

1. **ประชากร** เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
2. **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นหญิงครรภ์แรกจำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี.

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี หมายถึง กระบวนการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดให้กับหญิงครรภ์แรก และสามี ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านโป่ง อย่างมีแบบแผนตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจำนวน 3 ชุด ซึ่งมุ่งเน้นให้สามีมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน และช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอที่บ้าน ตลอดจนช่วยสนับสนุนให้มาเข้ารับการเตรียมตัวคลอดตามกำหนดเวลา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการสอนแต่ละครั้งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นนำ** เป็นขั้นการสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมก่อนสอน

2. **ขั้นสอน** เป็นขั้นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด แก่หญิงครรภ์แรกและสามีโดยจัดการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 2-5 คู่ แบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาสอนครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

สอนครั้งที่ 1. เมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การเตรียมตัวคลอดและการให้การสนับสนุนภรรยาเพื่อเตรียมตัวคลอด ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ประกอบด้วย การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดซึ่งประกอบด้วย การอยู่ในท่าที่ถูกต้อง การบริหารร่างกาย ฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายและการสนับสนุนภรรยาฝึกบริหารร่างกาย การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติ พร้อมกับแจกคู่มือ คุณพ่อ-คุณแม่เพื่อเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกการสนับสนุนฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด

สอนครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 2 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการคลอดประกอบด้วย ชนิดของการคลอดและองค์ประกอบสำคัญของการคลอด อาการเตือนก่อนคลอด บทบาทของสามีในการสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาเมื่อใกล้คลอด ระยะต่างๆของการคลอด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เนื้อและการสนับสนุนภรรยาฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติ

สอนครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 3 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง เทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด ฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจและการสนับสนุนภรรยาฝึกเทคนิคการหายใจ การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติ แนะนำสถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด สอนโดยการบรรยายประกอบสไลด์ชุด แนะนำสถานที่คลอด

3. ขั้นสรุป เป็นการสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาโดยย่อ แนะนำวิธีใช้คู่มือคุณแม่ คุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด และแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด พร้อมทั้งเน้นย้ำสามีให้การสนับสนุนภรรยาฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอที่บ้านทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกตามที่ได้ปฏิบัติจริงทุกครั้ง

ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง ความรู้สึกต่อความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินได้ด้วยแบบวัดความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale ของ Revill และคณะ (1976) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตรแทนระดับความเจ็บปวด มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง การแสดงออกของหญิงครรภ์แรกเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวในระยะคลอด ประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของ ฉวี เบาทรวง (2526) และ Sturrock (1972) โดยสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกในระยะคลอด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงออกของเสียง ด้านการแสดงออกของการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า และด้านการแสดงออกทางคำพูด

ระยะคลอด หมายถึง ระยะที่หญิงครรภ์แรกมีอาการเจ็บครรภ์จริง ซึ่งนับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตรจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ซึ่งประเมินได้จากการตรวจการเปิดขยายของปากมดลูกทางช่องคลอด

การเตรียมตัวตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมตัวคลอด รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ตามวิธี

ปฏิบัติปกติในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ประกอบด้วยการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลขณะให้บริการตรวจครรภ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การสังเกตและนับลูกดิ้น การเตรียมของเครื่องให้ต่างๆ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริงเจ็บครรภ์เตือนและอาการผิดปกติต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์ การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ตลอดจนการใช้สมุดบันทึกสุขภาพมาดาและทารก และการให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มขณะรอรับบริการตรวจครรภ์ กลุ่มละประมาณ 10-15 คน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้งไม่จำกัดอายุครรภ์ ร่วมกับการให้หญิงตั้งครรภ์และ/หรือสามีคู่วิดิตทัศน์ เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องขบวนการคลอดและการให้บริการคลอดตลอดจนการเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมเพื่อการคลอด ซึ่งการให้คำแนะนำที่จัดขึ้นไม่มีการกำหนดเป็นระบบหรือแบบแผนที่ชัดเจนแน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการและความพร้อมของเจ้าหน้าที่แต่ละคนและจำนวนของผู้มารับบริการในแต่ละวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่แผนกฝากครรภ์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์อันจะนำไปสู่การลดความเจ็บปวด และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการสอนการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมก่อนคลอด
3. เพื่อส่งเสริมบทบาทสามีให้มีส่วนร่วมและตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวคลอด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของการเริ่มเจ็บครรภ์คลอด
 - 1.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด
 - 1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดจากการคลอด
 - 1.5 ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอด
 - 1.6 ปฏิกริยาและการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด
 - 1.7 การประเมินความเจ็บปวด
2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. การเตรียมตัวคลอด
 - 3.1 ความหมายของการเตรียมตัวคลอด
 - 3.2 การเตรียมตัวคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read
 - 3.3 การเตรียมตัวตามปกติของหญิงตั้งครรภ์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสอน
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนของสามี
 - 5.1 บทบาทของสามีขณะภรรยาตั้งครรภ์
 - 5.2 มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมของสามี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการเตรียมคลอด
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนอย่างมีแบบแผน

6.3งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามีกับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด

1.1 ความหมาย

ความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง ความไม่สุขสบายขณะมดลูกหดตัว ซึ่งความไม่สุขสบายนี้จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความยาวนานของระยะเวลาคลอด และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก ผู้คลอดจะมีการแสดงออกทั้งใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด (Gorrie et al., 1994)

1.2 สาเหตุของการเริ่มเจ็บครรภ์คลอด

ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่ละชนิดจะมีระยะเวลาของการตั้งครรภ์ที่เฉพาะ และในมนุษย์ก็เช่นเดียวกันจะมีระยะเวลาของการตั้งครรภ์นาน 280 วัน หรือ 40 สัปดาห์นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย เมื่อถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมจะเริ่มเจ็บครรภ์คลอด สำหรับสาเหตุที่ทำให้สัตว์แต่ละชนิดเริ่มเจ็บครรภ์คลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลายทฤษฎีได้พยายามอธิบายกลไกการเริ่มเจ็บครรภ์คลอดไว้ (พิริยา ศุภาศรี, 2540: 24)

1.2.1 ทฤษฎีการกระตุ้นของฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin stimulation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระยะท้ายๆของการตั้งครรภ์ที่จะเข้าสู่ระยะคลอดจะมีฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin hormone) ปริมาณเล็กน้อยในกระแสเลือดและจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในปลายระยะที่ 1 ของการคลอด ปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

1.2.2 ทฤษฎีฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในระยะใกล้คลอดจะมีฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin hormone) ปริมาณมากในน้ำคร่ำและกระแสเลือด ปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว เช่นเดียวกับฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin hormone)

1.2.3 ทฤษฎีการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen stimulation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าระยะใกล้คลอดจะมี ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) เพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือด ปฏิกริยานี้คือทำให้มายโอซิน (myocin) ซึ่งเป็นโปรตีนหดตัวในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และแอดรีโนซิน ไตรฟอสเฟต (adrenosine triphosphate) ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานในการหดตัว

ของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) ยังช่วยให้การสังเคราะห์ฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin hormone) ที่รกและเยื่อหุ้มทารกเพิ่มขึ้นด้วย

1.2.4 ทฤษฎีการขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone withdrawal theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ตลอดการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone hormone) ปริมาณมากในกระแสเลือด ฮอร์โมนส่วนใหญ่สร้างมาจากรก ปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้คือช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว การตั้งครรภ์จึงดำเนินต่อไปได้จนครบกำหนด แต่เมื่อใกล้คลอด ฮอร์โมนนี้กลับลดปริมาณลงอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone hormone) กล้ามเนื้อมดลูกก็เริ่มหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

1.2.5 ทฤษฎีฮอร์โมนคอร์ติซอลของทารกในครรภ์ (fetal cortisol theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตเต็มที่ต่อมหมวกไตของทารกจะไวต่อฮอร์โมนแอดรีนาคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) ที่สร้างจากต่อมใต้สมองเพิ่มมากขึ้น ปฏิกริยาของฮอร์โมน แอดรีนาคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) คือช่วยกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol hormone) กล้ามเนื้อมดลูกก็เริ่มหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

1.2.6 ทฤษฎีการยืดขยายของมดลูก (uterine stretch theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อมดลูกถูกยืดขยายถึงขีดสุดหรือไม่สามารถยืดขยายได้อีกแล้วจะเกิดดีโพลาไรเซชัน (depolarisation) กระตุ้นให้มดลูกหดตัวและเจ็บครรภ์ขึ้นเพื่อบีบไล่ทารกออกมา ซึ่งพบได้ทั่วไปในครรภ์ครบกำหนด

1.2.7 ทฤษฎีความดัน (pressure theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อใกล้คลอด การเคลื่อนต่ำของส่วนนำจะไปกระตุ้นตัวรับแรงกดดัน (pressure receptor) ที่มดลูกส่วนล่างส่งพลังประสาทไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin hormone) ซึ่งฮอร์โมนตัวนี้มีผลต่อการหดตัวของมดลูกจึงก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ขึ้น

1.2.8 ทฤษฎีอายุของรก (placental aging theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นโดยเฉพาะภายหลังอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ไปแล้ว การไหลเวียนของเลือดที่ไปยังรกจะลดน้อยลงทำให้เนื้อเยื่อของรกขาดเลือดไปเลี้ยงและเสื่อมสภาพ เป็นผลให้การผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) พลดน้อยลง จึงเป็นสาเหตุให้เริ่มเจ็บครรภ์คลอด

1.2.9 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กล้ามเนื้อมดลูกมีตัวรับรู้ (receptor) อยู่ 2 ชนิด ที่คอยถ่วงดุลกัน คือตัวรับรู้แอลฟา (alpha receptor) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและตัวรับรู้เบต้า (beta receptor) ซึ่งจะช่วยยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในระยะต้นๆของการตั้งครรภ์และมีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน

(progesterone) ปริมาณมากในกระแสเลือดทำให้ตัวรับรู้เบต้า (beta receptor) ถูกกระตุ้นมาก แต่ในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) จะเพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือดทำให้ตัวรับรู้แอลฟา (alpha receptor) ถูกกระตุ้น ผลก็คือกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การอธิบายสาเหตุของเจ็บครรภ์คลอดด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งตามลำพังจะอธิบายได้ไม่สมบูรณ์จำเป็นต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาอธิบายรวมกันจึงจะชัดเจน ทั้งนี้เพราะการเจ็บครรภ์คลอดนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างรวมกันอย่างสลับซับซ้อนระหว่างมารดา ทารก และรก เช่น ความเข้มข้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) และฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (prostaglandin hormone) ที่เพิ่มขึ้น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) ที่ลดลง ร่วมกับฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตของทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเป็นต้น การทำงานที่ผสมกลมกลืนกันนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเป็นจังหวะ และปากมดลูกขยายเพิ่มขึ้นตามลำดับและขับทารกออกสู่ภายนอกได้ในที่สุด

1.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด

เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดควรทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับองค์ประกอบทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของความเจ็บปวด และทฤษฎีความเจ็บปวด ดังนี้

1.3.1 องค์ประกอบทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของความเจ็บปวดจากการคลอด

ความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นกระบวนการทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกร่างกาย (somatosensory system) สามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (pain stimuli) ส่วนรับความรู้สึเจ็บปวด (pain receptor) และวิถีประสาทนำความรู้สึเจ็บปวด (pain impulse pathway) (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539: 61 ; Puntillo, 1993: 330)

1.3.1.1 สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด สิ่งกระตุ้นดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งเร้าทางกายภาพ (physical stimuli) สิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในการคลอด คือพลังงานกลที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ทำให้มีการยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยาย

ของช่องคลอดและฝีเย็บ และจากแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงจากการเคลื่อนไหวของส่วนนำของทารก

2. สิ่งกระตุ้นทางเคมี (chemical stimuli) เป็นสารเคมีที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย โดยเมื่อมดลูกมีการหดตัว ร่างกายจะปล่อยสาร prostaglandin ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้นโดยตรงและหรือไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่งออกมา คือ bradykinin และ histamin ทำให้มดลูกไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อร่างกายมีความเจ็บปวดจะหลั่งสาร catecholamin ออกมา สารนี้มีผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลงแต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และส่งกระแสประสาทไปตามวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง

1.3.1.2 ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อมดลูกหดตัวจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นประเภทปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ของใยประสาทที่มีปลอกหุ้ม (สุพร พลยานันท์, 2528: 19) คือ กลุ่มประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) และใยประสาทเปลือยคือ กลุ่มซี (C fiber) ของประสาทรับความรู้สึก ซึ่งได้แก่ใยประสาทยูเทอริน และเพลวิก (uterine plexus and pelvic plexus) ของประสาทไฮโปรแกสติกซิมพาเทติก (hypogastric sympathetic) และเพลวิก พาราซิมพาเทติก (pelvic parasympathetic) (Lynn, 1986: 29) เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากสารเคมีที่หลั่งออกมาเมื่อมดลูกหดตัวปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจากสารเคมีที่หลั่งออกมาเมื่อมดลูกหดตัว และปลายประสาทอิสระถูกกระตุ้นถึงระดับขีดกันความเจ็บปวด (pain threshold) จึงเกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดนำส่งไปตามเส้นประสาทไฮโปรแกสติก ซิมพาเทติกและเพลวิก พาราซิมพาเทติก สู่ไขสันหลังและสมอง

1.3.1.3 วิถีประสาทนำความเจ็บปวด เป็นเส้นทางที่กระแสความรู้สึกเจ็บปวดจะถูกนำไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อมดลูกหดตัวร่างกายได้รับการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดถึงระดับหนึ่ง ปลายประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจะส่งกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวด (pain impulse) เข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ ดอร์ซัล ฮอร์น (dorsal horn) แล้วมีการเชื่อมประสาน (synapse) กับเซลล์ประสาทในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa or SG) ทำให้เกิดการปล่อยสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เรียกว่า สารพี (substance P) สารพีจะกระตุ้นเซลล์ เอสจี ก่อให้เกิดพลังกระแสประสาทออกจากกลุ่มเซลล์ เอสจี ไปตามวิถีประสาทซีกตรงกันข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างของ เวินทรัลฮอร์น (ventral horn) เข้าสู่ทางด้านของกระแสประสาทแลเทอรัล สไปโนธาลามิก (lateral spinothalamic tract) ขึ้นสู่ทาลามัส

(thalamus) ซึ่ง ณ ที่นี้กระแสความรู้สึกนั้นจะถูกแปลออกเป็นความรู้สึกเจ็บปวดแต่ยังไม่สามารถบอกความรุนแรงได้จนกระทั่งความรู้สึกนั้นถูกส่งต่อไปยังสมอง เปลือกสมองรับความรู้สึก (sensory cortex) ซึ่งจะมีการแปลความรู้สึกเจ็บปวดนั้นอย่างละเอียดพร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมตอบโต้ สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด เช่น แสดงความตกใจ ชักมือหนี หรือต่อสู้เพื่อให้ออกพ้นจากความเจ็บปวด (Hedlin and Dostrovsky, 1978: 28–30) ซึ่งกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดที่ถูกแปลออกเป็นความรู้สึกเจ็บปวดนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเจ็บปวด

1.3.2 ทฤษฎีความเจ็บปวด

1.3.2.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) Melzack และ Wall (1965: 971–978) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตูเมื่อปี ค.ศ. 1965 ทฤษฎีนี้อธิบายกลไกการปิด – เปิดประตูว่ามีความเกี่ยวข้องกับการส่งผ่านกระแสประสาทซึ่งนำเข้ามาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับเปลี่ยนกระแสความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลัง ก่อนนำขึ้นไปให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง และจากสมองจะส่งกระแสประสาทมาตามใยประสาทควบคุมนำลงมาปรับเปลี่ยนกระแสความเจ็บปวดในระดับไขสันหลังด้วย ในปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากเนื่องจากสามารถอธิบายกระบวนการที่ซับซ้อนของความเจ็บปวดได้ ไม่ว่าความเจ็บปวดนั้นจะเป็นผลมาจากร่างกาย จิตใจหรือสิ่งแวดล้อม

การส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้ ประกอบด้วยกลไกต่างๆ ดังนี้ (Melzack and Wall, 1965: 971–978 ; Oland, 1978: 1298–1300; Bond, 1984: 23–27 ; Puntillo, 1993: 331–332; ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี, 2534: 4–6)

1 กลไกการควบคุมประตูที่ไขสันหลัง (spinal gate mechanism) เป็นกลไกปรับเปลี่ยนกระแสประสาทรับความรู้สึก ซึ่งทำหน้าที่ในลักษณะของระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง กลไกนี้ประกอบด้วยใยประสาทขนาดใหญ่ (large fiber) ใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) เอสจี (SG) และเซลล์ที (T-cell) เมื่อมีพลังนำเข้ามาจากใยประสาทขนาดใหญ่ผ่าน เอสจี จะกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที เอสจี มีผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ เอสจี จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่าประตูปิด (close the gate) ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด ส่วนกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งการทำงานของเซลล์ที เอสจี ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที ทำให้กระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่าประตูเปิด (open the gate) จากนั้นกระแสประสาทนำความรู้สึกจะมีการเชื่อมประสานกับเซลล์ประสาทลำดับที่สอง (second-order pain transmission neuron) แล้วข้ามมายังด้านข้างของเวินทริล ฮอร์น ขึ้นสู่สมองโดยผ่านทางเดินประสาทแลเทอรัล สไปโนธาลามิค ซึ่งประกอบด้วยใยประสาท 2 กลุ่ม ที่นำกระแสประสาทไปยังสมอง (สมพันธ์ วิทยธรนันท์, 2539: 62–63)

1.1 ทางเดินประสาทนี้โอสไปโนธาลามิค (neospinothalamic tract) ส่วนใหญ่เป็นใยประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) นำกระแสประสาทไปยัง คอร์ซัล ฐาลามัส (dorsal thalamus) รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดแต่จำแนกรายละเอียดไม่ได้ แล้วกระแสประสาทจะถูกส่งต่อไปยังเปลือกสมองรับรู้ความรู้สึก (sensory cortex) ณ ที่นี้จะมีการแปลความรู้สึกเจ็บปวดอย่างละเอียด มีการแยกแยะลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บปวด

1.2 ทางเดินประสาท พาลีโอสไปโนธาลามิค (palespinothalamic tract) ส่วนใหญ่เป็นใยประสาทซี (C fiber) นำกระแสประสาทไปยัง เรติคูลาร์ ฟอเมชัน (reticular formation) ฐาลามัสส่วนกลาง (medial thalamus) ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ระบบลิมบิก (limbic system) และเปลือกสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ก่อให้เกิดการเฝ้าทางอารมณ์ ความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะควบคุมปฏิกิริยาตอบโต้ของร่างกายต่อความรู้สึกเจ็บปวด

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) จะรับกระแสประสาทนำเข้ามาจาก คอร์ซัล ฮอรัน ซึ่งจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดไปสู่สมองส่วน ฐาลามัส และจาก ฐาลามัสข้อมูลนั้นจะถูกส่งผ่านไปที่ ซีรีบรัม คอร์เท็กซ์ และระบบลิมบิก ซึ่งอยู่ในระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งระบบนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกันดังนี้

2.1 ส่วนการเฝ้าทางอารมณ์ (motivation – affective component) ประกอบด้วย ฐาลามัส เปลือกสมองใหญ่ และระบบลิมบิก ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สบาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด

2.2 ส่วนแยกการรับสัมผัส (sensory - discriminative component) ทำหน้าที่รับรู้แยกแยะความรุนแรงลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด เป็นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณ คอร์ติคัลของระบบประสาทส่วนกลาง และคอร์เท็กซ์ ทั้งสองข้าง (parietal cortex)

2.3 ส่วนการรับรู้ จดจำ และประเมิน (cognitive-evaluation component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ ที่จะมีการรับรู้และจดจำเกี่ยวกับความเจ็บปวด โดยคอร์ติคัลจะทำหน้าที่วิเคราะห์ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวด รับรู้ และจดจำข้อมูลไว้รวมทั้งวิธีตอบโต้ต่อความเจ็บปวดทั้งแบบรู้ตัวและไม่รู้ตัว

การทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับความเจ็บปวดทั้ง 3 ส่วนนี้จะเกิดขึ้นพร้อมกันและทำงานประสานกัน ทำให้สามารถบอกความรุนแรง ตำแหน่งของความเจ็บปวดได้ รวมทั้งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อความเจ็บปวดนั้น (Boss cited in Lewis and Collier, 1992: 1497–1498 ; อรรถพรณ ทองแดง, 2534: 21–24)

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (control biasing system) ส่วนนี้อยู่บริเวณ เรติคูลาร์ ฟอเมชัน ในก้านสมอง ทำหน้าที่ในการให้กระแสประสาทนำเข้าอย่างเหมาะสม

สมไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสมองอย่างเหมาะสม โดยมีกระแสประสาทไปยังยังการส่งกระแสประสาทจากส่วนปลายเพื่อจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาทนำเข้าอย่างเหมาะสม ถ้าการรับสัมผัสเพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็เพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการทำงานของระบบนี้อาจมีอิทธิพลหรือได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบควบคุมส่วนกลางในขณะที่ส่วนนี้ส่งกระแสประสาทไปปรับการเปิด-ปิด ประตูดวงความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง

4. ระบบแสดงผล (action system) เป็นปฏิกิริยาที่ซับซ้อนของการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังการรับรู้ความเจ็บปวด การตอบสนองเหล่านี้ได้แก่ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex activities) การตอบสนองทางด้านสรีระ เช่น ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันโลหิต การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว หรือคำพูด การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาแบบต่างๆ หรือการแสดงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด

ดังนั้นภาวะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว จะเพิ่มความเจ็บปวด และความเจ็บปวดเองจะไปเพิ่มความวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ดังนั้นการกระทำใดๆ ที่แยกการสัมผัส ส่วนร่าอารมณ์ และส่วนการรับรู้จดจำและประเมินผล ก่อนจะได้รับ ความเจ็บปวดจะช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดได้

1.3.2.2 ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากทฤษฎีควบคุมประตู ที่พบว่า การควบคุมการเปิดปิดประตูนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารเคมี 2 กลุ่ม คือ สารเคมีคล้ายมอร์ฟีนที่อยู่ในร่างกาย (Endogenous opiate) กับสารพี (substance P) (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539: 65) Pert และ Synder (1973: 1011-1014) ได้ทำการศึกษาพบตัวรับการออกฤทธิ์ของมอร์ฟีน (opiate receptor) กระจายอยู่ในสมองและไขสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ส่วน Hughes (1975: 295-308) ได้ค้นพบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนในร่างกาย สารนี้เรียกว่า เอนโดรฟิน (endorphin) และในปี พ.ศ. 2520 Jessell และ Iversen (อ้างถึงใน สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539: 65) ได้ศึกษาพบว่าระบบการควบคุมประตูนั้นเกิดขึ้นจากเมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นโดยประสาทขนาดเล็กที่ไขสันหลังจะปล่อยสารพี ในขณะที่ใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของสับสแตเซีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa) ให้ปล่อยสารคล้ายมอร์ฟีนในร่างกายคือ เอนเคฟาลิน (enkephalin) ซึ่งจะมีผลยับยั้งการทำงานของสารพี จึงไม่มีกระแสประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้ไม่มีกระแสประสาทที่ส่งต่อไปยังสมองจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลินไม่สามารถยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพีที่เหลือจะไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวด เมื่อกระแสประสาทรับรู้ความเจ็บปวดถูกส่งผ่านระบบ

ควบคุมประตูไปแล้วจะมีปรับการกรองและเลือกสัญญาณไปยังสมองทำให้เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด 3 ประการ คือ เกิดการกระตุ้นร้าวทางอารมณ์ เกิดการแปลผลและแยกแยะลักษณะของความเจ็บปวด และเกิดการรับรู้และจดจำเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความรู้สึกทั้ง 3 ประการจะเกิดขึ้นพร้อมกันและมีการประสานงานกันด้วย

จากกลไกการเกิดความเจ็บปวดดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจึงพอจะสรุปได้ว่าความเจ็บปวดเกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ การหดตัวของมดลูก การบางตัวและเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ และแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงจากการเคลื่อนตัวของส่วนนำของทารก ทำให้ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นเกิดเป็นกระแสประสาทความเจ็บปวดนำส่งไปตามเส้นประสาทไฮโปแกสตรีกซิมพาเธติก และเพลวิกซิมพาเธติก เข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ ดอร์ซัล ฮอร์ ซึ่งที่นี่จะมีจุดประสานประสาทกับเซลล์เอสจี ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณประสาทความเจ็บปวด โดยใยประสาทและเอ เดลต้า ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารเคมี และขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจี ให้ปล่อยสาร เอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสาร พี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที่ เรียกว่าปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้ไม่มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารพีไม่หมดจะกระตุ้นเซลล์ที่ เรียกว่าเปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งขึ้นไปยังสมองจึงทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น

1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดจากการคลอด

Bonica (1994:621–623) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรง ระยะเวลาและลักษณะการหดตัวของมดลูกมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านกายวิภาค สรีระวิทยา จิตวิทยา อารมณ์ และแรงกระตุ้นบางอย่าง

1.4.1 ปัจจัยด้านกายวิภาค

ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สภาพร่างกายใน ขณะนั้น ๆ สภาพของปากมดลูก ความสัมพันธ์ระหว่างช่องทางคลอดและขนาดของทารก เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดโดยตรง แต่ก็ยังค้นพบอีกว่ามีอีกหลายปัจจัยที่มีผลกระทบได้เช่นกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตลอดจนสภาพของผู้คลอดในท่าทางต่างๆ เช่น จากการศึกษาของ Melzack และ Belanger (1989 cited by Bonica, 1994: 621) พบว่าร่างกายในท่าตั้งตรง จะมีความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อย และหากในระยะที่ 2 ของการคลอดการนอนท่าตะแคงก็จะมีอาการเจ็บปวดน้อยกว่าในท่าอื่น ๆ ส่วน Fridh และคณะ (1988

cited by Bonica, 1994: 621) กล่าวถึงความแตกต่างของการมีประจำเดือนของหญิงแต่ละคน คือ หากหญิงคนใดมีอาการปวดท้องและหลังขณะมีประจำเดือนก็จะมีอาการเจ็บปวดขณะคลอด สูงด้วย ความอ่อนเพลียเหนื่อยล้า จะทำให้ขาดพลังและความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดได้ จึงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมีมาก (พิริยา ศุภาศรี, 2540: 31)

1.4.2 ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า ระหว่างการคลอดจะมีการเพิ่มขึ้นของระดับเบต้า เอนดอร์ฟิน (β -endorphin) เบต้า ไลโปโทรปิน (β -lipotropin) และแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotropic : ACTH) ในกระแสโลหิต และพบว่ามีค่าสูงสุดในระยะคลอด หรือหลังคลอดคือมากกว่าก่อนการตั้งครรภ์หรือในหญิงปกติ 4-10 เท่า ผลนี้นำไปสู่ความเข้าใจที่ว่าเบต้า เอนดอร์ฟิน (β -endorphin) เป็นตัวที่ใช้ระงับความรู้สึกเจ็บปวดในระหว่างการคลอด (Facchinetti, et al., 1982 cited by Bonica, 1994: 621) อย่างไรก็ตามไม่พบว่าเบต้า เอนดอร์ฟิน (β -endorphin) ที่หลั่งออกมาในระดับสูงนี้สามารถผ่าน Blood brain barrier ได้ หรือแม้กระทั่งจะมีผลในการระงับความรู้สึกในหญิงปกติที่มีได้ตั้งครรภ์ การศึกษาของGintzler (1980 cited by Bonica, 1994: 622) พบว่าหนูจะมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มสูงขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ และจะอยู่ในระดับสูงสุดระยะใกล้คลอด แล้วกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด เช่นเดียวกับความทนต่อความเจ็บปวดของมนุษย์ จะเพิ่มขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ดังการตอบสนองต่อคลื่นความร้อนที่กระทบผิวหนังที่ระดับ C1 – S2 หรือแรงกดลงบนต้นแขน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ให้แทนสิ่งเร้าอันตรายได้ (noxious stimuli)

1.4.3 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ สภาพจิตใจ ทศนคติ และอารมณ์ในขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอดด้วย ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่ออารมณ์ ความกลัวและความวิตกกังวลกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดและพฤติกรรมแสดงออก (Dcutsch, 1955; Zuckerman, et al., 1963; Brown, et al., 1972; Roding & Cox, 1985 ; Fridh, et al., 1988 cited by Bonica, 1994: 622) ซึ่งสาเหตุหนึ่งของความกลัว และความวิตกกังวล ก็คือขาดข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับขบวนการตั้งครรภ์ และการคลอดโดยเฉพาะในหญิงครรภ์แรก ทำให้เกิดความกลัว ดังที่ Jensen และคณะ (1980: 446) กล่าวว่า สาเหตุเนื่องมาจากกลัวเกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ กลัวเสียชีวิต กลัวตนเองจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวเกี่ยวกับทารก ได้แก่ กลัวทารกจะเสียชีวิต กลัวทารกจะผิดปกติ กลัวทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวสิ่งที่ไม่รู้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่แปลกออกไปจากปกติ กระบวนการคลอด หญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์นอกสมรส ขาดการยอมรับการตั้งครรภ์ ไม่มีความมั่นใจในการตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้พบว่าจะมีผลทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น (Nettelbladt, et al., 1976 cited by Bonica, 1994: 622) ความ

สัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี ก็มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดคลอด (Melzack, 1989: 225-229) กล่าวว่าจะแนบความเจ็บปวดในกลุ่มที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามีอยู่ด้วยในห้องคลอด จะสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามีอยู่ร่วมด้วย และยังพบอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือความรู้สึกทางบวกของชายที่จะเป็นบิดาต่อการตั้งครรภ์นั้น จะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิดทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด (Nettelbladt & associates, 1976 ; Norr, et al., Fridh, et al., 1988 cited by Bonica, 1994: 621)

ปัจจัยที่เร้าอารมณ์อื่น ๆ ย่อมมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแสดงออกต่อความเจ็บปวด ปัจจัยที่ชัดเจนที่สุด ได้แก่ การเพิ่มความตระหนักโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ลดความไม่มั่นใจในการคลอด ดังการศึกษาของ Lowe (1989 cited by Bonica, 1994: 622) ที่พบว่าผู้คลอด ครรภ์ครบกำหนดและมีภาวะเสี่ยงต่ำจำนวน 134 ราย หากมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเอาชนะการคลอดให้ได้ จะเป็นตัวทำนายถึงความเจ็บปวดจากการคลอดขณะเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปลี่ยนแปลงเร็ว (active labour) ได้เป็นอย่างดีที่สุด นั่นคือหากมีความเชื่อมั่นสูง หรือมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

1.4.4 ปัจจัยทางวัฒนธรรม และพันธุกรรม

ปัจจัยด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม และพันธุกรรม มีอิทธิพลต่อความทนของ ความเจ็บปวด และพฤติกรรมแสดงออกเมื่อเจ็บปวด ดังเช่น ชาวอิตาลี (Italian) ลาตินอเมริกา (Latin America) หรือ ชนแถบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean) มักจะยอมรับการแสดงออกถึงความเจ็บปวด หรืออาจเป็นคำพูดที่แสดงออกจนเกินความเป็นจริงไปก็ได้ ในขณะที่บางชนชาติ เช่น กลุ่มประเทศ สแกนดิเนเวีย (Scandinavians) ชายไอริช (Irish) ชาวเอเชีย (Asians) ชาวเอสกิโม (Eskimos) จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดหรือแสดงออกของความเจ็บปวดได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

กล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี สภาพของปากมดลูก สภาพร่างกายในขณะนั้น ความสัมพันธ์ของช่องทางคลอดและขนาดทารก สภาพจิตใจ ทัศนคติ และอารมณ์ในขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

1.5 ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอด

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นภาวะวิกฤติที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบายและ ยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งทางร่างกาย และจิตใจซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะคงที่ภายใน (homeostatic) ของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลง

แปลงของการหายใจ การไหลเวียนโลหิต เมตาบอลิซึมและการทำงานของต่อมไร้ท่อ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังนี้ คือ (Bonica, 1994 ; Cunningham, 1993)

1.5.1 ผลต่อมารดา

1.5.1.1 การหายใจ ในขณะที่เจ็บครรภ์การหายใจจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 ถึง 20 เท่าของปกติทำให้ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO₂) ลดลงจากค่าปกติ 32 มิลลิเมตรปรอทเหลือ 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเป็นกรดต่าง (pH) เพิ่มขึ้นเป็น 7.55 ถึง 7.60 จึงเกิดภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) มีผลทำให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลงและผลของการลดลงของคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดงจะทำให้หญิงมีครรภ์หายใจช้าลงกว่าปกติในระยะพัก ทำให้ค่าความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงร้อยละ 10 ถึง 15 ถ้าระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้

1.5.1.2 การไหลเวียนโลหิต ในขณะที่เจ็บครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 วินาที (cardiac output) จะเพิ่มขึ้น คือ ในระยะแรกของระยะที่หนึ่งของการคลอด การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ถึง 20 ในระยะท้ายของระยะที่หนึ่งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ถึง 40 เมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ถึง 50 เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ถึง 50 ขณะมดลูกหดตัวจะมีเลือดกลับเข้าสู่ระบบการไหลเวียนประมาณ 250 ถึง 300 มิลลิเมตร แต่เมื่อมดลูกคลายตัวปริมาณเลือดในระบบการไหลเวียนจะลดลง จึงกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติก (sympathetic) เกิดการหดตัวของเส้นเลือดทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 20–30 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที และการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมีผลทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานมากขึ้น

1.5.1.3 เมตาบอลิซึม เนื่องจากการเจ็บครรภ์มีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เมตาบอลิซึมในร่างกายเพิ่มขึ้น การใช้ออกซิเจนมากขึ้น และหญิงมีครรภ์มักจะไม่ได้รับสารอาหารในระยะคลอด ร่วมกับการที่ไตขับไบคาร์บอเนต (HCO₃) ออกทางปัสสาวะ เพื่อลดภาวะการเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (metabolic acidosis) จึงมีผลเสียโดยตรงต่อหญิงมีครรภ์และทารก นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง จึงมีเศษอาหารและน้ำย่อยค้างในกระเพาะ ในกรณีที่หญิงมีครรภ์อาเจียน อาจสูดสูดสำลักลงปอดทำให้เกิดอันตรายได้

1.5.1.4 การทำงานของต่อมไร้ท่อ การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงและความวิตกกังวล จะมีผลเพิ่มการผลิตแคทีคอลลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) ทำให้กระแสโลหิตที่ไหลเวียนมายังมดลูกลดลง จึงทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติไป

1.5.1.5 จิตใจ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อจิต อารมณ์ของหญิงมีครรภ์ ทำให้หญิงมีครรภ์เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความ ตึงเครียดและแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บ ปวดมากขึ้น จึงเกิดเป็นกลุ่มอาการของ ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read 1984) นอกจากนี้ยังทำให้หญิงมีครรภ์เกิดประสบการณ์การคลอด ที่ไม่ดี มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้อีก ด้วย

1.5.2 ผลต่อการคลอด

ความเจ็บปวดจากการคลอดและความตึงเครียดทางอารมณ์ของหญิงมีครรภ์ มี ผลกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) ทำให้กล้ามเนื้อ มดลูกทำงานผิดปกติ จากการศึกษาของ Bonica (1994) พบว่า นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และคอร์ติซอล (cortisol) มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลง บางครั้งอาจพบว่าหญิงมีครรภ์ เจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ประสานกัน จึงไม่มีแรง ผลักดันทารกในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกมากพอที่จะทำให้เกิดการคลอด จึงเกิดความล่าช้าใน การคลอด และหญิงมีครรภ์ต้องสูญเสียพลังงานมาก ทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถ การ

1.5.3 ผลต่อทารก

ในขณะที่มดลูกหดตัวการแลกเปลี่ยนก๊าซที่บริเวณ อินเตอวิลลัส สเปซ (intervillous space) จะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งตามปกติร่างกาย ของทารกในครรภ์จะมีความอดทนต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของความดันก๊าซในหลอดเลือดได้ แต่ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวรุนแรงผิดปกติ มีความล่า ช้าในการคลอด มีภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (metabolic acidosis) จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้น และเกิดภาวะ การเป็นกรด (acidosis) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายคลอดได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาในขณะที่เจ็บครรภ์และคลอด ทำให้เกิดภาวะกดดันแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การหดตัวของมดลูกทำให้เกิดความดันในศีรษะทารก สมองของทารกอาจได้รับความกระทบ กระเทือนทำให้หลอดเลือดในสมองฉีกขาด มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา (dura) หรือใต้ชั้น อกแลคนอย (arachnoid) ได้

กล่าวได้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อให้เกิดความไม่สบาย ความวิตกกังวล ความ กลัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และจะส่งผลกระทบต่อทารก ในครรภ์ และการคลอดด้วย

1.6 ปฏิกริยาและการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

เมื่อมดลูกมีการหดตัว จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด เกิดพลังประสาทความเจ็บปวดนำส่งเข้าไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมอง จนเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดตั้งแต่วิเวณมดลูกที่มีการหดตัว ไขสันหลังและระดับสมองจะเกิดปฏิกริยาและตอบสนองต่อความเจ็บปวด ดังนี้ (จินตนา บ้านแก่ง, 2540: 23– 5; ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2542: 25-27)

1.6.1 ปฏิกริยาตอบสนองทางกาย

1.6.1.1 ปฏิกริยาเฉพาะที่ มดลูกมีการหดตัวจะปล่อยสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้นโดยตรงและ/หรือไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่งออกมาคือ bradykinin และ histamine ทำให้มดลูกไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น

1.6.1.2 ระดับไขสันหลัง มีรีเฟล็กซ์ไปทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่ายปัสสาวะลดการทำงานลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลงแต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ (local acidosis) กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และส่งพลังประสาทไปตามวิถีประสาทความเจ็บปวดไปยังสมอง

ส่วนหลอดเลือดจะมีการหดตัวทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงขาดออกซิเจนเกิดกรดแลคติก และเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่เช่นเดียวกัน ฉะนั้นการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดจึงเป็นแหล่งกระตุ้นใหม่ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นนี้จะไปเพิ่มรีเฟล็กซ์ที่ระดับไขสันหลังมากยิ่งขึ้น ทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (vicious cycle)

1.6.1.3 ระดับเหนือไขสันหลัง มีผลจากการทำงานของไฮโปทาลามัส เมื่อพลังประสาทของความเจ็บปวดไปกระตุ้นศูนย์ประสาทอัตโนมัติ (autonomic center) ในไฮโปทาลามัสจะไปเร่งการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้หลั่ง epinephrine เพิ่มขึ้น มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หลอดโลหิตส่วนปลายหดตัว ปลายมือปลายเท้าเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ขนลุก เป็นต้น ถ้าความเจ็บปวดรุนแรงมากและระยะเวลาเจ็บปวดนานจะไปเร่งการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง หลอดโลหิตส่วนปลายขยายตัว ผู้คลอดอาจเกิดอาการช็อคได้

1.6.2 ปฏิกริยาตอบสนองทางจิต เป็นผลจากการกระตุ้นที่ระดับเปลือกสมองที่มีการรับรู้ความเจ็บปวด และเกิดปฏิกริยาทางจิต และจิตสรีระดังนี้

1.6.2.1 ปฏิกริยาทางจิต เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เข้าใจให้เกิดอารมณ์และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางอารมณ์ ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตด้วย ได้แก่

1. การเร้าอารมณ์ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจะไปเร้าให้เกิดอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าและความโกรธ เป็นต้น อารมณ์ที่ถูกเร้าขึ้นนี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้ไปเปิดประตูในระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง ทำให้รู้สึกเจ็บปวด รุนแรงขึ้น และความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นนี้จะไปเพิ่มปฏิกริยาทางจิต ซึ่งทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นอีกเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่อาจพบได้ คือ แสดงอารมณ์เปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ, ไม่มีสมาธิ, จดจำข้อมูลไม่ได้, กระสับกระส่าย, กระพืดกระพืด หงุดหงิด โมโหง่าย, ถอยหนี แยกตัวเอง, ถดถอยเข้าสู่วัยที่ต่ำกว่า, ถือเอาตัวเองเป็นหลัก, ทำที่หมดหวัง

3. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต ที่อาจพบได้คือ

3.1 การรับประทานอาหาร ความเจ็บปวดมีผลทำให้ผู้คลอดเบื่ออาหาร ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมา คือ ภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร

3.2 การนอนหลับ ความเจ็บปวดมักไปรบกวนต่อการนอนหลับทำให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า (fatigue) และลดพลังงานสำรองในร่างกายซึ่งใช้ในการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด มีผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือ ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นนั่นเอง อีกทั้งมีผลต่อการพักผ่อนและเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน

1.6.2.2 ปฏิกริยาทางจิตสรีระ การรับรู้ความเจ็บปวดและปฏิกริยาทางจิตที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบการเคลื่อนไหว (motor system) ให้แสดงออกถึงความเจ็บปวดว่าจะต่อสู้หนีหรือแก้ไขความเจ็บปวดนั้น เช่น วิ่งหนีเมื่อถูกผึ้งต่อย เป็นต้น สำหรับการแสดงออกต่อความเจ็บปวดระบบการเคลื่อนไหวจะแสดงออกทางการเคลื่อนไหวและน้ำเสียง โดยสังเกตทางพฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (verbal expression) โดยอาจแสดงออกเป็นคำพูดหรือแสดงออกโดยเปล่งเสียงที่ไม่ใช่คำพูด

2. พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) โดยอาจแสดงออกทางสีหน้า หรือแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย

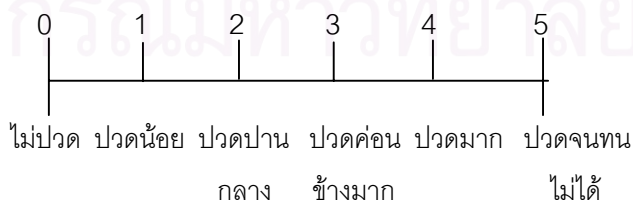
สรุปได้ว่าบุคคลมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้คงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลหรือความสุขสบายมากที่สุด ความเจ็บปวดเป็นความเครียดอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดสภาพความไม่สมดุลและไม่สุขสบายขึ้น จึงมีผลทำให้มีการปรับตัวโดยการลดปฏิกิริยาการตอบสนองทั้งทางสรีระ ทางจิต และจิตสรีระ แต่ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบพื้นฐานทั้งทางสรีระ สังคมและวัฒนธรรมด้วย ฉะนั้นจึงทำให้ปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน และไม่แปรไปตามความรุนแรงของความเจ็บปวดเสมอไป จึงกล่าวได้ว่า ความเจ็บปวดจากการคลอดเป็น สิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้คลอดจะต้องได้ตอบโดยตรงเพื่อ ขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด การได้ตอบจะแสดงออกมาในรูป ของพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับความรู้ สึกนึกคิด จิตใจและอารมณ์ของผู้คลอดนั้นๆ ด้วย

1.7 การประเมินความเจ็บปวด

การวัดหรือการประเมินความเจ็บปวด เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากเพราะความเจ็บปวดมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยการวัดหรือการประเมินความเจ็บปวดทาง คลินิกสามารถวัดหรือประเมินได้ดังนี้

1.7.1 การประเมินความเจ็บปวดโดยการรายงานของผู้ป่วย เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด และน่าเชื่อถือ โดยการให้บุคคลกำหนดความเจ็บปวดของตนเองลงบนแบบวัดความเจ็บปวด ซึ่งแบบวัดความเจ็บปวดที่ใช้วัดมีหลายชนิดดังนี้ (Stewart,M.L.1977; Champman, C.R., and Syrjala, K.L. 2001 ; จินตนา บ้านแก่ง, 2540)

1.7.1.1 แบบวัดระดับความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple descriptive scale)



แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิดนี้ ใช้งานส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการใช้ บอกระดับความเจ็บปวด แต่อาจมีปัญหาสำหรับผู้ตอบบางคนที่ไม่เข้าใจความหมายของคำที่ใช้

กำกับตัวเลขยากในการตัดสินใจเลือกเพราะมีหัวข้อเลือกน้อย การมีหัวข้อเลือกน้อยทำให้มีความเชื่อมั่น (reliable) มากขึ้น แต่ความไวในการวัดความเจ็บปวดลดลง

1.7.1.2 แบบวัดระดับความเจ็บปวดของแมลแซค (Melzack's scale)



แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิดนี้สร้างโดย Melzack และ Torgerson การวัดส่วนใหญ่เป็นการวัดส่วนประกอบด้านอารมณ์ หรือลักษณะทางคุณภาพของความเจ็บปวดมากกว่าความรุนแรงของความเจ็บปวด

1.7.1.3 0 – 100 Numeric Scale



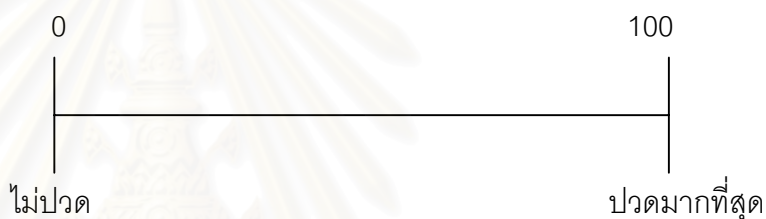
การวัดระดับความเจ็บปวดชนิดนี้ มีเลขต่อเนื่องกันตลอดมีตัวเลขมากขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มความไวในการวัดของเครื่องมือมากขึ้น การเลือกอาจพบว่าการเลือกเฉลี่ยตอนต้นกับตอนปลายก็ได้ เพราะฉะนั้นขณะที่บุคคลเลือกระดับความเจ็บปวด ควรจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นๆ ใช้ตัวเลขแทนความรุนแรงของความเจ็บปวด ค่าตัวเลขที่ได้นำไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติได้

1.7.1.4 มาตราสีวัดความเจ็บปวดของสจิวต (Stewart's pain color scale)

โดยการให้สีเป็นตัวแทนของความเจ็บปวด และเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นจะเป็นสีเข้มขึ้น สีเหลือง หรือสีส้ม ใช้กับความเจ็บปวดน้อยที่สุด จะใช้สีแดงหรือสีที่เข้มขึ้นแทนปริมาณความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น ใช้สีน้ำตาลหรือสีดำ แทนความเจ็บปวดที่รุนแรง

เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้ม	แดง	แดง	น้ำตาล	ดำ	ดำ
เหลือง		เขียว		แดง		น้ำตาล		น้ำตาล	
ไม่เจ็บปวดเลย			เจ็บปวดปานกลาง				เจ็บปวดมากที่สุด		

1.7.1.5 Visual Analogue หรือ Graphic Rating Scale



แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิดนี้เป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สูงสุดของความเจ็บปวด โดยขีดเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยวางปากบาทลงบนเส้นตรงตามความรู้สึกรุนแรงของความเจ็บปวดในขณะนั้น วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่ผู้ป่วยขีดไว้เป็นคะแนนความเจ็บปวดของบุคคลวัดออกมาเป็นมิลลิเมตร

1.7.2 การวัดความเจ็บปวดจากสัญญาณของระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นการวัดโดยเครื่องมือหรือสังเกตการตอบสนองของร่างกายเมื่อได้รับความเจ็บปวด ซึ่งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของร่างกายเป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic system) ถูกกระตุ้นทั้งซิมพาเธติก (sympathetic) และพาราซิมพาเธติก (parasympathetic) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถนำมาใช้เพื่อวัดระดับความเจ็บปวด เช่น รูม่านตาขยาย เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจหอบ หัวใจเต้นแรงเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (มัณฑนา กัลยา, 2540)

1.7.3 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวด

1.7.3.1 ด้านการออกเสียง เป็นการแสดงออกต่อความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์ที่แสดงออกถึงความกลัว และทางด้านกล้ามเนื้อได้อำนาจจิตใจ (voluntary muscle) โดยการเปล่งเสียงให้ดังขึ้น

1.7.3.2 ด้านร่างกายเป็นการแสดงออกต่อความเจ็บปวด ทั้งทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรและการหายใจเร็วและแรงขึ้น เป็นต้น และทางระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการเกร็งบิดตัวไปมา กระสับกระส่าย ยึดเกาะสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นหลัก อ่อนเพลีย หรือกระหายน้ำ เป็นต้น

1.7.3.3 ด้านการควบคุมการหายใจเป็นการแสดงออกต่อความเจ็บปวดทางด้านประสาทอัตโนมัติในการหายใจ และระบบโครงสร้างของกล้ามเนื้อในการควบคุมจังหวะการหายใจเข้าและหายใจออก

1.7.3.4 ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง เป็นการแสดงออกต่อความเจ็บปวดทางด้านระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ เช่น เม่นหรือขบริมฝีปากใช้มือลูบคลึงบริเวณที่เจ็บปวด หรือเปลี่ยนท่าและขยับตัวไม่ได้ และยังแสดงออกทางด้านจิตใจ เช่น การร้องไห้ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ หรือโกรธ เป็นต้น

1.7.3.5 ด้านคำพูด แสดงออกต่อความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความก้าวร้าวทางคำพูด ต่ำ สบถ ต่ำหนิผู้อื่น หรือร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา เป็นต้น

1.7.3.6 ด้านอารมณ์และพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ของความเจ็บปวด อาจสังเกตจากปฏิกิริยาความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์อื่นด้วย เช่น ความกลัว ความโกรธ ซึมเศร้า หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว การแสดงอำนาจเหนือคนอื่น การปฏิเสธหรือกล่าวโทษผู้อื่น

กล่าวได้ว่าการวัดหรือประเมินความเจ็บปวดทางคลินิกสามารถทำได้โดย ให้ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดด้วยตนเอง วัดความเจ็บปวดจากสัญญาณของระบบประสาทอัตโนมัติ และใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวด

2. พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้น บุคคลมักจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้คงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลหรือความสบายที่มากที่สุดโดยตรงเพื่อขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ที่เครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด การตอบโต้จะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

Clark และคณะ (1979: 368–371) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดตามลำดับกระบวนการคลอดไว้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะนี้ความแรงและการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก สิ่งกระตุ้นที่ถือว่าเป็นการคุกคามยังมีน้อย สิ่งกระตุ้นในระยะนี้มักมาจากสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ผู้คลอดยังมีความวิตกกังวลไม่มาก การรับรู้รวมทั้งการเรียนรู้ต่างๆยังดี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะนี้ ได้แก่

2.1.1. มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การยิ้ม การหัวเราะ มีการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น ซึ่งบางครั้งดูเหมือนเป็นการทำกิจกรรมที่มากผิดปกติ เช่น มีการซักถามถึงปัญหาต่างๆ ซึ่งแสดงถึงความสนใจสิ่งรอบๆ ตัว

2.1.2 มีความพยายามในการทำบทบาทอิสระของตน เช่น พยายามทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ต้องการการตัดสินใจด้วยตนเองแทนการทำตามคำสั่งหรือถูกบังคับและต้องการคำบอกเล่าหรือข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน

2.1.3 สามารถเรียนรู้การใช้เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายเป็นอย่างดีโดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาล

ระยะนี้ผู้คลอดบางคนอาจมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ซึมเศร้าถอยหนี

2.2 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะนี้มีสิ่งกระตุ้นต่างๆ มากขึ้น มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น ถึขึ้น ทำให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะนี้ ได้แก่

2.2.1 การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง พุดน้อยลง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีอาการงีบขี้ริ้ม และมีความตั้งใจแน่วแน่ โดยหมกมุ่นอยู่กับความก้าวหน้าของการคลอด

2.2.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยมีการร้องขอความช่วยเหลือบ่อยและมากขึ้นกว่าเดิม ความสามารถที่จะทำสิ่งที่ตนต้องการลดลง

2.2.3 มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเครียด และความต้องการที่จะลดความเครียดโดยเฉพาะความวิตกกังวลจากความเจ็บปวด พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย และมีปฏิกิริยาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ หน้าผกเบี้ยว มีการแสดงออกทางใบหน้า จับหรือกำขอบเตียงแน่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง นอกจากนั้นผู้คลอดจะมีอาการตื่นเต้น เปลี่ยนท่าบ่อยๆ คำพูดของผู้คลอดแสดงว่ามีความกลัว ไม่สุขสบาย และต้องการความช่วยเหลือ

2.2.4 ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง หรือถูกขัดขวาง จากสิ่งรบกวนมากมาย เช่น การใช้เทคนิคการหายใจเริ่มทำไม่สำเร็จ เริ่มแสดงอาการโกรธ และก้าวร้าว เช่น พุดจาหยาบคาย หรือแสดงกิริยาไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะนี้เกิดจากผู้คลอด มีการรับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ผิดไป เช่นมีความรู้สึกกว่าตนเองถูกแยกและถูกทอดทิ้งเกิด ความคิดฟุ้งซ่าน มีความรู้สึกถดถอย ปฏิเสธ เก็บกด และซึมเศร้า

2.3 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนแปลง และระยะที่สองของการคลอด ระยะนี้เป็นระยะที่มีความวิตกกังวลสูง อันเนื่องมาจากกระบวนการคลอด กล่าวคือ มีความเจ็บปวดและตึงเครียดสูงสุด ผู้คลอดจะพยายามเบ่งเอาทารกออกมา มีอาการทรมานทรมาย และเหนื่อยอ่อน พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะนี้ มีดังนี้

2.3.1 มีการแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่ค่อยตอบคำถาม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลงและแม้ว่าสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น จะทำให้เกิดความเครียดอย่างมากก็ตาม ผู้คลอดอาจเคลิ้มหลับไปบ่อยๆ และไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ต่างๆ ในระหว่างที่มดลูกหดตัว

2.3.2 มีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว เช่น ใช้เล็บขีดข่วนทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ ไม่ให้ความร่วมมือ แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม พบว่าผู้คลอดจะตกใจกลัวมากจนควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ ไม่สนองตอบต่อสิ่งใดทั้งสิ้น เรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะทนต่อความเจ็บปวดไม่ไหวอีกต่อไป

2.4 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอดระยะนี้ความตึงเครียดจะลดลง ถ้าการคลอดดำเนินไปตามปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะนี้จะเป็นระยะผ่อนคลายผู้คลอดจะเริ่มพูดคุยมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเหมือนในระยะปากมดลูกเปิดช้า ถ้าในระยะนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะเป็นสิ่งกระตุ้นใหม่ที่กระทบต่อผู้คลอด พฤติกรรมของผู้คลอดในระยะนี้พบว่ามีความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส ฟังเสียงของบุตร มีการถามคำถามเกี่ยวกับลักษณะและพฤติกรรมของบุตร ต้องการความมั่นใจจากบุคคลอื่นว่าบุตรของตนปกติและสุขภาพแข็งแรง และยังหมกมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ผ่านมา โดยมีการถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองคลอด

ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จะเกิดความเจ็บปวด ซึ่งจะรุนแรงขึ้นตามระยะการเปิดขยายของปากมดลูก ทั้งนี้ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์แสดงออกในรูปพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความเจ็บปวดในระยะต่างๆ แตกต่างกันไป หญิงตั้งครรภ์ที่แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมจะทำให้การคลอดสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความกลัว ความวิตกกังวล

รับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆผิดไป แล้วแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการคลอด้ล่าช้า อันอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับอันตรายได้ แต่ในปัจจุบันได้มีแนวทางในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เป็นอย่างดี ก็คือการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ได้มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

3. การเตรียมตัวคลอด

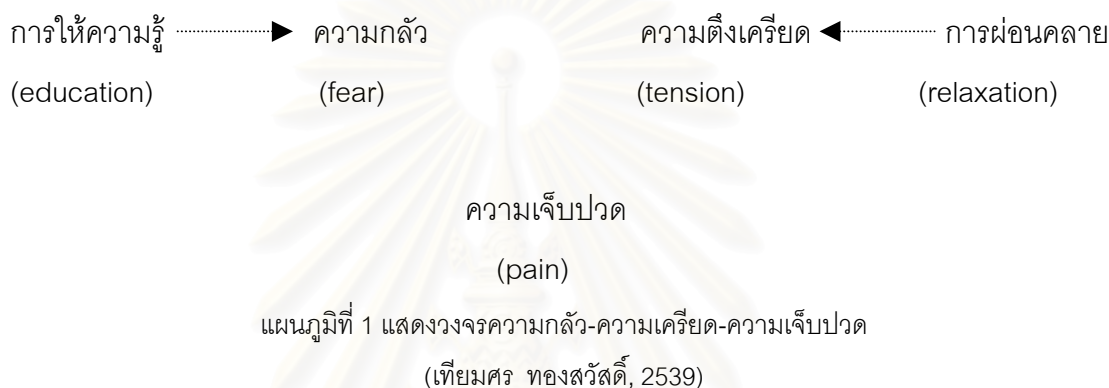
3.1 ความหมายของการเตรียมตัวคลอด

การเตรียมตัวคลอด หมายถึง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด เพื่อลดความหวาดวิตกที่ยิ่งใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะคลอด ซึ่งในกระบวนการคลอดต้องผ่านประสบการณ์นี้ด้วย การเตรียมตัวคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สามซึ่งเป็นช่วงที่หญิงมีครรภ์เตรียมตัวแยกจากทารก และความหวังใม่ที่ทารกกับการคลอดของตนซึ่งควรเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป (Auvenshine & Enriquez, 1990) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาฝึกเตรียมตัวคลอด จนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับการคลอด ซึ่งประโยชน์ของการเตรียมตัวคลอดนั้นนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ยังช่วยให้หญิงมีครรภ์สามารถควบคุมตนเองและเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในทางบวกอีกด้วย (Genest, 1981)

3.2 การเตรียมตัวคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read

Grantley Dick Read สูติแพทย์ชาวอังกฤษ ได้เสนอวิถีคลอดแบบธรรมชาติ (natural childbirth) Dick-Read เชื่อว่าการคลอดที่ไม่ใช้ยาระงับความเจ็บปวดและระงับความรู้สึก โดยใช้วิธีทางด้านการรักษาด้วยยาน้อยที่สุดซึ่งถือว่าเป็นภาวะคลอดปกติ สิ่งสำคัญที่สุดคือ การที่มารดามีส่วนร่วมตลอดระยะการคลอดเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกตั้งแต่ระยะแรก และได้เน้นจิตวิทยาของการคลอดบุตรว่า “ความกลัวเป็นสาเหตุของการเจ็บปวดที่สำคัญของการคลอดปกติ” มีพื้นฐานมาจากความคิดที่ว่า ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดจะเชื่อมโยงซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มอาการ ความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (fear-tensionpain syndrome) ความกลัวเป็นผลมาจากความไม่รู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่รู้เกี่ยวกับขบวนการคลอด ความลำเอียง และความเข้าใจผิดๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับหญิงที่เข้าสู่ระยะคลอด

ด้วยความกลัว ความวิตกกังวล ผลที่เกิดขึ้นทำให้มีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้ออ้อมถึงมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้จะป้องกันไม่ให้เกิดการถ่างขยายของปากมดลูก (cervical dilatation) ตามปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดและการคลอดล่าช้า และเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นก็จะมี ความตึงเครียดเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งก็จะเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังแผนภูมิข้างล่างนี้



เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า ความกลัวนั้นเกิดจากความไม่รู้ ความเข้าใจผิด ๆ และประสบการณ์ดั้งเดิมที่สะสมมาตลอดจนไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นการให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องของขบวนการตั้งครรภ์และการคลอด พัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ จะช่วยให้ความกลัวลดลง ความตึงเครียดลดลงได้ จะทำให้เกิดขบวนการทางด้านสรีรวิทยาที่เป็นไปตามธรรมชาติปราศจากความเจ็บปวด นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวแข็งแรงดี และสอนมารดาให้รู้จักวิธีการผ่อนคลาย (relaxation) ในขณะที่คลอดจะสามารถลดความเจ็บปวดได้ วิธีนี้เชื่อว่าจะสามารถเอาชนะความเข้าใจผิด ความกลัว และความไม่เข้าใจ ได้ด้วยการให้ความรู้ การศึกษาจะช่วยให้มารดาเข้าใจตนเองมากขึ้น และช่วยเหลือตนเองในระยะคลอดได้ ทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ความกลัวจะลดลง (Dick-Read, 1984; เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2539: 15-16)

หลักการเตรียมตัวคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read มีองค์ประกอบสำคัญสรุปได้ ดังนี้ (Dick-Read, 1984)

1. ให้ความรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์

ในระยะคลอด และคุ้นเคยกับสภาพของห้องคลอด ยับยั้งอิทธิพลของความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง มีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น

2. การเตรียมร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมเพื่อการคลอด ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การเตรียมกล้ามเนื้อ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายและบรรเทาความไม่สุขสบายเนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติ แต่การเปลี่ยนแปลงบางอย่างอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่สุขสบาย การวางท่าทางการยืน การนั่ง การนอนที่ถูกต้อง เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆได้ และการบริหารร่างกายในระยะตั้งครรภ์จะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อต่างๆ แข็งแรง เพราะการออกกำลังกายอยู่เสมอจะทำให้ปริมาณเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวในกล้ามเนื้อหนาขึ้น ผนังกล้ามเนื้อหนาและแข็งแรง เส้นใยกล้ามเนื้อขยาย จึงทำให้สมรรถภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อสูงขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น เช่น ระบบหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย การทำงานของสมอง และเส้นใยประสาทตื่นตัวอยู่เสมอ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทรวงอก กล้ามเนื้อช่องคลอดและฝีเย็บ ยืดหยุ่น ยืดขยายได้ดีมากขึ้น

2.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายเป็นวิธีที่มีประโยชน์ และสำคัญในการเผชิญความเจ็บปวดในขณะคลอด ความตึงเครียด ความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก ทำให้ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตึงเครียดและมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางและไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความตึงเครียดมากขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะมีผลในการขัดขวางต่อการป้อนกลับ ทำให้ระดับความตึงเครียดต่างๆลดลง ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นลดน้อยลงด้วย เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ผู้คลอดจะรู้สึกสบายขึ้นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น และในที่สุดจะบรรเทาความเจ็บปวดลงได้

2.3 การหายใจสำหรับการคลอด การใช้เทคนิคการหายใจในระยะคลอดจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายและลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง (Gorrie et al., 1994) ทั้งนี้เพราะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกตื่นตัวเป็นอย่างมาก หากสามารถควบคุมการหายใจให้เหมาะสมกับการหดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความผ่อนคลาย ความเจ็บปวดลดลงและเกิดความสมดุลของจำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย

3.การปรับระดับประคองจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัว เป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลออดลดลง

จากแนวความคิดเตรียมตัวคลออดของ Dick-Read สรุปได้ว่าความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ความกลัวเป็นสาเหตุที่สำคัญของความเจ็บปวดในระยะคลออด ความกลัวเกิดจากความไม่รู้ ความเข้าใจผิดๆ และประสบการณ์เดิมที่สะสมมา ตลอดจนไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยนำหลักการเตรียมตัวคลออดตามแนวคิดของ Dick-Read มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลออดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี โดยประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลออด การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลออด ซึ่งประกอบด้วย การบริหารร่างกาย การฝึกเทคนิคต่างๆเพื่อใช้บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลออดได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการหายใจ ตลอดจนการให้การปรับระดับประคองจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัว เป็นการตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลออดลดลง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลออดได้อย่างเหมาะสมมีผลทำให้มีการคลออดที่ปลอดภัยมีมารดาและทารกมีสุขภาพดี

3.3. การเตรียมตัวตามปกติของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวจากบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ มาอยู่ในภาวะที่ต้องเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ การคลออด และการเป็นมารดาในระยะหลังคลออด ทางด้านร่างกายหญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ทางด้านจิตใจหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกทั้งตื่นเต้น ดีใจ และวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลออด การให้คำแนะนำและการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆไม่ให้เกิดขึ้นหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตลอดจนเป็นการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมให้มีความสมบูรณ์และพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ การคลออด และระยะหลังคลออดด้วย

การให้การดูแลและให้คำแนะนำต่างๆเพื่อเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์ตามปกติ จะให้ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจครรภ์ ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำจะแตกต่างกันตามสภาพความพร้อมของสถานบริการ เจ้าหน้าที่ ตลอดจนจำนวนผู้มารับบริการ แต่โดยปกติเท่าที่ปฏิบัติกันใน

ขณะนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจครรภ์จะได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และ/หรือได้รับการสอนเป็นกลุ่ม โดยจัดการสอนเป็นระยะๆตามวันนัดตรวจครรภ์ และใช้เวลาสอนประมาณครั้งละ 30 – 60 นาที ในระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจครรภ์ ซึ่งหัวข้อการสอนและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมตัวตามปกติ สรุปได้โดยย่อดังนี้ (วรารุท สุมาวงศ์, 2533)

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะตั้งครรภ์ อาการไม่สุขสบายตลอดจนอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

2. การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลเต้านมและหัวนม ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

3. การเตรียมของเครื่องใช้สำหรับมารดาและทารก ตลอดจนแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ

4. ลักษณะของการเจ็บครรภ์ และการปฏิบัติตนในระยะที่ 1 2 และ 3 ของการคลอด ซึ่งบางแห่งมีการสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด โดยเนื้อหาในการสอนจะครอบคลุม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระยะคลอด และขณะคลอด

ส่วนที่ 2 การเตรียมร่างกายประกอบด้วย การฝึกบริหารร่างกาย ฝึกการผ่อนคลาย ฝึกการหายใจและการลูบหน้าท้อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำไปใช้ลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในระหว่างคลอด

ส่วนที่ 3 การประคับประคองอารมณ์ รวมทั้งการทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจว่าสามารถทนต่อความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นได้

ทั้งนี้การจัดการสอนและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดจะมุ่งเน้นที่ตัวหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ และรูปแบบการสอนจะขึ้นกับความพร้อม ตลอดจนนโยบายของแต่ละสถานบริการเป็นหลัก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสอน

4.1.1 ความหมายของการสอน

Good (1973: 588) กล่าวว่า การสอน หมายถึง การให้การศึกษอบรมสั่งสอน นักเรียนตามสถานศึกษาโดยทั่วไป และการจัดสภาพการณ์ของการเรียนการสอน การวางแผน การจัดรูปแบบในการสอนและการเรียนรู้ต่างๆ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้ได้โดยง่าย

Fattu (1960 อ้างถึงใน ขวัญตา ไผ่หยกงาม, 2534) ได้กล่าวถึงการสอนไว้ว่า การ สอน หมายถึง ทุกอย่างที่คุณสอนทำ ซึ่งอาจจะเป็นงานที่คุณสอนทำโดยลำพัง หรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้ เพื่อจัดประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่ผู้เรียนในรูปของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์เพื่อให้ผู้เรียนได้มี การพัฒนาทางด้านความคิด เหตุผล ทักษะคิด ทักษะอุปนิสัยเห็นคุณค่า และความสำคัญของ ชีวิตในอนาคต

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) ได้สรุปว่าการสอน หมายถึง กระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

กล่าวได้ว่าการสอน หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด และทักษะ ต่างๆ จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดประสงค์ที่กำหนด

4.1.2 การสอนอย่างมีแบบแผน

การสอนนั้นมีการสอนชนิดที่มีแบบแผน และไม่มีแบบแผน แต่การสอนที่ทำให้ เกิดการเรียนรู้ที่สมบูรณ์มีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน คือ การสอนอย่างมีแบบแผน เนื่องจากการ สอนอย่างมีแบบแผนมีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้สอน ผู้เรียน และมีการเตรียมการจัดการเรียน การสอนไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (Redman, 1986)

1. การประเมินปัญหา และความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน
2. การประเมินความพร้อมที่จะเรียน
3. การวางแผนการสอน
4. การดำเนินการสอน
5. การประเมินผลการสอน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาโดยสอนหญิงตั้งครรภ์และสามีอย่างมีแบบ แผน โดยจัดทำโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีขึ้น โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1 ประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์และสามี จาก การศึกษาแนวคิดการเตรียมคลอดของ Dick-Read เอกสารและงานวิจัยต่างๆนำมากำหนดเนื้อหา เพื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีอย่างครอบคลุม

2 ประเมินความพร้อมที่จะเรียนของหญิงตั้งครรภ์และสามี ทั้งในด้านตัวผู้เรียน และปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการจัดการเรียนการสอน

3 วางแผนการสอนให้มีความพร้อมทั้งในด้านเนื้อหา การจัดเตรียมกิจกรรมที่เน้น ให้สามีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนภรรยา สื่อการสอน การประเมินผล โดยผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกการ สอนเรื่องการเตรียมตัวคลอดขึ้น จำนวน 3 ชุด ในแผนการสอนแต่ละชุดประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน การประเมินผล และได้กำหนดขั้นตอนการสอนใน แผนการสอน เป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นนำ ขั้นสอน ขั้นสรุป

4 ดำเนินการสอนโดยใช้บันทึกการสอนที่จัดทำขึ้น ตามโปรแกรมการสอนเตรียม ตัวคลอด

5 ประเมินผลการสอนเมื่อจบการสอนแต่ละครั้ง แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

4.1.3 การทำบันทึกการสอน (Prepare Lesson Plan)

การทำบันทึกการสอน หมายถึง การเตรียมบทเรียนที่จะสอนล่วงหน้า ซึ่ง จะช่วยให้ผู้สอนได้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะทำการสอน ความพร้อมที่จะทำการสอนก็คือ ความ พร้อมในด้านเนื้อหาวิชาความพร้อมทางด้านการจัดเตรียมกิจกรรม และสื่อการสอนที่จะนำมาช่วย ในการสอน และรวมถึงความพร้อมทางด้านการจัดหาแนวทางสำหรับวัตถุประสงค์การสอนด้วย ความ พร้อมทั้งหลายนี้จะช่วยให้ผู้สอนมีความมั่นใจการดำเนินการสอนให้สำเร็จได้ด้วยดี การเตรียมบท เรียนล่วงหน้าจะต้องมีการจดบันทึกเอาไว้ ซึ่งเรียกว่า การทำบันทึกการสอน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการสอนครั้งนั้นก่อนการสอน ผู้สอน จะต้องมียุติมุ่งหมายของการสอน จุดมุ่งหมายที่ตั้งขึ้นประกอบด้วยจุดมุ่งหมายรวม (หรือเรียกว่า จุดมุ่งหมายทั่วไป) และจุดมุ่งหมายย่อย (หรือเรียกว่า จุดมุ่งหมายเฉพาะ) จุดมุ่งหมายรวมเป็นจุด มุ่งหมายที่เป็นขั้นสุดท้ายของการสอนซึ่งต้องกำหนดขึ้นก่อนที่จะกำหนดจุดมุ่งหมายย่อย

ขั้นที่ 2 กำหนดจุดมุ่งหมายย่อย จุดมุ่งหมายย่อย คือ จุดมุ่งหมายที่แตก ออกมาจากจุดมุ่งหมายรวม ซึ่งแต่ละข้อของจุดมุ่งหมายย่อยจะกล่าวอย่างชัดเจนและเฉพาะ เจาะจง การกำหนดจุดมุ่งหมายย่อยเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากการสอนเป็นวิธีที่พยายาม เปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียนจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมที่มุ่งหมายไว้ ดังนั้นผู้สอนจะทราบได้ ว่าผู้เรียนมีการเปลี่ยนพฤติกรรมไปตามที่ต้องการ ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายย่อยของการ สอนในเชิงพฤติกรรม (Behavioral Objectives) หรือเรียกว่า กำหนดจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม ซึ่ง จุดมุ่งหมายในเชิงพฤติกรรมนี้สามารถนำไปสู่การกำหนดเนื้อหาการกำหนดกิจกรรม การกำหนด

สื่อการสอนและนำไปสู่การวัดประเมินผลการสอนได้อย่างแน่นอน พอจะสรุปลักษณะของจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมได้ดังนี้

ก. กำหนดไว้อย่างแน่นอน ชัดเจน ไม่คลุมเครือ เป็นจุดมุ่งหมายเฉพาะเรื่อง เฉพาะบทเรียนที่กำหนดไว้ในการสอนแต่ละครั้ง

ข. ข้อความที่กำหนดจะต้องมีคำกริยาที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถวัดได้ด้วยการสังเกต

ค. จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม ต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการคือ พฤติกรรมขั้นสุดท้าย เงื่อนไขซึ่งหมายถึงสถานการณ์ที่กำหนดให้แก่ผู้เรียนก่อนที่จะให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เกณฑ์ซึ่งหมายถึง ความต้องการที่ผู้สอนกำหนดให้ผู้เรียนแสดงออกมาหรือผู้เรียนต้องแสดงสิ่งใดออกมาจึงจะถือว่าได้ผลสมบูรณ์ ส่วนประกอบทั้ง 3 ประการนี้ ถ้ามีอย่างครบถ้วนจะทำให้การเขียนจุดมุ่งหมายสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 3 จัดสรรเนื้อหาสาระที่จะสอน โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองให้ได้มาซึ่งความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดให้แก่ผู้เรียน ผู้สอนจะต้องมีความรู้ในเนื้อหาวิชาที่เพียงพอ ครอบคลุมมีความแม่นยำในเนื้อหา และทั้งยังต้องมีความรู้ในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสอนด้วย ผู้สอนจะต้องเตรียมเนื้อหาให้ครอบคลุมจุดมุ่งหมายย่อยทุกข้อ

ขั้นที่ 4 กำหนดกิจกรรมการสอน กิจกรรมการสอน คือ กิจกรรมระหว่างผู้สอนและผู้เรียน กิจกรรมจะช่วยบอกว่าเนื้อหาตอนนี้ ผู้สอนทำอย่างไรจึงจะบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้สอนรู้ว่าจะให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนในเรื่องไหน อย่างไร จะนำสื่อการสอนมาใช้อย่างไร โดยทั่วไปแล้วกิจกรรมการสอนจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ก. ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน ขั้นนี้เป็นขั้นที่บอกว่า ผู้สอนจะเริ่มต้นอย่างไร มีวิธีโน้มน้าวจูงใจผู้เรียนให้สนใจบทเรียนด้วยวิธีใด ซึ่งขั้นนี้ผู้สอนยังไม่เน้นถึงการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาให้แก่ผู้เรียนปกติมักใช้เวลาประมาณ 5-7 นาที

ข. ขั้นสอน ขั้นนี้เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาให้แก่ผู้เรียนด้วยวิธีการต่างๆ ขั้นนี้ใช้เวลามาก มีการใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนในรูปแบบต่าง ๆ สอดแทรกเข้ามาระหว่างกิจกรรมของผู้เรียนและผู้สอน การสอนแต่ละตอน จะต้องประเมินผลไปด้วย เพื่อให้ทราบว่า การสอนได้รับความสำเร็จบรรลุถึงจุดมุ่งหมายย่อย แต่ละข้อหรือไม่

ค. ขั้นสรุป เมื่อผู้สอนได้ใช้วิธีการสอนแบบต่างๆ ถ่ายทอดเนื้อหาที่ต้องการให้แก่ผู้เรียนแล้ว ผู้สอนจะต้องมีการสรุปเนื้อหาซึ่งการสรุปเนื้อหาจะช่วยยืนยันให้ผู้เรียนทราบว่าประเด็นสำคัญของการเรียนครั้งนี้มีอะไรบ้างหรือจุดเด่นของเรื่องนี้คืออะไร การสรุปทำได้หลายรูปแบบ คือ ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญให้ฟัง ผู้สอนตั้งปัญหาและให้ผู้เรียนเป็นผู้ตอบซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีการประเมินผลได้ด้วย ผู้สอนสรุปโดยใช้สื่อการสอนประกอบ ผู้เรียนสรุปเองทีละคน คนละข้อ

การกำหนดกิจกรรมการสอน มักจะกระทำควบคู่ไปกับการเลือกสื่อการสอนและการเลือกวิธีประเมินผลการสอนแต่ละตอน การเลือกสื่อการสอนจะช่วยบอกว่าสื่อการสอนชนิดใดใช้ในการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาเรื่องอะไร และวิธีประเมินผลจะช่วยบอกว่า ผู้สอนจะทราบโดยวิธีใดว่าการสอนบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นการสร้างกิจกรรมการเรียนการสอน การเลือกสื่อการสอนและการเลือกวิธีการประเมินผลจะต้องกระทำไปพร้อม ๆ กัน

ขั้นที่ 5 เขียนบันทึกการสอนที่ได้กำหนดไว้เป็นหลักฐานโดยแบ่งหน้ากระดาษออกเป็นตาราง ในตารางประกอบด้วย จุดมุ่งหมายย่อย เนื้อหาวิชา กิจกรรม สื่อการสอน และวิธีประเมินผล (สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์ 2525: 112-120)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด จำนวน 3 ชุด โดยดำเนินการสร้างตามขั้นตอนดังนี้ กำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไป กำหนดจุดมุ่งหมายย่อยของการสอนในเชิงพฤติกรรม กำหนดเนื้อหาที่จะสอน กำหนดกิจกรรมการสอนระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนรวมถึงสื่อที่จะนำมาใช้ โดยกำหนดกิจกรรมการสอนเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นสอน ขั้นสรุป

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้

4.2.1 ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ วุฒิกาวะ พิษของยาต่างๆ รวมทั้งอุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ (อารี พันธุ์มณี, 2538: 86)

4.2.2 รูปแบบของการเรียนรู้ (model of learning)

Clayton (อ้างถึงใน ประสาท อิศรปริดา, 2522: 89) ให้ความเห็นว่า รูปแบบของการเรียนรู้เป็นวัฏจักรของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ตัว คือ สิ่งเร้า (stimulus-S) อินทรีย์ (organism – O) และการตอบสนอง (response – R)

สิ่งเร้า (S) มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของมนุษย์ สิ่งเร้าจะผ่านอวัยวะสัมผัสทาง ผิวหนัง ตา หู จมูกหรือลิ้น สิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสหลาย ๆ ทาง ย่อมมีผลต่อการเรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว

อินทรีย์ (O) ในสถานการณ์การเรียนรู้ ผู้เรียนต้องแปลสิ่งเร้าด้วยการวิเคราะห์ สังเคราะห์และการให้ความหมาย ขณะเรียนรู้จะเกิดกระบวนการที่ตั้งอยู่บนรากฐานของสิ่งต่อไปนี้เป็น การรับรู้ แรงจูงใจ เจตคติ ทักษะ สติปัญญา ความรู้หรือประสบการณ์เดิม

การตอบสนอง (R) การเรียนรู้ย่อมขึ้นกับผู้เรียนว่าจะทำกิจกรรมนั้นอย่างไร หรือมีการตอบสนองออกมาอย่างไร การตอบสนองจะเป็นพฤติกรรมที่เราสามารถวัดผลของการเรียนรู้ของบุคคลได้

4.2.3 ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่สำคัญ อาจจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีสนามหรือทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (field or cognitive theories) และทฤษฎีกลุ่มสัมพันธ์ต่อเนื่อง (associative theory) ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีหนึ่งในกลุ่มของทฤษฎีกลุ่มสัมพันธ์ต่อเนื่อง ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike กล่าวถึงการเชื่อมโยงระหว่าง สิ่งเร้า (S) กับการตอบสนอง (R) โดยมีหลักพื้นฐานว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่มักจะออกมาในรูปแบบต่าง ๆ หลายรูปแบบโดยการลองผิด ลองถูก (trial and error) ซึ่งอธิบายไว้ว่า เมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามดิ้นรนแก้ปัญหาโดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหลาย ๆ วิธีจนพบกับวิธีที่เหมาะสมและถูกต้องกับสถานการณ์หรือปัญหา เมื่อได้รับการตอบสนองที่ถูกต้องก็จะนำไปต่อเนื่องเข้ากับสิ่งเร้านั้น ๆ จึงมีผลให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น Thorndike เน้นว่าสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้คือ สิ่งเสริมแรง (reinforcement) ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง (S-R) มากขึ้น หมายความว่า สิ่งเร้าใดทำให้เกิดการตอบสนอง และการตอบสนองนั้นได้รับการเสริมแรงจะก่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองนั้น ๆ มากขึ้น(อารี พันธุ์มณี, 2538: 121) Thorndike ได้สรุปกฎการเรียนรู้หลักไว้ 3 กฎ ดังนี้

1. กฎแห่งความพร้อม (law of readiness) หมายถึง สภาพความพร้อมของผู้เรียนอันเนื่องมาจากวุฒิภาวะโดยมีพื้นฐาน ประสบการณ์เดิม และความพร้อมทางจิตใจ ความพร้อมในการรับรู้และมีแรงจูงใจที่จะเรียน กฎนี้อธิบายว่าการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความพร้อมในการอ่าน เขียน และพูด รวมทั้งมีภาวะรับการจูงใจที่เหมาะสม สรุปความสำคัญได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ถ้าได้เรียนหรือกระทำสมปรารถนา บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ

พร้อม → ได้กระทำ → พอใจ → เกิดการเรียนรู้

1.2 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ถ้าไม่ได้เรียนหรือไม่ได้กระทำ บุคคลจะเกิดความรำคาญ คับข้องใจ หรือไม่พอใจ

พร้อม → ไม่ได้กระทำ → ไม่พอใจ → ไม่เกิดการเรียนรู้

1.3 เมื่อบุคคลยังไม่พร้อม แล้วถูกบังคับให้เรียนหรือกระทำกิจกรรมบุคคลจะเกิดความรำคาญใจ คับข้องใจ หรือไม่พอใจ

ไม่พร้อม → ต้องกระทำ → ไม่พอใจ → ไม่เกิดการเรียนรู้

2. กฎเกี่ยวกับการฝึกหัด (law of exercise) หมายถึง การได้ฝึกหัดหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร กฎนี้จำแนกเป็น 2 กฎย่อย คือ

2.1 กฎแห่งการใช้ (law of use) มีใจความว่า การกระทำใดๆก็ตาม ถ้าได้กระทำอยู่เสมอ ไม่ทิ้งช่วงห่างนานความชำนาญคล่องแคล่วและทักษะในการกระทำนั้นๆ จะเกิดมีมากยิ่งขึ้น ย่อมทำสิ่งนั้นได้ดีขึ้น

2.2 กฎแห่งการไม่ได้ใช้ (law of disuse) มีใจความว่า การกระทำใดๆก็ตามถ้าทิ้งช่วงไว้นานเกินไป ทอดทิ้งละเลยไปนาน การกระทำในสิ่งนั้นมักไม่ได้ผลดีเหมือนเดิมจะค่อยๆ ลืมเลือนไป

3. กฎแห่งผล (law of effect) หมายถึง การกระทำที่ทำไปแล้ว ถ้าได้ผลที่พึงพอใจ บุคคลมักมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำอีกเมื่อได้สัมผัสกับสิ่งเร้าเดิม แต่การกระทำใดที่ทำแล้วไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ บุคคลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก ดังนั้นถ้าต้องการให้พฤติกรรมที่ต้องการเกิดขึ้นและมีความคงทนถาวรตลอดไป ต้องให้บุคคลได้รับผลที่เป็นพึงพอใจ ซึ่ง Thorndike เน้นการให้รางวัลเป็นสำคัญ

การนำแนวคิดของ Thorndike ไปใช้ในการเรียนการสอน

Fitch (อ้างถึงใน อารี พันธุ์มณี, 2538: 126) ได้เสนอแนะในการจัดการเรียนลำดับขั้นการสอนไว้ดังนี้

1. ต้องแยกเนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อย ๆ และเพื่อเป็นการสร้างความพร้อมแก่ผู้เรียน ควรวางแผนจัดทำโครงการสอน และแจ้งให้ผู้เรียนทราบล่วงหน้าถึงกำหนดการเรียน ในแต่ละหัวข้อหรือแต่ละหน่วยย่อย

2. ต้องวางแผนและกำหนดให้ชัดเจนในเรื่องการฝึกฝน หรือให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญ เกิดความพอใจในการเรียนรู้นั้น

3. ต้องจัดกิจกรรม บทเรียน เป็นลำดับขั้นของการสอนกล่าวคือ สอนจากง่ายไปหายาก สอนจากสิ่งใกล้ตัวไปสู่สิ่งไกลตัว และพยายามสอนให้ต่อเนื่อง และผสมผสานสอดคล้องในเนื้อหาที่เรียน

การนำทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike ไปใช้ในการเรียนการสอน

กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์ (2528: 57) ได้สรุปถึงการนำทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ดังนี้

1. การที่จะให้บุคคลเรียนรู้จะต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนเรียนโดยการลองผิดลองถูก หรือลองจากสถานการณ์จริงด้วยตนเอง จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และค้นพบวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเองและจะทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อความสำเร็จ มีความเชื่อมั่นและอยากเรียนรู้ในโอกาสต่อไป

2. การนำกฎแห่งความพร้อมมาใช้ หมายถึง การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพสูงเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม จึงควรส่งเสริมจัดสถานการณ์ให้ผู้เรียนมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกายและเสริมแรงจูงใจของผู้เรียน

3. การนำกฎการฝึกหัดมาใช้ หมายถึง ผู้สอนควรสอนให้ผู้เรียนตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ ไม่ควรเน้นการสอนเพื่อรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด หรือให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติขณะที่เรียน และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร

4. การนำกฎแห่งผลมาใช้ หมายถึง ผู้สอนควรส่งเสริมและจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจและมีความรู้สึกรักอยากเรียน

สรุป จากแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้หลักของ Thorndike ซึ่งประกอบด้วยกฎแห่งความพร้อม กฎเกี่ยวกับการฝึกหัด กฎแห่งผลมาประยุกต์ใช้ในการจัดการสอนเพื่อเตรียมตัวตลอด ดังนี้

1. มีการวางแผนการสอนโดยแยกเนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อยๆ จัดการสอนอย่างมีขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง วางแผนและกำหนดสิ่งที่ต้องการให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดการเรียนรู้พร้อมทั้งแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์และสามีทราบล่วงหน้าถึงกำหนดการเรียนในแต่ละครั้ง

2. จัดกิจกรรมการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน เรียงลำดับขั้นการสอนจากง่ายไปยาก จากสิ่งใกล้ตัวไปสู่สิ่งไกลตัว มีการสาธิตและให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการฝึกปฏิบัติ และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอที่บ้านเพื่อให้เกิดทักษะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3. มีการจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดความพอใจ สนใจ และมีความรู้สึกรักอยากเรียนรวมทั้งให้กำลังใจ กล่าวชมเชยซึ่งเป็นการช่วยเสริมแรงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้

4. มีการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา น่าสนใจ เข้าใจง่าย เช่น สไลด์ชุดแนะนำสถานที่คลอด คู่มือคุณพ่อ-คุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด เป็นต้น เพราะสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆทาง จะทำให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ที่มากกว่าสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว

5. การนำกฎแห่งความพร้อมมาใช้ เนื่องจากการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพสูง เมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ดังนั้นจึงมีการจัดเตรียมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางกาย จิตใจ โดยได้รับการสนับสนุนจากสามีในการเตรียมตัวคลอด มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปราศจากบุคคลหรือเสียงรบกวนต่างๆ และจัดการเรียนการสอนในช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวแยกจากทารก และความห่วงใยมุ่งที่ทารกกับการคลอด จึงมีความพร้อมในการเรียนรู้และมีแรงจูงใจที่จะเรียน เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมที่จะเรียน ถ้าได้เรียนก็จะเกิดการเรียนรู้

4.2.4 วิธีการให้ความรู้

การให้ความรู้นั้นจำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีการให้ความรู้หลากหลายวิธี ผู้สอนควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้ เนื้อหาที่สอน ความแตกต่างระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่งการเลือกวิธีการรู้นั้นขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของผู้สอน (จำเนียร ศิลปวานิช, 2538: 161) วิธีการรู้นั้น มีหลายวิธีในที่นี้จะนำเสนอ 3 วิธีดังนี้

4.2.4.1 การบรรยาย

การบรรยายเป็นวิธีการพื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เป็นการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลจูงใจ และเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื้อหาสำหรับการบรรยายต้องจัดลำดับให้มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและควรมีการเน้นโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตลอดจนมีตัวอย่างที่มีรูปธรรมประกอบในจุดที่ต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ หรือมีการใช้สื่อประกอบการบรรยาย เพราะนอกจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้นแล้วยังทำให้เกิดความเข้าใจง่าย การบรรยายจะมีประสิทธิภาพเมื่อ

- 1 ผู้บรรยายมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
- 2 ผู้เรียนทุกคนต้องการที่จะรับฟังเนื้อหาเรื่องเดียวกันและในเวลาเดียวกัน
- 3 มีการแจกเอกสารเพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และเอกสารจะเป็นแนวทางในการอภิปรายเพื่อเป็นการติดตามการบรรยาย

4.2.4.2 การสาธิต

การสาธิตเป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีการเตรียมการเสนอความรู้ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางปฏิบัติ หรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง โดยมีอุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการสาธิตให้มองเห็นกระบวนการทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนได้อย่างชัดเจน การสาธิตจะได้ผลดีเมื่อมีการเตรียมล่วงหน้าที่ดี ดังนี้ (สุริย์ จันทร์โสมลี, 2527: 196)

1. การวางแผนการสาธิตด้วยความรอบคอบ โดยพิจารณาว่าส่วนไหนของเนื้อหาเรื่องควรจะใช้วิธีการสาธิต
 2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการสาธิตให้ชัดเจน ควรระบุว่าต้องการให้ผู้เรียนเกิดความรู้ และปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด
 3. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียนโดยละเอียด เพื่อจะได้สาธิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
 4. จัดขั้นตอนของการสาธิตให้เป็นไปตามลำดับ พร้อมทั้งเตรียมเนื้อหาที่จะช่วยในการอธิบายในการสาธิตแต่ละขั้นตอนให้พร้อม
 5. จัดเตรียมวัสดุและเครื่องมือที่จำเป็นจะต้องใช้ให้พร้อม และทำการทดสอบล่วงหน้าเมื่อข้อขัดข้องจะได้แก้ไขได้
 6. ถ้าจะต้องมีผู้ช่วยการสาธิตจะต้องกำหนดบทบาทให้ชัดเจน เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย
 7. เตรียมสถานที่ให้พร้อม โดยจัดที่นั่งให้ผู้ดูทุกคนสามารถมองเห็นได้อย่างทั่วถึง
 8. เตรียมผู้ฟังโดยบอกวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนต่างๆ ของการสาธิตให้รู้ล่วงหน้า
 9. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือทำตามผู้สอนที่ทำได้ การสาธิตจะให้ผลที่สมบูรณ์จะต้องให้ผู้เรียนทุกคนได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนหรือผู้ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด
 10. ประเมินผลการสาธิตโดยการซักถาม หรือสังเกตปฏิบัติการผู้เรียนว่าทำตามได้ถูกต้องเพียงใด ให้คำแนะนำ แก้ไข หรือให้คำชม แล้วฝึกใหม่จนสามารถทำได้ถูกต้อง
- สิ่งที่ควรคำนึงในการสอนแบบสาธิต คือ เครื่องมือเครื่องใช้ต้องพร้อมที่จะปฏิบัติได้ทันที และปฏิบัติอย่างได้ผล ระหว่างปฏิบัติให้ดูนั้นจะต้องแน่ใจว่าผู้เรียนสามารถมองเห็นและเข้าใจอย่างแท้จริง ผู้สอนจะต้องดูแลให้ความเห็นและเปิดโอกาสให้ซักถามได้

4.2.4.3 การฝึกปฏิบัติ

การฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิดทัศนคติเป็นลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในการที่จะทำให้นักเรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบคือ ความรู้

เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้จากโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆ ด้วยตนเอง สิ่งที่ต้องคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทักษะคิด อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำ และการให้กำลังใจหรือแรงเสริม (สุดาพร วิรวงกุล.2538: 36)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคที่กำหนดไว้ในแผนการสอนในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีเพื่อเตรียมตัวคลอด โดยใช้วิธีการบรรยายตามเนื้อหาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ใช้วิธีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกาย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจสำหรับการคลอด ให้หญิงตั้งครรภ์และสามีร่วมฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนของสามี

5.1 บทบาทของสามีขณะภรรยาตั้งครรภ์

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกตามหน้าที่ในตำแหน่ง หรือตามความคาดหวังของสังคม (นิศารัตน์ โห้โก๋, 2540:17) ดังนั้นในระยะเวลาที่ภรรยามีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์จะทำให้สามีหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเพื่อดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ สามีจะมีบทบาทในขณะภรรยาตั้งครรภ์ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้คือ

4.1.1 บทบาทด้านการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ในสังคมไทยแต่เดิมนั้นหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวมักจะเป็นหน้าที่ของสามีโดยตรง และภรรยาจะอยู่บ้านเลี้ยงลูกเพียงอย่างเดียว แต่ปัจจุบันภาวะสังคมเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไปทำให้ภรรยาต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว สำหรับครอบครัวที่อยู่ในระยะเริ่มมีบุตรนั้น จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ภรรยาตั้งครรภ์ เพราะในขณะที่ยังไม่ตั้งครรภ์ทั้งฝ่ายภรรยาและสามีต่างก็สามารถออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ แต่เมื่อภรรยาตั้งครรภ์จะต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด หรือภรรยาบางรายอาจมีความจำเป็นที่จะต้องหยุดงานพักอยู่บ้านเฉยๆ หรือเมื่อคลอดบุตร รายจ่ายของครอบครัวก็จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ สามีบางราย

อาจจะต้องมีการทำงานมากขึ้นกว่าเดิม มีการทำงานล่วงเวลา หรือทำงานอื่นทำนอกจากงานประจำเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว (May, 1982: 340)

4.1.2 บทบาทด้านการปกป้องคุ้มครองสมาชิกครอบครัว Neeson และ May (1986: 356) กล่าวว่า บทบาทด้านการปกป้องคุ้มครองสมาชิกครอบครัวของสามีมีนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญอันหนึ่ง ซึ่งสามีจะเริ่มแสดงบทบาทดังกล่าวตั้งแต่ขณะบุตรอยู่ในครรภ์ภรรยา โดยการกระตือรือร้นที่จะพาภรรยาไปฝากครรภ์นับตั้งแต่ได้รับทราบว่าภรรยาของตนเองตั้งครรภ์ และต่อจากนั้นก็มีการพาภรรยาไปตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด มีการแสดงความต้องการที่จะรับทราบผลการตรวจครรภ์และเฝ้าดูการเจริญเติบโตและการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์

ในระยะเวลาที่ทารกในครรภ์เจริญเติบโตมากขึ้นจนสามารถรับรู้การเคลื่อนไหวผ่านทางหน้าท้องได้ ผู้ที่จะเป็นบิดาจะเริ่มมีความวิตกกังวลและหวาดกลัวว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงทำให้มีการปรับปรุงรูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์เพื่อให้เหมาะสมกับขนาดของครรภ์ที่โตมากขึ้น สามีบางรายจะแสดงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการจัดหาอาหารประเภทที่ช่วยบำรุงสุขภาพของภรรยา บางรายอาจจะช่วยภรรยาทำงานบ้าน ทั้งๆ ที่ไม่เคยช่วยงานบ้านมาก่อน หรือในบางรายที่เคยช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ก็อาจพบได้ว่าการช่วยงานบ้านเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อช่วยปกป้องคุ้มครองให้ภรรยาและทารกในครรภ์ได้รับความปลอดภัยมากที่สุดนั่นเอง (May, 1982: 340)

เมื่อภรรยาใกล้คลอด สามีมักจะมีการเตรียมตัวเพื่อที่จะเผชิญกับการคลอดของภรรยาโดยการปรึกษาผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยคาดหวังให้ภรรยากับบุตรได้รับความปลอดภัยมากที่สุด สำหรับในสังคมตะวันตก จะพบว่าได้ว่าสามีหลายรายจะแสดงความจำนงค์ขอเข้ารับการฝึกสอนคลายความเจ็บปวดระหว่างการคลอดร่วมกับภรรยาเพื่อเตรียมตัวเองให้พร้อมที่จะเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนภรรยาขณะคลอด (Neeson and May, 1986: 352)

Jensen และ Bobak (1985: 30) กล่าวว่า การช่วยเหลือที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับที่ผู้เป็นบิดาก็คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับทำให้ความช่วยเหลือเมื่อภรรยาไม่มีความสุขสบายในช่วงใกล้คลอด ตลอดจนการอธิบายให้สามีเข้าใจถึงพฤติกรรมการแสดงออกของภรรยาเมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด

4.1.3 บทบาทด้านการเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงดูบุตรนับได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของสามี ในสังคมปัจจุบันการเริ่มต้นบทบาทการเลี้ยงดูบุตรของสามีจะพบได้อย่างชัดเจนในระยะเวลาที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตจนสามารถเคลื่อนไหวได้ หรือในช่วงระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในระยนี้สามีจะแสดงพฤติกรรมในด้านการคาดหวังเกี่ยวกับเพศของทารกในครรภ์ แล้วนำมาจินตนาการต่อไปถึงบทบาทของตนที่จะมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรร่วมกับมารดา และในขณะที่เดียวกันจะมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ มีการปรึกษาเพื่อนบ้านหรือ

ญาติที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กอ่อนเพื่อเตรียมวิธีการเลี้ยงดูบุตรไว้ล่วงหน้า (Jensen, Benson and Bobak, 1981: 223–224)

ระยะต่อมาในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ของมารดา สามีจะเริ่มวางแผนและจัดเตรียมของใช้สำหรับเด็กอ่อน สามีส่วนใหญ่ที่มีความรู้สึกที่ดีต่อการตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์มักคิดวางแผนที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา แต่ในขณะเดียวกันอาจจะศึกษาถึงชนิดของนมผสม ทั้งสามีบางรายจะศึกษาถึงวิธีการป้อนนมผสมให้บุตร การจับบุตรเร็วได้ลม การทำความสะอาดร่างกายบุตร แต่ถึงอย่างไรก็ตามอาจพบได้ว่าในช่วงนี้สามีบางรายจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นบิดาของตน ทั้งนี้เพราะกังวลว่าตนเองจะไม่สามารถแสดงบทบาทการเลี้ยงดูบุตรได้ดีเท่ามารดา (Bobak and Jensen, 1987: 234)

จากบทบาทที่สำคัญของสามีในขณะภรรยาตั้งครรภ์และคลอดจึงเห็นได้ว่าสามีเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการให้กำลังใจให้คำปรึกษาและดูแลช่วยเหลือภรรยา ทำให้ภรรยามีความอบอุ่นใจว่าตนไม่ต้องเผชิญปัญหาเพียงผู้เดียว และสามีก็มีความรู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อภรรยาและบุตรในครรภ์ จึงสรุปได้ว่าบทบาทของสามีในขณะตั้งครรภ์และคลอดจะเป็นการแสดงพฤติกรรมและการปฏิบัติภาระกิจเป็นที่พึงให้แก่ภรรยา โดยการให้การช่วยเหลือเกื้อหนุนให้ความรักความเอาใจใส่เป็นผู้นำและปกป้องคุ้มครองภรรยาและบุตรให้ได้รับความปลอดภัยและสุขสบาย

5.2 มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมจากสามี

Brown (1986) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยหลายมิติ ที่สำคัญคือแหล่งที่ให้การสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุน และจำนวนครั้งของการให้การสนับสนุน ในเรื่องของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา ซึ่งปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 อย่างคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และตั้งใจฟัง

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมทำให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของการเงินและแรงงาน (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน เวลาและการปรับสภาพแวดล้อม

Cobb (1976: 300-313) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support)

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support)

จากประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่นักวิชาการทั้งหลายได้กล่าวไว้ข้างต้น อาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นการช่วยเหลือทางอารมณ์และทางสังคมในด้านความรัก ความสนิทสนม ความไว้วางใจ การยกย่อง การเห็นคุณค่า การช่วยให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประเภทที่สองเป็นการช่วยเหลือในเชิงเครื่องมือและสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและสิ่งของในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการช่วยประคับประคองทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยกระตุ้นเตือนและสนับสนุนให้ภรรยาได้รับการเตรียมตัวคลอดตามกำหนดเวลา ตลอดจนสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่บ้าน เพื่อมุ่งหวังให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจ เตรียมพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีผลทำให้มีการคลอดที่ปลอดภัย มารดาและทารกมีสุขภาพดีต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อคลอด ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามามาซต่อ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและ ทารกของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมารดาและทารกเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอด ด้วยวิธีลามามาซจากผู้วิจัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการ วิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และคะแนน สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประกายแก้ว กำคำ (2534) ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะเจ็บครรภ์ ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด และ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด จำนวน 60 ราย ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ประชาณุเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการ สอนเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและวิธีการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดและ อนุญาตให้สามีซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้คลอดมาแล้วเข้าไปให้การช่วยเหลือ ผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่ม ทดลองมีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม มีความต้องการยาระงับปวดน้อย กว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาคลอดของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่าการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บ ปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด ของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และ คลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่ม ควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดเหตุการณ์และ ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด วิธีการควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้อง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ วิธีแบ่ง และการพาหญิงตั้งครรภ์ไปทำความคุ้นเคยกับ สภาพห้องคลอด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความเจ็บปวด ระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสพ การณ์คลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ละมัย วีรกุล และคณะ (2534) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการ เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับ

การฝึกเตรียมคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา และสามี จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งคู่สามีภรรยาได้รับการฝึกเตรียมคลอด และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 คู่ ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดมีพฤติกรรมความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เตรียมคลอด

พรณิภา รัชฎกุล (2537) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน ต่อพฤติกรรมความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด ของหญิงที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอด การคลอด และฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจและการ ลูบหน้าท้องเพื่อให้เผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และคะแนนเจตคติที่มีต่อการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิสสิกา เฟือกโสมณ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวด และความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมความเจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามโปรแกรมที่กำหนด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงครรภ์แรกและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียมเพื่อคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อคลอด

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอด ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ ของหญิงครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลกลางจำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Charles และคณะ (1978) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดของลามาชกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ที่โรงพยาบาลมิเชลลีซี (Michael Reese Hospital) จำนวน 249 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 95 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 154 ราย ผลการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองมีจำนวนการได้ยาระงับปวดและยาระงับความรู้สึกน้อยกว่ามีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่าและมีความพึงพอใจในการคลอดสูงกว่าหญิงมีครรภ์กลุ่มควบคุม

Manning และ Wright (1983) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวัง ผลลัพธ์ และการคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด ในหญิงครรภ์แรก จำนวน 52 ราย โดยวัดเมื่อสิ้นสุดการเตรียมเพื่อคลอด ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ และในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายถึงการคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

Mandarino และ Beldek (1984) ศึกษาการเปรียบเทียบ ผลของการเตรียมคลอด โดยคูวีดีโอโมเดลการคลอด กับวีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอดต่อการลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด ในมารดาครรภ์แรกจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คูวีดีโอโมเดลการคลอด กลุ่มที่ 2 คูวีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด กลุ่มที่ 3 คูวีดีโอโมเดลการคลอด และคูวีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้คูวีดีโอทั้ง 2 ชนิด ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มมารดาที่คูวีดีโอโมเดลการคลอดและคูวีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด มีอัตราความเจ็บปวดขณะคลอดน้อยกว่ากลุ่มอื่น

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสอนอย่างมีแบบแผน

นิลวรรณ ศิริคุณ (2527) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่เจาะล้าง ไชณัส โรงพยาบาลรามธิบดี ในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างปกติ 20 ราย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่รับการสอนตามปกติและมีพฤติกรรมตอบสนองที่ดีกว่า

กัญญา พัฒนิยะ (2530) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล และการปรับตัวก่อนการเป็นมารดา ในผู้ป่วยครรภ์แรกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงครรภ์แรกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 30 ราย พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผน ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ดีกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการสอนตามปกติ

หทัยา เจริญรัตน์ (2531) ได้ทำการสอนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการสอนตามปกติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 แตกต่างกันทั้ง 3 ครั้ง

สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2538) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความรู้เรื่องโรค และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการคำแนะนำตามปกติ

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีกับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์

พิสมัย เพิ่มกระโทก (2530) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนตัวอย่าง 152 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเมื่อพิจารณาถึง

ด้านโครงสร้างกลุ่มทางสังคมพบว่า จำนวนวันในการติดต่อกับสามีสูงกว่ากลุ่มญาติ และเพื่อน กล่าวคือ จำนวนวันเฉลี่ยที่ติดต่อกับสามี ญาติ และเพื่อน คือ 6.18 4.21 และ 4.12 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามีจะเป็นผู้ที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดจึงควรมีโอกาสให้แรงสนับสนุนแก่ภรรยาได้มากกว่าผู้อื่น

มันทนา ศิลปเวชกุล (2532) ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 นครสวรรค์ โดยศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 7 เดือน เป็นต้นไป จำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 50 ราย พบว่าในกลุ่มทดลองที่สามีของสตรีได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและให้แรงสนับสนุนแก่สตรีตั้งครรภ์ตามแบบแผนสตรีตั้งครรภ์จะมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติตัว ในขณะที่ตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมและยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

เกสร ลักษิตานนท์ (2532) ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองประสิทธิผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 7 ราชบุรี จำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คู่ โดยนอกจากมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพศึกษาตามปกติแล้ว สามีของมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ และคู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และรับมอบตารางการสนับสนุนจากสามี และตารางการตรวจสอบการสนับสนุนจากสามีนอกจากนี้ยังได้รับการเตือนโดยใช้ไปรษณียบัตร ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนสุขภาพตามปกติและสามีไม่ได้รับการให้ความรู้ดังเช่นในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นงเยาว์ อุดมวงศ์ (2533: 69-71) ศึกษาถึงประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามี ต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรก จำนวน 80 คู่ พบว่า การให้แรงสนับสนุนของสามีในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนโดยรวมทุกด้านของหญิงตั้งครรภ์ และพบว่าการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ในเรื่อง การมารับบริการฝากครรภ์กลุ่มทดลองมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง มากกว่ากลุ่มควบคุม คือ ร้อยละ 95.0 และ 80 ตามลำดับ

จรรยา หน่อแก้ว (2535) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง จำนวนตัวอย่าง 112 ราย พบว่าแรงสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

Brown (1986: 4-9) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียด และสุขภาพอนามัยตามความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน 313 คู่ พบว่าแรงสนับสนุนของคู่สมรส และภาวะเครียดเป็นตัวทำนายถึงภาวะสุขภาพได้เป็นอย่างดี และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความคาดหวังที่จะได้รับแรงสนับสนุนจากสามีมากกว่าที่ต้องการจากคนอื่น Brown ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การลดความตึงเครียด และสร้างความพึงพอใจให้กับคู่สามี ภรรยา ด้วยการให้แรงสนับสนุนจากฝ่ายหนึ่งจะช่วยให้สุขภาพของอีกฝ่ายหนึ่งดีขึ้น

O'Hara (1986: 569-573) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์เครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะไตรมาสที่ 2 จนถึง 9 สัปดาห์ หลังคลอดพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี

สอนหญิงตั้งครรภ์และสามีจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สอนตามแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด ซึ่งในแผนการสอนจะประกอบด้วย 3 ชั้น คือ

ขั้นนำ เป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมก่อนสอน

ขั้นสอน เป็นขั้นการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดตามแผนการสอน จำนวน 3 ชุด แบ่งการสอนเป็น 3 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 - สอนตามแผนการสอนชุดที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง

การเตรียมตัวคลอดและการให้การสนับสนุนภรรยาเตรียมตัวคลอด การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์ การเตรียมกล้ามเนื้อของร่างกาย ฝึกปฏิบัติการเตรียมกล้ามเนื้อและการสนับสนุนภรรยาฝึกเตรียมกล้ามเนื้อของร่างกาย

- **การสนับสนุนจากสามี** มีกิจกรรมดังนี้

ภรรยามารับการเตรียมตัวคลอดตามนัด มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำแนะนำขณะภรรยาฝึกปฏิบัติการเตรียมกล้ามเนื้อของร่างกาย

ครั้งที่ 2 - สอนตามแผนการสอนชุดที่ 2 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง

ชนิดของการคลอดและองค์ประกอบสำคัญของการคลอด อาการเตือนก่อนคลอด บทบาทสามีในการสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาเมื่อใกล้คลอด ระยะเวลาต่างๆของการคลอด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการสนับสนุนภรรยาฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- **การสนับสนุนจากสามี** มีกิจกรรมดังนี้

ภรรยามารับการเตรียมตัวคลอดตามนัด มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำขณะภรรยาฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 3 - สอนตามแผนการสอนชุดที่ 3 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง

แนะนำสถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด เทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด ฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจและการสนับสนุนภรรยาฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจ

- **การสนับสนุนจากสามี** มีกิจกรรมดังนี้

ภรรยามารับการเตรียมตัวคลอดตามนัด มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำขณะภรรยาฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด

ขั้นสรุป สรุปสาระสำคัญของเนื้อหาโดยย่อ แนะนำวิธีใช้คู่มือคุณพ่อคุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด และแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด พร้อมทั้งเน้นย้ำสามีให้การสนับสนุนภรรยาฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอที่บ้าน และลงบันทึกตามที่ได้ปฏิบัติจริงทุกครั้ง นาน 4-10 สัปดาห์

ความเจ็บปวด
ในระยะคลอด

พฤติกรรมเผชิญความ
เจ็บปวดในระยะคลอด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The Posttest – only Design with Nonequivalent Group) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยมีรูปแบบของการทดลองดังนี้

X	O ₁	กลุ่มทดลอง
	O ₂	กลุ่มควบคุม

X	แทน	โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี
O ₁	แทน	คะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี
O ₂	แทน	คะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2545

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยมีขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1 จัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีจับสลากสุ่มวัน ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม

2 กำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้

2.1 หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2.2 หญิงครรภ์แรก อายุระหว่าง 18 – 35 ปี

2.3 ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 32 – 34 สัปดาห์เมื่อเริ่มศึกษา

2.4 สถานภาพสมรสคู่ และอยู่กินกับสามี

2.5 อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี

2.6 การมองเห็นและการได้ยินปกติ

2.7 เป็นผู้คลอดสามีที่ไม่ได้ฝากครรภ์กับแพทย์เป็นพิเศษ

2.8 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์

3. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันจันทร์ – วันพุธ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน

4. ในระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากัน ได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันพฤหัสบดี – ศุกร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองทั้งหมด เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน ซึ่งการเลือกให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองพิจารณาในด้านอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ดังนี้

4.1 อายุ ให้อายุใกล้เคียงกัน โดยมีช่วงอายุห่างกันไม่เกิน 3 ปี

4.2 การศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า

4.3 ลักษณะอาชีพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

4.3.1 อาชีพที่ต้องใช้แรงงาน คือ ลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงงานในการกระทำมาก เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน กรรมกร รับจ้าง (ลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานในการยก แบกหาม หิ้ว เข็น หรือเดินเกือบตลอดทั้งวัน) เป็นต้น

4.3.2 อาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน คือ ลักษณะการทำงานที่ไม่ต้องใช้แรงงานในการกระทำมาก เช่น แม่บ้าน รับราชการ งานรัฐวิสาหกิจ งานนั่งโต๊ะ หรืองานสำนักงาน เป็นต้น

4.4. สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สัมพันธภาพระดับดี ระดับกลาง ระดับไม่ดี

5. เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอาการเจ็บครรภ์และรับไว้ในห้องคลอด ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะพิจารณาเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

5.1 เจ็บครรภ์และมาคลอดเมื่ออายุครรภ์ 38 – 42 สัปดาห์

5.2 ปากมดลูกเปิดขยายน้อยกว่า 4 เซนติเมตร เมื่อเริ่มรับไว้ในห้องคลอด

5.3 ทารกอยู่ในท่าปกติ คือ ท่าศีรษะเป็นส่วนนำ และท้ายทอยอยู่ด้านหน้าของช่องเชิงกรานมารดา

5.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และคลอดปกติทางช่องคลอด

5.5 ไม่ได้รับยาระงับปวดในระยะคลอด

5.6 ได้รับหรือไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเหมือนกัน

ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 5 คน ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากต้องคลอดด้วยวิธีผ่าท้องคลอด จากสาเหตุ ศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน 1 คน ภาวะครรภ์เกินกำหนด 1 คน รวมเป็นคลอดโดยวิธีผ่าท้องคลอดจำนวน 2 คน คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เนื่องจากศีรษะทารกไม่หมุนตามกลไกการคลอด จำนวน 2 คน และเนื่องจากปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 4 เซนติเมตร เมื่อเริ่มรับไว้ในห้องคลอด จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุม ถูกตัดออก จากการศึกษาจำนวน 10 คน เนื่องจากได้รับยาระงับปวด จำนวน 6 คน คลอดผิดปกติ จำนวน 4 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยแบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1.1 แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอดจำนวน 3 ชุด

1.2 สไลด์ชุดแนะนำสถานที่คลอด

1.3 คู่มือคุณพ่อ-คุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด

1.4 แบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด

1.1 แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอดจำนวน 3 ชุด เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการกำหนดแนวทางการสอนการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีอย่างมีขั้นตอน และมีแบบแผน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยยึดหลักให้สามีมีส่วนร่วมสนับสนุนการเตรียมความพร้อมระยะตั้งครรภ์ เนื้อหาในแผนการสอนจะครอบคลุม ตามแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด แนะนำสถานที่คลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด มีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในของห้องคลอด เพื่อขจัดความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆลงและมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด ซึ่งประกอบด้วยการฝึกบริหารร่างกาย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจสำหรับการคลอด เพื่อให้เผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งให้ความร่วมมือในขณะคลอด

แผนการสอนแต่ละชุดประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียน การสอนที่เน้นให้สามีมีส่วนร่วม สื่อการสอน และการประเมินผล ในแผนการสอนกำหนดขั้นตอนการสอนเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำ ขั้นสอน และขั้นสรุป ผู้วิจัยได้จัดแบ่งเนื้อหาที่สอน ออกเป็น หัวข้อย่อยๆ และจัดให้มีการสอนทั้งหมด 3 ครั้ง โดยเริ่มสอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเรียนรู้ ตามแนวคิดการเตรียมตัวคลอด แผนการสอนแต่ละชุดมีรายละเอียดดังนี้

แผนการสอนชุดที่ 1

กำหนดการสอน	สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์
วิธีการสอน	บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เวลาในการสอน 90 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการสอน	<ol style="list-style-type: none"> 1 เพื่อให้สามี และหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมตัวคลอด 2 เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาท และมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยาเตรียมตัวคลอด 3 เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจขณะตั้งครรภ์ 4 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง 5 เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาทและมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยา ฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย

1 การเตรียมตัวคลอด และบทบาทของสามีในการให้การสนับสนุนภรรยาเพื่อเตรียมตัวคลอด

2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

2.1 การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร

2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์

3 การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด

3.1 การอยู่ในท่าที่ถูกต้อง

3.2 การบริหารร่างกาย

3.3 ฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย และการให้การสนับสนุนภรรยา

ฝึกบริหารร่างกาย

แผนการสอนชุดที่ 2

กำหนดการสอน สอนเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

วิธีการสอน บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เวลาในการสอน 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการสอน

1. เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด

2. เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาในระยะใกล้คลอด

3. เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ถูกต้อง

5. เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาทและมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยาฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

1.1 ชนิดของการคลอดและองค์ประกอบสำคัญในการคลอด

1.2 อาการเตือนก่อนคลอด

1.3 บทบาทของสามีในการสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาเมื่อใกล้คลอด

1.4 ระยะเวลาต่างๆ ของการคลอด

2. เทคนิคการผ่อนคลาย

2.1 เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2.2 ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการให้การ

สนับสนุนภรรยาฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

แผนการสอนชุดที่ 3

กำหนดการสอน สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์

วิธีการสอน บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เวลาในการสอน 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการสอน

1. เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจ และฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาท และมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยาฝึกเทคนิคการหายใจ
3. เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์ รู้ถึงสภาพโดยทั่วไป ของห้องคลอด และขั้นตอนการให้บริการของงานห้องคลอด
4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

เพื่อการคลอด

เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย

1. เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ในระยะคลอด
 - 1.1 เทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด
 - 1.2 ฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจ และการให้การสนับสนุนภรรยาฝึกการหายใจ

2. แนะนำสถานที่คลอด และการให้บริการของงานห้องคลอด

1.2 สไลด์ชุดแนะนำสถานที่คลอด เป็นสื่อการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบการบรรยายในแผนการสอนชุดที่ 3 มีจุดประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และสามีเห็นสภาพทั่วไปของห้องคลอดและขั้นตอนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คุ้นเคยกับสภาพของห้องคลอดและมั่นใจในการให้บริการ เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ตามแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick Read ซึ่งลักษณะของสไลด์ประกอบไปด้วย ภาพสีเหมือนจริง ที่แสดงถึงสภาพทั่วไป ของหน้าห้องคลอดและขั้นตอนการให้บริการ โดยแบ่งเป็นระยะ ดังนี้

1.2.1 ระยะเวลาใหม่ ประกอบด้วย สไลด์แนะนำขั้นตอนการให้บริการเมื่อแรกเริ่ม และสภาพทั่ว ๆ ไปของห้องรับใหม่ จำนวน 10 ภาพ

1.2.2 ระยะเวลาคลอด ประกอบด้วย สไลด์แนะนำขั้นตอนการให้บริการในระยะเวลาคลอด การปฏิบัติตัวของผู้คลอด และสภาพทั่ว ๆ ไปของห้องคลอด จำนวน 6 ภาพ

1.2.3 ระยะเวลาคลอด ประกอบด้วย สไลด์แนะนำขั้นตอนให้บริการในระยะเวลาคลอดและสภาพทั่ว ๆ ไปของห้องคลอด อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ จำนวน 5 ภาพ

1.2.4 ระยะเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย สไลด์แนะนำขั้นตอนการให้บริการในระยะเวลา 2 ชม.หลังคลอด การให้การพยาบาลทารกหลังคลอดและสภาพทั่ว ๆ ไปของห้อง 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 3 ภาพ

1.3 คู่มือคุณพ่อ-คุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีกลับไปอ่านทบทวน และใช้ประกอบการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดที่บ้าน โดยเนื้อหาในคู่มือจะสอดคล้องกับแผนการสอน เนื่องจากการเรียนรู้ในขณะได้รับการสอนของแต่ละบุคคลอาจจะไม่เท่ากัน การได้กลับไปทบทวนโดยมีคู่มือเป็นสิ่งเร้าและกระตุ้น จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้าใจยิ่งขึ้น เพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติและฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลดีต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดความพึงพอใจ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการจัดทำคู่มือดังนี้

1.3.1 ศึกษาเนื้อหาในแผนการสอน นำมารวบรวมและเขียนเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายเหมาะสำหรับเป็นคู่มือ

1.3.2 ออกแบบ และกำหนดเนื้อหาในคู่มือ โดยกำหนดให้คู่มือประกอบด้วย คำนำ ซึ่งเป็นส่วนที่ชี้แจง ถึง วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือ คุณพ่อ คุณแม่ เรื่องการเตรียมตัวคลอด และส่วนที่เป็นเนื้อหา ซึ่งเป็นส่วนที่ให้ความรู้ถึงหลักของการเตรียมตัวคลอดและบทบาทของสามีในการช่วยสนับสนุนภรรยา โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร
- คุณพ่อคือกำลังใจ
- อาการเตือนก่อนคลอด
- คุณพ่อช่วยคุณแม่ได้อย่างไรเมื่อใกล้คลอด
- คุณพ่อจะพาคุณแม่ไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการอย่างไร
- อาการที่คุณแม่ต้องมาโรงพยาบาลทันที

- การคลอດเกิดขึ้นได้อย่างไร
- ระยะต่างๆ ของการคลอດ

ตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- การบริหารร่างกาย
- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การหายใจสำหรับการคลอດ

1.3.3 ออกแบบในการนำเสนอเนื้อหา ที่กระตุ้น ดึงดูดความสนใจ และเข้าใจง่าย โดยจัดพิมพ์ด้วยตัวอักษรชัดเจน ใช้รูปภาพสีสรรสวยงามและสื่อความหมายได้ชัดเจน ประกอบการนำเสนอเนื้อหาต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีสนใจอ่าน และง่ายต่อการทำความเข้าใจ

1.3.4 จัดทำรูปเล่มโดยจัดทำหน้าปกมีรูปภาพประกอบ พิมพ์ด้วยสีสวยงามและกำหนดรูปเล่มขนาด A5 เพื่อความสวยงาม กระดาษดีรับต่อการพกพา

1.4 แบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามีใช้บันทึกหลังจากได้ให้การสนับสนุนภรรยา ฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจที่บ้านเพื่อเป็นการติดตามว่า หญิงตั้งครรภ์ได้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการลงบันทึกเพื่อประโยชน์ในการเตรียมตัวคลอด และขอความร่วมมือสามีในการสนับสนุนภรรยาฝึกปฏิบัติทุกวันวันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกตามที่ได้ปฏิบัติจริง แล้วนำแบบบันทึกกลับมาให้ตรวจสอบทุกครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการจัดทำแบบบันทึกดังนี้

1.4.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของแบบบันทึก

1.4.2 ออกแบบลักษณะแบบบันทึก โดยพิจารณาให้เหมาะสมถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำชี้แจงวิธีกรใช้แบบบันทึกและตัวอย่างการลงบันทึก

ส่วนที่ 2 เป็นตารางลงบันทึกการสนับสนุนของสามีในการช่วยภรรยาในการฝึกปฏิบัติ บริหารร่างกาย ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ เพื่อเตรียมตัวคลอดในแต่ละสัปดาห์ซึ่งรายละเอียดของตารางประกอบด้วย วันที่ เวลา กิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติ วิธีการให้การสนับสนุน ผู้ให้การสนับสนุน

ส่วนที่ 3 เป็นช่องว่างสำหรับบันทึก วันที่ เวลา ที่ต้องเข้ารับการเตรียมตัวคลอด และสำหรับบันทึกปัญหาของผู้ฝึกปฏิบัติ

1.4.3 จัดทำรูปเล่มโดยจัดทำหน้าปกมีรูปภาพประกอบ พิมพ์ด้วยสีสวยงามและกำหนดรูปเล่มขนาด A5 เพื่อความสวยงาม กะทัดรัด ง่ายต่อการพกพา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

ชุดที่ 1. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นประเมินระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนตัวประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพการสมรส ที่อยู่ปัจจุบัน สรุประดับของสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพคู่สมรส ของ วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะในเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามที่มีลักษณะในเชิงลบจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละช่วงคำตอบมีความหมายดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
เป็นความจริงมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมาก
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงครึ่งเดียว
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย
ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย

การให้คะแนนสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทั้งในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะในด้านบวกให้คะแนนดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เป็นความจริงมาก	ให้	4	คะแนน
เป็นความจริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เป็นความจริงเลย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะในด้านลบให้คะแนนดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
เป็นความจริงมาก	ให้	2	คะแนน
เป็นความจริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ไม่เป็นความจริงเลย	ให้	5	คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยแปลผลคะแนนสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้ (อ้างถึงใน ประคอง กรรณสูตร,2538)

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในระดับดี

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอดประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบวัดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากการศึกษาของ Revill และคณะ (1976) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.95 เป็นแบบวัดที่ให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดตอบด้วยตนเอง แบบวัดนี้เป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องยาว 10 เซนติเมตร แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สูงสุดของความเจ็บปวด คือตั้งแต่ไม่ปวดเลยจนถึงปวดมากที่สุด การให้คะแนนให้หญิงตั้งครรภ์กากบาทลงบนจุดที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวด แล้ววัดความยาวจาก

จุดเริ่มต้นถึงจุดที่กากบาท หน่วยเป็นมิลลิเมตร และให้คะแนนตามความยาวที่วัดได้โดยกำหนดให้ ความยาว 1 มิลลิเมตรเท่ากับ 1 คะแนน ดังนั้นแบบวัดนี้มีค่าคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน



การแปลผล

คะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย จากการใช้แบบวัดนี้ ได้มาจากการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ทุก 1 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยรวม คะแนนที่ได้จากการประเมินความเจ็บปวดแล้วหารด้วยจำนวนครั้งของการประเมิน ดังนั้นค่าเฉลี่ย ของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดที่มีค่ามากที่สุด 100 คะแนน แสดงว่ามีความเจ็บ ปวดในระยะคลอดมากที่สุด แต่ถ้าได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดที่มีค่า คะแนนน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน แสดงว่า ไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยนำ แบบสังเกตพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ รสสุคนธ์ ลิ้มทวงศ์ (2530) ซึ่งดัด แปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของ Sturrock (1972) และ ฉวี เบาทรวง (2526) มาใช้ มีค่าความเที่ยงของแบบสังเกตเท่ากับ 0.97 โดยสังเกตพฤติกรรมที่ แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดขณะมดลูกหดตัว 5 ด้าน คือ ด้านการแสดงออกของ เสียง การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านการควบคุม การหายใจ และด้านการตอบสนองทางคำพูด จำนวน 5 ข้อ

การให้คะแนนให้ตามพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ได้แก่ ร้อง เสียงดัง เอะอะโวยวาย เกร็งทั้งตัว กระสับกระส่ายบิดตัวไปมา ไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ หน้าตาบิดเบี้ยวเหยเก หลับตาแน่น กัดฟัน กัดกราม พุดอย่างหมดหวัง ซึ่งแสดงว่าไม่สามารถทน ต่อความเจ็บปวดได้อีกแล้ว หรือไม่สนใจที่จะตอบคำถามเลย

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตัวเองได้บ้าง ได้แก่ ร้อง หรือ ครางเบาๆ ร้องให้เจ็บบๆ เกร็งส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น เกร็งมือ เกร็งเท้า หรือพลิกตัว

ไปมา ควบคุมการหายใจได้บางขณะแต่ไม่ตลอดเวลาที่มีมลพิษหรือตัว หน้านิ้วนิ้วขมวด แม้มหรือ ขบริมฝีปาก พุดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายของตนเอง หรือร้องขอความช่วยเหลือ บางครั้ง ตอบคำถามเป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พุดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ หรือไม่มีเสียงร้องคราง นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ ตลอดเวลาที่มีมลพิษหรือตัว สีหน้าเรียบเฉย กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดที่แสดงถึงความพยายาม ความอดทน

การแปลผล

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย จากการใช้แบบสังเกตนี้ ได้มาจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ขณะมดลูกหดตัว 5 ด้าน ทุก 1 ชั่วโมงเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยรวมคะแนนที่ได้จากแบบสังเกตทั้งฉบับแล้วหารด้วยจำนวนครั้งของการสังเกต จะได้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน ดังนั้นถ้าได้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูง แสดงว่าสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี แต่ถ้าได้คะแนนต่ำ แสดงว่าสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 8 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ถูเกณฑท์ความคิดเห็นสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ซึ่งผลการตรวจสอบมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด

1.1.1 ด้านเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เนื้อหามากเกินไป ควรปรับให้กระชับ

1.1.2 ด้านการใช้สื่อประกอบการสอนเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและการคลอตรวจ นำเสนอเป็นรูปภาพหรือแบบจำลอง เพื่อดึงดูดความสนใจและง่ายต่อการเข้าใจ

1.1.3 ด้านเวลาในการสอนแต่ละครั้งควรแบ่งเวลาให้เหมาะสม

1.1.1 ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน การประเมินผล ควรเน้นเฉพาะกิจกรรม สำคัญ ๆ และควรประเมินทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี

1.2 คู่มือคุณพ่อ คุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด

1.2.1 ด้านของเนื้อหา มีความถูกต้องเหมาะสมดี และด้านภาษาได้เสนอแนะให้ใช้ ภาษาที่กระชับ และสื่อความหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2.2 ด้านรูปภาพประกอบส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสม สวยงามสื่อความหมายได้ดี มีเพียง 1 ภาพ เท่านั้นที่ต้องปรับเพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

1.2.3 ด้านการจัดรูปเล่ม ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นตรงกันว่า มีความสวยงาม กระชับ และดึงดูดความสนใจดี

1.3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา มีความเหมาะสม และมีข้อเสนอแนะให้ปรับสำนวนภาษาเพียงเล็กน้อย

ส่วนเครื่องมืออื่นๆ ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นสมควร ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2 การตรวจความเที่ยง (Reliability)

2.1 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา เท่ากับ 0.78

2.2 แบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale มาใช้โดยมิได้หาความเที่ยง เนื่องจากแบบวัดชนิดนี้ใช้วัดความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันได้ดี มีความเที่ยงสูง

(Mc. Guire, 1984) ซึ่งจากการศึกษาของ Revill และคณะ (1976) นำแบบวัดชนิดนี้ไปใช้โดยหาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ในหญิงมีครรภ์ระยะคลอดจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยงสูงถึง .95 และวัลลิกา เพ็ชรโสภณ (2539) ได้นำแบบวัดนี้มาใช้วัดระดับการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกโดยหาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดสูงถึง .95 เช่นเดียวกัน หลังจากนั้นได้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ โดยมีได้หาความเที่ยง ได้แก่ วรศักดิ์ สายโกสุ่ม และคณะ (2539) มัณฑนา กัลยา (2540)

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่ต้องทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกันสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 10 ราย โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด แล้วคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยใช้สูตรของ Polit และ Hungler (1983 อ้างใน ทศนีย์ นะแสง, 2542: 33) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

ผู้วิจัย กับ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ผู้วิจัย กับ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการทดลอง ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าห้องคลอด หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดเป็นอย่างดี เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลในระยะคลอด โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย

1.4 กำหนดช่วงเวลาในการศึกษาทดลอง โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคมถึงกลางเดือนเมษายน และจับฉลากสุ่มวันได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม

1.5 ศึกษาประวัติหญิงตั้งครรภ์จากสมุดทะเบียนและเพิ่มประวัติการฝากครรภ์ เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีกำหนดคลอดอยู่ในช่วง เดือนมีนาคม-กลางเดือนเมษายน จดรายชื่อ วันนัดตรวจครรภ์

1.6 พบหญิงตั้งครรภ์ ตามวันนัดตรวจครรภ์ ตั้งแต่เวลา 7.30.-12.00น.โดยพบหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันจันทร์-พุธ และดำเนินการดังนี้

1.6.1 สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมกับขอความร่วมมือ และพิทักษ์สิทธิของหญิงตั้งครรภ์และสามี ด้วยการศึกษาเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และสามี ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

1.6.2 ให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

1.6.3 ทำสัญญาลักษณะในกลุ่มทดลอง โดยติดเครื่องหมายเป็นกระดาษสติ๊กเกอร์สีเขียว ที่มุมบนด้านขวาของบัตรฝากครรภ์

1.6.4 ผู้วิจัยจัดตารางกำหนดวันเข้ารับการเตรียมตัวคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และสามีสามารถเลือกวันเข้ารับการเตรียมตัวคลอดได้ในวันจันทร์-วันพุธ ตามความพร้อมและตามความสะดวก โดยผู้วิจัยจะจัดกลุ่มให้เข้ารับการเตรียมตัวคลอดครั้งละ 2-5 คู่ ซึ่งในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้กลุ่มทดลองจำนวน 20 คู่

1.6.5 จัดทำตารางรายชื่อ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลอง ดังนี้

ตารางรายชื่อกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
ชื่อ-สกุล	อายุ	การศึกษา	ลักษณะอาชีพ	สัมพันธภาพ	หมายเหตุ	ชื่อ-สกุล	อายุ	การศึกษา	ลักษณะอาชีพ	ระดับสัมพันธภาพ	หมายเหตุ

1.7 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันพฤหัสบดี -วันศุกร์ และดำเนินการดังนี้

1.7.1 เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง

1.7.2 สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมกับขอความร่วมมือ และพิทักษ์สิทธิของหญิงตั้งครรภ์และสามี ด้วยการศึกษาดูเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

1.7.3 ให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

1.7.4 ทำสัญญาณลักษณะในกลุ่มควบคุม โดยติดเครื่องหมายเป็นกระดาษสติ๊กเกอร์สีแดง ที่มุมบนด้านขวาของบัตรฝากครรภ์ซึ่งจากการคัดเลือกกลุ่มควบคุม

1.7.5 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาในตารางรายชื่อ ซึ่งในระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากัน ได้กลุ่มควบคุมทั้งหมดจำนวน 25 คน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.1.1 เมื่อถึงกำหนดเวลาเข้ารับการเตรียมตัวคลอดผู้วิจัยนำหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองและสามีไปยังห้องซึ่งจัดเตรียมไว้สำหรับสอนการเตรียมตัวคลอดที่ชั้น 2 ตึกกาญจนาภรณ์ภิเชก พร้อมทั้งแนะนำสถานที่ ให้หญิงตั้งครรภ์ และสามีทราบ

2.1.2 การสอนครั้งที่ 1 โดยดำเนินการสอนตามแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด ชุดที่ 1 สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง การเตรียมตัวคลอดและการให้การสนับสนุนภรรยาเตรียมตัวคลอด ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติขณะสอนผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และสามีให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ให้การเสริมแรงเป็นระยะๆ แจกและแนะนำการใช้คู่มือคุณพ่อ-คุณแม่เพื่อเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด และเน้นย้ำสามีให้การสนับสนุนภรรยาฝึกบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกในแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดตามที่ได้ปฏิบัติจริง และนัดหมาย วัน เวลา ในครั้งต่อไป

2.1.3 การสอนครั้งที่ 2 ตามกำหนดวัน และเวลา ก่อนสอนผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด เพื่อติดตามว่าหญิงตั้งครรภ์มีการฝึกบริหารร่างกายที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องหรือไม่ พร้อมทั้งพูดคุยซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติม หลังจากนั้นดำเนินการสอนตามแผนการสอน ชุดที่ 2 สอนเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการคลอด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการให้การสนับสนุนภรรยาฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต ฝึกปฏิบัติ ขณะสอนผู้วิจัยจะกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และสามี

ให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ให้การเสริมแรงเป็นระยะๆ สรุปลงและเน้นย้ำสามีให้การสนับสนุน ภรรยาฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกในแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดตามที่ได้ปฏิบัติจริง และนัดหมาย วัน เวลา ในครั้งต่อไป

2.1.3 การสอนครั้งที่ 3 ตามกำหนดวัน และเวลา ผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด เพื่อติดตามว่าหญิงตั้งครรภ์ฝึกบริหารร่างกาย ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องหรือไม่ พร้อมทั้งพูดคุยซักถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหลังจากนั้นดำเนินการสอนตามแผนการสอน ชุดที่ 3 สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง เทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด ฝึกปฏิบัติเทคนิคการหายใจและการให้การสนับสนุนภรรยาฝึกเทคนิคการหายใจ การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ แนะนำสถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด โดยการบรรยายประกอบสไลด์ ชุดแนะนำสถานที่คลอด ขณะสอนผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และสามีให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ให้การเสริมแรงเป็นระยะๆ สรุปลงและเน้นย้ำให้สามีให้การสนับสนุนภรรยาฝึกเทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกในแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดตามที่ได้ปฏิบัติจริง แล้วให้หญิงตั้งครรภ์นำแบบบันทึกมาด้วยทุกครั้งในวันนัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

2.1.4 เมื่อสอนครบ 3 ครั้งแล้วผู้วิจัยคงพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดตรวจครรภ์ เพื่อติดตามการฝึกปฏิบัติจากแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติและให้คำแนะนำเพิ่มเติมถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหา การพบหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์จะสิ้นสุดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด

2.2 กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามวันนัดตรวจครรภ์ ในวันพฤหัสบดี และวันศุกร์ พูดคุยทักทายแล้วพาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมไปรับการตรวจครรภ์ แล้วพาหญิงตั้งครรภ์ และ/หรือสามีไปรับการสอนและคำแนะนำเพื่อเตรียมตัวคลอดตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์

2.2.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามวันนัดตรวจครรภ์ การพบหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์จะสิ้นสุดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด

ขั้นที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เริ่มเจ็บครรภ์และมาถึงห้องคลอด เจ้าหน้าที่ห้องคลอดจะเป็นผู้แจ้งให้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยทราบ

3.2 ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์และใช้เวลาขณะที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีการเจ็บครรภ์อธิบายวิธีใช้แบบวัดความเจ็บปวด และให้ทดลองประเมินจนกว่าจะแน่ใจและใช้แบบวัดความเจ็บปวดได้ถูกต้อง

3.3 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบว่าปากมดลูกเปิดประมาณ 3-4 เซนติเมตร ผู้ช่วยวิจัยเริ่มใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยจะเก็บข้อมูลทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร การสังเกตแต่ละครั้งเริ่มตั้งแต่มดลูกหดตัวถึงมดลูกคลายตัวเต็มที่ นับเป็น 1 ครั้ง แล้วบันทึกผลทันทีหลังการสังเกต และให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดลงบนแบบวัดความเจ็บปวด โดยให้ประเมินหลังจากมดลูกคลายตัว แล้ววัดคะแนนความเจ็บปวดพร้อมลงบันทึก

3.4 ในระยะคลอดพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองจำนวน 5 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากประเมินแล้วไม่ได้ตามเกณฑ์การเก็บรวบรวมข้อมูลดังนั้นจึงมีกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

3.5 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ สอนหญิงตั้งครรภ์จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คู่ รวมการสอนทั้งหมด 18 ครั้ง และสิ้นสุดการทดลองเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2545 รวมระยะเวลาดำเนินการทดลอง 2 เดือน กับ 1 สัปดาห์

ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างดำเนินการทดลอง

ในระหว่างดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1.ปัญหาด้านสถานที่

แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบ้านโป่งมีสถานที่คับแคบ การจัดกิจกรรมการเตรียมตัวคลอดตามโปรแกรม ต้องขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ของห้องคลอดแทน

2.ปัญหาด้านกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดให้กลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายประการเพื่อกำจัดตัวแปรแทรกซ้อนให้ครบ ทำให้ยากต่อการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการศึกษามีจำกัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาไม่ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

3.ปัญหาด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน และต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง บางครั้งอาจจะมีผลกระทบต่อการ

ปฏิบัติงานประจำของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งต้องแลกเวอร์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเจ็บครรภ์ตรงกับวันปฏิบัติงานจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลและคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS สำหรับวินโดวส์ ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

- 1 ข้อมูลส่วนตัว ของกลุ่มตัวอย่างนำมาแยกประเภท แจกแจงความถี่ และอัตราร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่าง ผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทดสอบด้วย Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05
- 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทดสอบด้วย Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ กลุ่มละ 15 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

- ตอนที่.1 ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง เสนอในตารางที่ 1 และ 2
- ตอนที่.2 เปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ เสนอในตารางที่ 3 และ 4
- ตอนที่.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ เสนอในตารางที่ 5 และ 6

ตอนที่.1 ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา การวางแผน การตั้งครรภ์ การมาตรวจครรภ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 15)		กลุ่มควบคุม (N = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
18 - 20	10	66.6	10	66.6
21 - 23	3	20.0	3	20.0
24 - 26	1	6.7	1	6.7
27 - 29	1	6.7	1	6.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 4 - 6	5	33.3	5	33.3
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	10	66.7	10	66.7
ลักษณะอาชีพ				
ใช้แรงงาน	3	20	3	20
ไม่ใช้แรงงาน	12	80	12	80
สัมพันธภาพระหว่างสามี และภรรยา				
ระดับดี	14	93.3	14	93.3
ระดับปานกลาง	1	6.7	1	6.7

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=15)		กลุ่มควบคุม (N= 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวางแผนการตั้งครรภ์				
มีการวางแผน	15	100	15	100
ไม่มีการวางแผน	-	-	-	-
การมาตรวจครรภ์ (ครั้ง)				
3 - 6	2	13.3	3	20
7 - 9	8	53.3	8	53.3
10 - 12	5	33.3	4	26.7

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุ ในแต่ละระดับของอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนเท่าๆกัน และอายุระหว่าง 18 – 20 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่วนด้านระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา การวางแผนการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่มและในด้านการมาตรวจครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองมาตรวจครรภ์ระหว่าง 10-12 ครั้ง มากกว่ากลุ่มควบคุม 1 คน แต่การมาตรวจครรภ์ 3-6 ครั้ง กลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง 1 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด และจำนวนครั้งที่ได้รับการประเมิน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N = 15)		กลุ่มควบคุม (N = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การแตกของถุงน้ำคร่ำ				
เจาะถุงน้ำ	1	6.7	1	6.7
แตกเอง	10	66.7	11	73.3
ถุงน้ำรั่ว	4	26.6	3	20.0
การได้รับยากระตุ้น				
การหดตัวของมดลูก				
ได้รับ	4	26.7	4	26.7
ไม่ได้รับ	11	73.3	11	73.3
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)				
2,500 – 3,000	7	46.7	4	26.7
3,001 – 3,500	5	33.3	9	60
3,501 – 4,000	3	20	2	13.3
จำนวนครั้งที่ประเมิน ระดับความเจ็บปวดและ พฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวด				
3 – 5	14	93.3	15	100
6 - 8	1	6.7	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแตกเองของถุงน้ำคร่ำมากที่สุด และกลุ่มทดลองมีถุงน้ำคร่ำรั่วมากกว่ากลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน ในด้านการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกจำนวน เท่ากัน น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งสองกลุ่ม และพบว่าในด้านการได้รับการประเมินความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอยู่ในช่วง 3-6 ครั้ง มีกลุ่มทดลองเพียง 1 คนเท่านั้นที่ได้รับการประเมินอยู่ในช่วง 6-8 ครั้ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2. เปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

กลุ่ม	n	\bar{X}	SD
โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี	15	61.00	8.88
การเตรียมตัวตามปกติ	15	82.00	11.36

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดที่ 82.00 และ 61.00 เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงกลุ่มละ 15 คน จึงทดสอบการกระจายของคะแนนโดยใช้การทดสอบ Skewness พบว่า มีลักษณะการกระจายไม่เป็นปกติ จึงทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติอนพาราเมตริก ผลดังตารางที่ 4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	Range	Mean rank	Range	Mean rank		
ความเจ็บปวดในระยะคลอด	44.0 -71.0	8.8	66.3 -93.3	22.2	12.0	.001

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี มีความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี มีความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

กลุ่ม	n	\bar{X}	SD
โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี	15	7.77	1.17
เตรียมตัวตามปกติ	15	3.70	2.03

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ที่ 7.77 และ 3.70 เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียงกลุ่มละ 15 คน จึงทดสอบการกระจายของคะแนนโดยใช้การทดสอบ Skewness พบว่า มีลักษณะการกระจายไม่เป็นปกติ จึงทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิตินอนพาราเมตริกผลดังตารางที่ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		U	p-value
	Range	Mean rank	Range	Mean rank		
พฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดใน ระยะคลอด	6.0 -10.0	22.2	1.0 -7.7	8.8	12.0	.001

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือเป็นหญิงครรภ์แรก จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ที่ได้รับการโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี และเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ โดยได้จัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ซึ่งประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด จำนวน 3 ชุด พร้อมสไลด์ประกอบการสอน คู่มือคุณพ่อคุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด และสไลด์ชุดแนะนำสถานที่คลอด การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา แบบวัดความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข วิเคราะห์หาความเที่ยงแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาเท่ากับ .78 ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดหาความเที่ยงของแบบสังเกต โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วมกัน (Inter – rater method) ได้เท่ากับ .92 และ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows Version 9 โดยใช้สถิติ Nonparametric คือ The Mann - Whitney U Test การทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ผู้วิจัยได้จัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้าน อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ระดับสัมพันธ์ภรรยาของสามีและภรรยา การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวอาจมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดและความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลการวิจัยนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความเจ็บปวด

ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การเตรียมตัวคลอดโดยใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ต่ำกว่าการเตรียมตัวตามปกติโดยพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี จะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดตามแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick – Read (1984) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด แนะนำสถานที่คลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด และคุ้นเคยกับสภาพของ

ห้องคลอด ยับยั้งอิทธิพลของความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง การเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อการคลอดซึ่งประกอบด้วย การฝึกบริหารร่างกาย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจสำหรับการคลอด การฝึกบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หน้าท้อง ทรวงอก กล้ามเนื้อช่องคลอดและฝีเย็บมีการยืดหยุ่นและยืดขยายได้ดีมากขึ้น ช่วยไม่ให้เกิดการฉีกขาดและลดการทำลายของเนื้อเยื่อต่างๆ เป็นการช่วยลดการกระตุ้นพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากการหดตัวของมดลูก จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก ทำให้อัตราเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตึงเครียดและมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางและไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงเครียดมากขึ้น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะมีผลในการขัดขวางต่อการป้อนกลับ ทำให้ความตึงเครียดลดลง อัตราเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อลดลง เมื่อกำลังผ่อนคลายผู้คลอดจะรู้สึกสบายขึ้นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม และบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ การฝึกการหายใจสำหรับการคลอด การใช้เทคนิคการหายใจในระยะคลอดจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย และลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง ทั้งนี้เพราะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกตื่นตัวเป็นอย่างมากหากสามารถควบคุมการหายใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้ ทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการยับยั้งพลังประสาทจากก้านสมอง โดยการให้ Sensory input อย่างเพียงพอมีผลทำให้ระบบควบคุมประจักษ์ในระดับไขสันหลังปิด ไม่สามารถส่งพลังประสาทความเจ็บปวดไปที่สมองให้รับรู้ความเจ็บปวดได้ (Reeder, 1992:507-306) นอกจากนั้นแล้วหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับการประคับประคอง จิตใจ อารมณ์ และได้รับการสนับสนุนการเตรียมตัวคลอดจากสามี ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ ลดความกลัว เป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดลง

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนในโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thondike (อ้างถึงใน อารีย์ พันธมณี, 2538) ซึ่งประกอบด้วยกฎของการเรียนรู้หลัก 3 กฎ คือ กฎแห่งความพร้อม กฎเกี่ยวกับการฝึกหัด กฎแห่งผลมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Brown, 1986) เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการเตรียมตัวคลอดตามกำหนดเวลา และเกิดการเรียนรู้ตามแนวคิดการเตรียมตัวคลอด โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัว

คลอดในเรื่อง การบริหารร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจสำหรับการคลอด โดยได้รับการสนับสนุนจากสามี คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะคลอด โดยหญิงตั้งครรภ์และสามีจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติอย่างมีแบบแผน ซึ่งมีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้เรียน ผู้สอน เนื้อหาที่จะสอน และมีการจัดการเรียนการสอนไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน โดยจัดทำเป็นแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด และเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี จึงแบ่งเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดเป็นหน่วยย่อยๆ โดยแบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ซึ่งในการสอนแต่ละครั้งมีการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดการเรียนรู้ คือมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสอน เนื้อหา สื่อการสอน วิธีการสอนที่เหมาะสม ตลอดจนการประเมินผลที่ชัดเจน พร้อมทั้งแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์และสามีทราบล่วงหน้าถึงกำหนดการเรียนในแต่ละครั้ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสอนให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีโดยใช้วิธีการบรรยายตามเนื้อหา เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมีการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา เข้าใจง่าย ได้แก่ สไลด์ประกอบการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด สไลด์แนะนำสถานที่คลอด คู่มือคุณพ่อคุณแม่เรื่องการเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกการสอนสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการเรียนรู้ได้ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ว่า สิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆทาง จะทำให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ที่มากกว่าสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว (ประสาทอิศรปริดา, 2522: 89) และใช้วิธีการสาธิต ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจสำหรับการคลอด ซึ่งดำเนินการสอนดังนี้ ขั้นที่ 1 ให้ความรู้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีรู้ว่าทำอะไร มีขั้นตอนอย่างไร ชี้แจงให้เห็นความสำคัญและผลที่ได้รับเพื่อทำให้เกิดความสนใจ โดยใช้วิธีบรรยายประกอบสไลด์ ขั้นที่ 2 ให้หญิงตั้งครรภ์และสามีฝึกปฏิบัติหลังการให้ความรู้ทันที โดยผู้สอนจะคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้กำลังใจและให้การเสริมแรงเป็นระยะ ขั้นที่ 3 ให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกปฏิบัติและให้สามีให้การสนับสนุน เพื่อทดสอบว่าปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการนำไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านได้ และเนื่องจากการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพสูง เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความพร้อม ดังนั้นจึงมีการจัดเตรียมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับแรงสนับสนุนจากสามี ในการพามารับการเตรียมตัวคลอดตามกำหนดเวลาและมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ตลอดจนช่วยสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่บ้าน มีการจัดการเรียนการสอนในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวแยกจากทารก ความห่วงใยมุ่งที่ทารกกับการคลอด จึงมีความพร้อม

และมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ นอกจากนี้ยังได้จัดเตรียมสถานที่สำหรับการสอนเพื่อเตรียมตัวตลอด ใ่ว่างเหมาะสม ปราศจากบุคคลหรือเสียงรบกวนต่างๆ

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวตลอด ที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมก่อนคลอด ตามแนวความคิดเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read ซึ่งจัดให้มีการสอนอย่างมีแบบแผนและได้นำ ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thondike แนวคิดการสนับสนุนจากสามีมาประยุกต์ใช้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามโปรแกรมนี้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องครบถ้วน โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด มีการฝึกปฏิบัติการเตรียม ร่างกายเพื่อการคลอดอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอจนเกิดทักษะสามารถนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพในระยะคลอด สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดลงได้ ทำให้ขบวนการด้านสรีรวิทยาเป็นไปตามธรรมชาติโดยปราศจากความเจ็บปวดหรือเจ็บปวดน้อยที่ สุด

ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติจะได้รับการสอนและคำแนะนำอย่างไม่มี แบบแผน ไม่มีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้สอน เนื้อหาที่สอน ตัวผู้เรียน ตลอดจนสถานที่ที่ใช้ในการ จัดการเรียนการสอนไม่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ไม่เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอที่บ้าน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่รับ การเตรียมตัวตามปกติ ไม่สามารถตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดลงได้

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อ เตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับ กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ จึงพบว่า ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุน จากสามี ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ .ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Crown และ Bayer (Cited in Lowne, 1991: 457) ที่พบว่าสตรีที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีความมั่นใจใน ความสามารถของตนเองและจะมีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Charles และคณะ (1978) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดด้วยวิธี ของลามามีจำนวนการได้รับยาระงับปวดและยาระงับความรู้สึกน้อยกว่า และมีการรับรู้ความ รู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ วัลสิกา เผือกโสภณ (2539: ก -ข) ที่พบว่าหญิงครรภ์แรกที่เตรียมตัวคลอดตามรูปแบบที่กำหนดมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ทางที่ดี ไม่ร้องเอะอะโวยวาย เกร็งกระสับกระส่าย หรือแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนทำให้ความร่วมมือในการคลอດเป็นอย่างดี

ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ถึงแม้ว่าจะได้รับการสอนและคำแนะนำในการเตรียมตัวคลอด แต่จะเน้นในด้านการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่มีการฝึกปฏิบัติและไม่มี การติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจ ตลอดจนขาดแรง สนับสนุนและสิ่งกระตุ้นเตือนให้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ดังนั้นเมื่อต้องประสบกับ ความเจ็บปวด จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กับ กลุ่มที่ได้รับการ เตรียมตัวตามปกติ จึงพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการ สนับสนุนจากสามีมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการ เตรียมตัวตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย วีระกุล และคณะ (2534) พบว่าสตรีมี ครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ เจ็บครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรรณิภา รักษากุล (2537) พบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสตรีมีครรภ์ในระยะ คลอดของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีแบบแผน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรเสนอโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีให้ผู้บริหาร รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้บริหารจะได้ให้การสนับสนุนในการจัดบริการการเตรียมตัวคลอดขึ้น รวมทั้งให้การ สนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ เอกสารต่างๆ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
2. ควรมีการประสานงานที่ดี ระหว่างหน่วยฝากครรภ์กับห้องคลอด และควรมีการจัด อบรมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดที่ใช้ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความ เข้าใจตรงกัน เห็นความสำคัญและจะได้นำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

3. ควรปรับเนื้อหาในด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดให้กระชับขึ้นและใช้เวลาในการสอนให้น้อยลง เพื่อที่จะสอนได้วันละหลายๆ กลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับบริการได้อย่างทั่วถึง

4. ในกรณีถ้าไม่มีความพร้อมเรื่องสถานที่ หรือเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการในเวลาปกติช่วงเช้า ควรจัดให้มีการสอนในช่วงบ่าย หรือจัดให้บริการในลักษณะคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ หรือวันหยุดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้เลือกเข้ารับบริการตามความพร้อม

5. ควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงบทบาทอิสระของพยาบาล และเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการให้การเตรียมตัวคลอดโดยมีสามีมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจัดทำโปรแกรมการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี เป็นชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองในลักษณะของการใช้สื่อผสม ซึ่งประกอบด้วยบทเรียนโปรแกรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด วีดิทัศน์ เสนอเป็นรูปแบบในการฝึกปฏิบัติเทคนิคการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเรียนรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดที่บ้าน แล้วศึกษาถึงประสิทธิผลของชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่จัดขึ้นในโรงพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์โดยปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. 2528. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ศรีเดชา.
- กัญจน์ พัทธิมะ. 2530. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวก่อนการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกสร ลักษิตานนท์. 2532. ประสิทธิผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติกำจร กุศล. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผูกพันต่อทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและทารก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขวัญตา ไผ่หยงงาม. 2534. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตัวเองต่อ อึดมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณาจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. 2540. การพยาบาลสูติศาสตร์. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- จรรยา นน่อแก้ว. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา บ้านแก่ง. 2533. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: อักษรไทย
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. 2540. ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จำเนียร ศิลปวานิช. 2538. หลักและวิธีการสอน. นนทบุรี: เจริญรุ่งเรืองการพิมพ์.
- ฉวี เบาทรง. 2526. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงเยาว์ อุดมวงศ์. 2533. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิลวรรณ ศิริคุณ. 2527. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่เจาะล้างไซนัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิสาร์ตน์ ให่โก. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมความผูกพันระหว่างบิดาและบุตรและปัจจัยส่วนบุคคล กับการปรับบทบาทการเป็นบิดาของผู้เป็นบิดาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศน์ัย นะแส. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เหมการพิมพ์
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. 2539. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพเรื่อง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกายแก้ว กำคำ. 2534. ผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูตร. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. 2534 Current concepts of pain. ในสุรศักดิ์ นิลภาณุวงศ์ (บรรณาธิการ), Principle of pain : diagnosis and management, หน้า 1 – 6 กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ประภัสสร อินทรศักดิ์สิทธิ์. 2540. การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลภรรยาาระหว่างตั้งครรภ์และคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประสาธ อิศรปรีดา. 2522. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กราฟิคอาร์ต.
- พรรณนิภา รักษ์กุล. 2537. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พริยา ศุภศรี. 2540. การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- พิสมัย เพิ่มกระโทก. 2529. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์: ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2543. ระเบียบวิธีการสอนการพยาบาลในคลินิก. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- มณฑนา กัลยา. 2540. ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑนา ศิลปเวชกุล. 2532. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ทวีทรัพย์ประเสริฐ. 2542. ผลการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รกีพร ประกอบทรัพย์. 2541. การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. 2530. ผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ละมัย วีรกุลและคณะ. 2534. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด
ในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึก
เตรียมคลอดโรงพยาบาลพะเยา. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ลัดดาวัลย์ จิตรขาว. 2542. ผลของการได้รับยาระงับปวดของแม่ขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่ง
ของการคลอด ต่อพฤติกรรมและระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกใน
ระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรศักดิ์ สายโกสุม และคณะ. 2539. การระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเอาลูกออกทางหน้าท้อง:
เปรียบเทียบผลการให้ยามอร์ฟิน และมอร์ฟินร่วมกับยาเฟนทานิลฉีดเข้าช่องอึปูดรัล.
วารสารโรงพยาบาลราชวิถี 7: 89.
- วรารุณ สุมาวงศ์. 2533. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิภา เพิ่มนาค. 2541. ผลการประเมินการเตรียมผู้คลอดด้วยวิธีลามาช ของโรงพยาบาลทั่วไป
เขต 1. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 (ตุลาคม- นวาคม) : 75-83.
- วันเพ็ญ กุลนริศ. 2530. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพ
ของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- วัลลิกา เผือกโสภณ. 2539. ประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อพัฒนา
ความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรง
พยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ. 2541. ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บ
ปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก. วิทยา
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิตามารดาและทารก
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์. 2525. การจัดการเรียนการสอนในหอผู้ป่วย.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. 2532. การเตรียมตัวคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. 2542. ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพันธ์ หิญธิระนันท์. 2539. Pain control and management. ใน วิทยากรก้าวหน้า : 100 ปีการพยาบาลไทย, หน้า 61 – 75. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ปริสฺณญกุล. 2539. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพเรื่อง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดาพร วิจารณ์กุล. 2538. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลสุขภาพทารก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพร พลยานันท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เม็ค.
- สุพรรณิ เลิศผดุงชัยกุล. 2538. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ จันทรโมลี. 2527. วิธีการทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- หทัยา เจริญรัตน์. 2531. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรพวรรณ ทองแดง. 2534. Psychological and environmental factors in pain. ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ (บรรณานิการ), The principle of pain: diagnosis and management, หน้า 21-29. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- อรุณี พึ่งแพง. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารี พันธุ์มณี. 2538. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: เลฟแอนด์ ลิฟเพรส.

คูหา เชื้อหอม. 2534. ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Auenshine, M. A., and Enriquez, M. G. 1990. Comprehensive maternity nursing. 2 nd ed. Boston: Jone and Bartlett.
- Bobak, I. M., and Jensen, M. D. 1987. Essentials of maternity nursing: the Nurse and the childbearing family. 2 nd ed. Saint Louis: The C. V. Mosby.
- Bobak, I. M., and Jensen, M. D. 1993. Maternity and gynecologic care: the nurse and the family. 5 th ed. St. Louise: The C.V. Mosby.
- Bond, M. R. 1984. Pain. 2 nd ed. New York: Churchill Livingstons.
- Bonica, J. J. 1994. Text book of pain. 3 rd ed. Churchill Livingston: Longman.
- Brown, M. A., 1986. Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimension construct. Nursing Research 35: 4-9.
- Brown, M. A. 1986. Marital support during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynecology Nursing 16 (November-December): 475-483.
- Chapman, C. R., and Syrjala, K. L. 2001. Measurement of pain. In loeser, J. D. (eds.), Bonica's management of pain. 3 rd ed. pp. 310 – 326. Philadelphia: LWW. com.
- Charles, A. G. et al. 1978. Obstetries and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. American Journal of Obstetric and Gynecology 131: 44-52.
- Clark, A. L., Affonso, D. D., and Harris, T. R. 1979. Childrearing: A nursing perspective. 2 nd ed. Philadelphia: R. A. Davis.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderate of life stress. Psychosomatic medicine 38: 300-301.
- Cunningham, F. G. et al. 1993. William obstetrics. United States of America: Appleton and lange.
- Dick – Read, G. 1984. Childbirth without fear. New York: Haper and Rows.

- Genest, M. 1981. Preparation for childbirth – Evidence for efficacy. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing 10: 82–85.
- Good, C. V. 1973. Dictionary of education. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Gorrie, T. M. et al. 1994. Foundations of maternal - newborn nursing. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hedin, Anna M., and Dostrovsky, J. 1978. Understanding the physiology of pain. The Canadian Nurse 75: 28–30.
- Hughes, J. 1975. Isolation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine. Brain Research 88: 295–308.
- Jensen, M. D., et al. 1980. Maternity care. 2 nd ed. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Jensen, M. D., and Bobak, I. M. 1985. Maternity and gynecologic care. 3 rd ed. Saint Louis: The C. V. Mosby.
- Lewis, S. M., and Collier, I. C. 1992. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 3 rd ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Lowne, N. K. 1991. Maternal confidence in coping with labor: A self efficacy concept. JOGNN 20: 457–463.
- Lynn, B. 1986. The detection of injury and tissue damage. In P. D. Wall, and Melzack, R. (eds.) Textbook of pain, pp. 29. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Mandarino, M., and Beldek, V. M. 1984. Effect of modeling and information on reaction to pain: A childbirth preparation analogue. Nursing Research 33: 9–10.
- Manning, M. M., and Wright, T. L. 1983. Self – efficacy expectancies outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. Journal of Personality and Social Psychology 45: 421–431.
- May, K. A. 1982. Three phases of father involvement in pregnancy. Nursing Research 31: 337–342.
- Mc Guire, D. B. 1984. The measurement of clinical pain. Nursing Research 33: 152–156.
- Melzack, R., and Wall, P. D. 1965. Pain mechanism: A new therapy. Science 89: 971–979.
- Neeson, J. D., and May, K. A. 1986. Comprehensive maternity nursing: nursing process and the childbearing family. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- O' Hara, M. W., Rehm, L. P., Campbell, S. B. 1983. Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. Journal of Nerve Mental disease 171: 336-341.
- Oland, L. A. 1978. Pain perception. In D. A. Jones, C. F. Dumber, and M. M. Jirovee. (eds.), Medical-surgical nursing : A conceptual approach. pp. 1297-1322. New York: Mc Graw – Hill.
- Pert, C. B., and Synder, S. H. 1973. Opiate receptor: Demonstration in nervous tissue. Science 179: 577-579.
- Puntillo, K. A. 1993. Pain In M. R. Kinney, D. R. Packa, and S. B. Dunbar (eds.) AACN's Clinical Reference for Critical Care Nursing 3 rd ed. pp. 329-346. St Louis: Mosby.
- Redman, B. K. 1986 The process of patient teaching in nursing. 3 nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Reeder, S. R., and Martin, L. L. 1987. Maternity nursing: Family, newborn and women's health care. 16 th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Reeder, S. R., Martin, L. L., Konia, K. D. 1992. Maternity nursing: Family newborn and women 's health care. 17th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Revill, S. I., Robinson, J. O., Rosen, M., Hagg, M. I. I. 1976. The reliabilty of a linear analogue for evaluating pain. Ananesthesia 31: 1191-1198.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M. A., Weingarten, C. T. 1999. Marternity nursing. 3 rd ed. Stamford: A Simon & Schuster.
- Stewart, M. L. 1977 Measurment of chinical pain: In pain a source book for nurse and other health professionals. edited by Jacox, A. K. Boston: Litte Brown.
- Walker, L. O. 1992. Parent infant nursing science: paradigm, phenomend, methods. Philadelphia: F. A. Davis.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่งและสังกัด
1. อาจารย์ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจกกรีฑ
2. ผศ. ดร. สมพิศ ไยสุน	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. ร.ต.อ.หญิง ดวงมล ปิ่นเฉลียว	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
4. อาจารย์รสสุคนธ์ ชัยพัฒน์นันท์	อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารย์	อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ. สุภาวดี เครือโชติกุล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ
7. ผศ. อรพินธ์ เจริญผล	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลกลุ่มทดลอง

ลำดับ ที่	อายุ (ปี)	ระดับ การ ศึกษา	ลักษณะ อาชีพ	ระดับ สัมพันธภาพ	การวางแผน การตั้งครรภ์	การมา ตรวจครรภ์ (ครั้ง)	การได้รับยา กระตุ้นการหด ตัวของมดลูก	การแตก ของ น้ำคร่ำ	น้ำหนักทารก แรกเกิด (กรัม)	คะแนน ระดับความ เจ็บปวด	คะแนนพฤติกรรมการ เผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอด
1	19	ม.6	ใช้แรงงาน	ดี (4.65)	วางแผน	8	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2650	55.6	8.7
2	18	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.65)	วางแผน	7	ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	3050	56.7	7.3
3	20	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.20)	วางแผน	9	ได้รับ	เจาะน้ำรั่ว	2600	68.0	8.3
4	18	ม.3	ใช้แรงงาน	ปานกลาง (3.20)	วางแผน	4	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3600	66.7	6.0
5	18	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.55)	วางแผน	5	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3950	47.8	8.4
6	19	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.00)	วางแผน	12	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3450	67.3	6.0
7	23	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.30)	วางแผน	12	ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	3200	44.0	8.3
8	18	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.25)	วางแผน	7	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2500	62.0	7.8
9	19	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (3.85)	วางแผน	11	ไม่ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	3000	70.3	6.0
10	20	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.25)	วางแผน	9	ไม่ได้รับ	แตกเอง	4000	56.0	8.8
11	21	ม.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (3.80)	วางแผน	9	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3500	65.0	8.7
12	22	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (3.80)	วางแผน	11	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2900	49.0	10.0
13	20	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.75)	วางแผน	12	ไม่ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	2750	70.0	7.0
14	26	ป.ตรี	ไม่ใช้แรงงาน	ดี (4.60)	วางแผน	8	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3400	55.3	8.0
15	28	ป.6	ใช้แรงงาน	ดี (4.45)	วางแผน	9	ได้รับ	แตกเอง	3000	71.0	7.3

ข้อมูลกลุ่มควบคุม

ลำดับ ที่	อายุ (ปี)	การ ศึกษา	ลักษณะ อาชีพ	ระดับ สัมพันธภาพ	การวางแผน การตั้งครรภ์	การมา ตรวจครรภ์ (ครั้ง)	การได้รับยา กระตุ้นการหด ตัวของมดลูก	การแตกของ ถุงน้ำคร่ำ	น้ำหนักทารก แรกเกิด (กรัม)	คะแนนระดับ ความเจ็บปวด	คะแนนพฤติกรรมมาร ในระยะคลอด
1	19	ม.3	ใช้แรงงาน	ดี(4.10)	วางแผน	8	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2600	66.3	3.3
2	18	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.25)	วางแผน	8	ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	2800	98.0	3.0
3	18	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.00)	วางแผน	7	ได้รับ	เจาะถุงน้ำ	3050	73.0	4.3
4	18	ม.3	ใช้แรงงาน	ปานกลาง(3.55)	วางแผน	8	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3200	91.7	4.7
5	19	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.55)	วางแผน	11	ไม่ได้รับ	แตกเอง	4000	66.5	2.8
6	19	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.00)	วางแผน	7	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3200	93.0	1.0
7	22	ป.ว.ช.	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.10)	วางแผน	10	ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	3400	87.3	3.7
8	19	ป.ว.ช.	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.25)	วางแผน	7	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2800	84.8	6.5
9	18	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.35)	วางแผน	7	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3050	75.0	2.8
10	18	ม.3	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.40)	วางแผน	7	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3350	98.3	4.7
11	23	ม.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(3.70)	วางแผน	6	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3200	96.0	1.0
12	23	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.35)	วางแผน	11	ไม่ได้รับ	แตกเอง	2850	73.0	7.7
13	20	ป.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.65)	วางแผน	10	ไม่ได้รับ	ถุงน้ำรั่ว	3350	73.4	6.2
14	24	ม.6	ไม่ใช้แรงงาน	ดี(4.40)	วางแผน	4	ไม่ได้รับ	แตกเอง	3600	74.0	2.7
15	27	ป.6	ใช้แรงงาน	ดี(4.30)	วางแผน	5	ได้รับ	แตกเอง	3300	80.0	1.0



ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

1.1 คำนวณหาความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้สูตรของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler)

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

1.2 คำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบราค (Cronbrach's alpha coefficient)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(\frac{1 - \sum si^2}{Si^2} \right)$$

เมื่อ	α	=	สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	n	=	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	si^2	=	ความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
	st^2	=	ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

2.2 ค่าเฉลี่ยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N = จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 The Mann – Whitrey U Test

สูตร $U_1 = \frac{n_1 n_2 + n_1 (n_1 + 1) - \sum R_1}{2}$

$$U_2 = \frac{n_1 n_2 + n_2 (n_2 + 1) - \sum R_2}{2}$$

กลุ่มที่ 1 U_1 = ค่าสถิติทดสอบของ Mann – Whitrey U ใน

กลุ่มที่ 2 U_2 = ค่าสถิติทดสอบของ Mann – Whitrey U ใน

n_1 = กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากรกลุ่มที่ 1

n_2 = กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากรกลุ่มที่ 2

$\sum R_1$ = ผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ 1

$\sum R_2$ = ผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวคลอด ชุดที่ 1

ผู้สอน	นางสาวสุจินดา ตรีเนตร
ผู้เรียน	หญิงตั้งครรภ์แรกและสามี จำนวน 2-5 คู่
วิธีสอน	บรรยาย สาริต และฝึกปฏิบัติ
ระยะเวลา	90 นาที
สถานที่	ห้องเตรียมตัวคลอด ชั้น 2 ตึกกาญจนมงคลภิเษก โรงพยาบาลบ้านโป่ง
วัตถุประสงค์ทั่วไป	

1. เพื่อให้หญิงครรภ์แรกและสามี มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมตัวคลอด
2. เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาท และมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยาเตรียมตัวคลอด
3. เพื่อให้หญิงครรภ์แรกและสามี มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์
4. เพื่อให้หญิงครรภ์แรกฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง
5. เพื่อให้สามีรู้ถึงบทบาทและมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือภรรยาฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง

กำหนดการสอน สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ เนื้อหาที่สอนประกอบด้วยเรื่อง

1. การเตรียมตัวคลอด และบทบาทของสามีในการให้การสนับสนุนภรรยาเพื่อเตรียมตัวคลอด
2. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์
 - 2.1 การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร
 - 2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการ เรียนการสอน	การมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์และสามี		สื่อการสอน	การประเมินผล
			หญิงตั้งครรภ์	สามี		
<p>- นำเข้าสู่เนื้อหา การเตรียมตัว คลอดและให้ผู้ เรียนรับรู้ถึงผล กระทบของความ กลัว ความเจ็บ ปวด</p>	<p>บทนำ ถึงแม้ว่าการคลอดจะเป็นกลไกที่เกิดขึ้น ตามขั้นพัฒนาการของชีวิตตามธรรมชาติ แต่ ผู้คลอดบุตรก็อดที่จะกลัวการคลอดไม่ได้ ถึง กับมีการเปรียบเทียบว่าผู้ที่คลอดบุตรนั้น มี สภาพจิตใจเหมือนกับว่าจะต้องออกศึก สงคราม มีความวิตกกังวลต่างๆ นานา โดย เฉพาะอย่างยิ่งกลัวในเรื่องความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์ และการคลอด หญิงครรภ์แรกมักจะกลัวและมีความวิตก กังวลมากเนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ ขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือได้รับการบอก เล่าที่ผิดๆ ความกลัว ความวิตกกังวลเหล่านี้ จะทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความ เครียด และความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อมารดาและทารก ดังนี้คือ</p>	<p>ขั้นนำ - ผู้สอนกล่าวคำทักทาย และแนะนำตัว - ให้หญิงตั้งครรภ์และสามี แนะนำชื่อ อาชีพเป็นราย บุคคล เพื่อสร้างความคุ้น เคยและเตรียมความพร้อม - ผู้สอนถามสามี 1-2 คน ว่า"คุณพอทราบหรือไม่คะ ขณะนี้คุณแม่ตั้งครรภ์ได้กี่ เดือนแล้ว และกำหนด คลอดเมื่อใด" - ถ้าสามีตอบว่าไม่ทราบ ผู้สอนให้สามีถามภรรยา</p>	<p>- กล่าวแนะนำตัว - หญิงตั้งครรภ์ฟัง สามีตอบคำถาม</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์พูดคุย กับสามีและบอกถึง อายุครรภ์และกำหนด วันคลอดให้สามี ทราบ</p>	<p>- กล่าวแนะนำตัว</p> <p>- สามีบอกอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอด ของภรรยา</p>	<p>- สไลด์แสดงวงจร ของ ความกลัว ความ เครียด ความเจ็บปวด</p>	<p>- สังเกตความสนใจและการตอบข้อ ซักถาม</p>

ตัวอย่าง

สไลด์
เรื่องการแนะนำสถานที่คลอด

สไลด์ที่	ภาพ	การบรรยาย
1	ภาพด้านหน้าของ ร.พ. “โรงพยาบาลของประชา รักษา ทุกโรคภัย เครื่องมือทันสมัย เต็ม ใจบริการ”	<ul style="list-style-type: none"> - สวัสดีคะ คุณพ่อ – คุณแม่ ทุกท่าน - โรงพยาบาลบ้านโป่งยินดีต้อนรับ และขอ ขอบคุณ คุณพ่อ – คุณแม่ ทุกท่านที่มอบ ความไว้วางใจให้แก่ ร.พ. บ้านโป่งเป็นผู้ ให้บริการคลอดแก่ท่าน
2	หญิงตั้งครรภ์ นั่งบนรถเข็น และ เจ้าพนักงานแสดงท่าเข็นด้านขวา มีญาติยืนอยู่	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อคุณแม่มารับบริการ ที่ ร.พ. บ้านโป่ง ศูนย์บริการผู้ป่วยนอกจะให้การต้อนรับและ แนะนำให้คุณพ่อไปขึ้นบัตรเพื่อขอรับเพิ่ม ประวัติประจำตัวผู้คลอดที่ห้องบัตร แล้วนำ ท่านมาที่ห้องคลอด
3	ป้ายชื่อ ตึกคลอด โรงพยาบาล บ้านโป่ง	<ul style="list-style-type: none"> - นี่คือ ห้องคลอดของโรงพยาบาลบ้านโป่ง - ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการคลอดสำหรับคุณแม่ ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่เชี่ยวชาญ คอยดูแลท่านอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งมีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการ แพทย์ที่ทันสมัยในการคลอด ดังนั้นคุณพ่อ จึงมั่นใจได้เมื่อพาคู่คุณแม่มาคลอดที่โร งพยาบาลบ้านโป่ง
4

ตัวอย่าง

คู่มือคุณพ่อ คุณแม่ เรื่องการเตรียมตัวคลอด

คู่มือคุณพ่อ & คุณแม่

เรื่อง การเตรียมตัวคลอด



จัดทำโดย

นางสาวสุจินดา ตรีเนตร

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งสำหรับ คุณพ่อ คุณแม่ทุกท่าน แต่ในขณะเดียวกันคุณพ่อและคุณแม่ก็มีความวิตกกังวล หรือมีความกลัวต่อการคลอด ซึ่งแนวทางหนึ่งในการแก้ไขก็คือ ต้องได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ดังนั้น คู่มือคุณพ่อ - คุณแม่เรื่อง “การเตรียมตัวคลอด” จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คุณพ่อ คุณแม่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และแนวทางการฝึก ปฏิบัติในการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนคลอด

ผู้จัดทำหวังว่า คู่มือคุณพ่อ - คุณแม่ เรื่อง “การเตรียมตัวคลอด” จะมีประโยชน์และเป็นแนวทางให้คุณพ่อช่วยสนับสนุนคุณแม่ให้มีการเตรียมตัวคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้คุณแม่และทารกปลอดภัย

สุจินดา ตรีเนตร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ		หน้า
คำนำ		
ตอนที่ 1	การเตรียมตัวคลอด	1
	ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด	3
	- การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร	4
	- คุณพ่อคือกำลังใจ	4
	- อาการเตือนก่อนคลอด	5
	- คุณพ่อช่วยคุณแม่ได้อย่างไรเมื่อใกล้คลอด	6
	- คุณพ่อจะพาคุณแม่ไปโรงพยาบาลเมื่อมี อาการอย่างไร	7
	- อาการที่คุณแม่ต้องมาโรงพยาบาลทันที	8
	- การคลอดเกิดขึ้นได้อย่างไร	9
	- ระยะเวลาต่างๆ ของการคลอด	10
ตอนที่ 2	การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด	12
	- การอยู่ในท่าที่ถูกต้อง	13
	- การบริหารร่างกาย	16
	เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	20
	เทคนิคการหายใจสำหรับการคลอด	28

ตัวอย่าง
บันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด

บันทึก

การสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด



ชื่อคุณพ่อ

ชื่อคุณแม่

จัดทำโดย

นางสาวสุจินดา ตรีเนตร

นิติตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการบันทึก

กรุณานำบันทึกการให้การสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวตลอดตามที่ท่านได้ปฏิบัติจริง โดยบันทึก วันที่ ช่วงเวลาฝึกปฏิบัติ แล้วทำเครื่องหมาย (3) ในช่องกิจกรรมการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งลงนามผู้ให้การสนับสนุน

การเตือนด้วยคำพูด หมายความว่า ท่านได้ให้การสนับสนุนภรรยาในการปฏิบัติโดยการใช้วาจาบอกกล่าว ชักจูง สอบถามหรือเตือนความจำ

การร่วมฝึกปฏิบัติ หมายความว่า ท่านมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติกับภรรยาด้วย

ตัวอย่าง

ครั้งที่	วันเดือนปี	ช่วงเวลาฝึกปฏิบัติ	กิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติ						ผู้ให้การสนับสนุน
			บริหารร่างกาย		ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ		การหายใจ		
			เตือนด้วยคำพูด	ร่วมฝึกปฏิบัติ	เตือนด้วยคำพูด	ร่วมฝึกปฏิบัติ	เตือนด้วยคำพูด	ร่วมฝึกปฏิบัติ	
1	12ธค44	8.00-8.30		3					นที
.									
15	25ธค44	8.00-8.30	3						นที
.		20.00-20.15				3			
29	8มค45	8.00-8.20		3				3	นที
		20.00-20.30				3		3	

ตัวอย่าง
แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

เลขที่แบบสอบถาม.....
กลุ่มทดลอง() กลุ่มควบคุม()

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาที่มีต่อกันในการดำเนินชีวิตครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา.....
4. อาชีพ.....รายได้ของครอบครัว.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....
6. สรุประดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการตอบดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
เป็นความจริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงครึ่งเดียว
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย
ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้ใช้ชีวิตร่วมกับสามีของท่าน	3				
2. ท่านและสามีได้มีการตัดสินใจและวางแผนร่วมกันที่จะมีบุตรในครั้งนี้อย่าง			3		

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1 ท่านรู้สึกภูมิใจที่สามีของท่านทำหน้าที่พ่อบ้านได้ดีตามที่คาดหวังไว้					
2. ท่านรู้สึกไม่พอใจในนิสัยของสามีของท่านบางประการ					
3. ท่านและสามีทะเลาะกันบ่อย					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

ตัวอย่าง แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

เลขที่แบบประเมิน
กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม ()

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

คำชี้แจง แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale ใช้วัดระดับความเจ็บปวดขณะรอคลอด โดยผู้คลอดเป็นผู้ประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองและผู้วิจัยเป็นผู้อ่านผลแล้วลงบันทึก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดใช้สังเกตพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรม

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
การศึกษา อาชีพ

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

การวางแผนการตั้งครรภ์ () มีการวางแผน () ไม่มีการวางแผน

อายุครรภ์เมื่อมาคลอด สัปดาห์

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ครั้ง

การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก () ได้รับ () ไม่ได้รับ

การแตกของถุงน้ำคร่ำ

() เจาะถุงน้ำคร่ำ () แตกเอง () ถุงน้ำรั่ว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale (ส่วนของผู้วิจัย)

คำชี้แจง ให้ผู้บันทึกคะแนน วัดความยาวของเส้นตรง จากจุดตั้งต้น (0) ถึงจุดที่ผู้คลอดกากบาท (X) เป็นหน่วยมิลลิเมตร แล้วลงบันทึกในตารางบันทึกคะแนนความเจ็บปวด ซึ่งกำหนดให้ความยาว 1 มิลลิเมตร เท่ากับ 1 คะแนน โดยให้วัดและลงบันทึกทันทีหลังจากผู้คลอดได้ประเมินความ เจ็บปวด

ตารางบันทึกคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอด

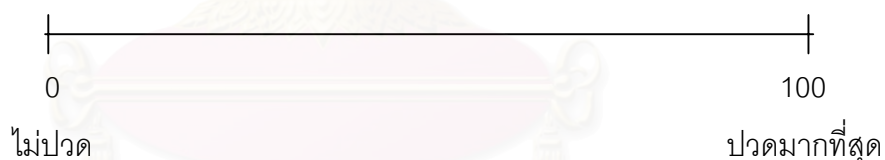
คะแนนความ เจ็บปวด	ครั้งที่ประเมิน													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
รวมคะแนน														

เลขที่แบบประเมิน.....

ชื่อผู้คลอด.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale (ส่วนของผู้คลอด)

คำชี้แจง มาตรวัดต่อไปนี้ เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดจากการคลอดตามความรู้สึกของท่านตั้งแต่ไม่มีความเจ็บปวดเลย (0) จนกระทั่งเจ็บปวดมากที่สุด (10) ให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทาบลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของท่านมากที่สุดโดยให้ประเมินทันทีภายหลังจากที่มดลูกมีการคลายตัวจากการหดตัวแล้ว และให้ประเมินทุก 1 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร จนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบประเมิน.....

ชื่อผู้คลอด.....

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด (สำหรับผู้ช่วยวิจัย)

คำชี้แจง

1. ผู้ที่ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดชุดนี้จะต้องได้รับการฝึกหัดการสังเกต และการประเมินตามเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดให้เกิดความชำนาญก่อนใช้แบบสังเกตนี้
2. ให้ผู้สังเกตทำการสังเกตพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดขณะที่มดลูกมีการหดรัดตัว โดยเริ่มสังเกตและบันทึกทุก 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร ถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร
3. ในการสังเกตแต่ละครั้งให้สังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดให้ครบทั้ง 5 ด้าน และให้คะแนนตามลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
 - ให้ 2 คะแนน เมื่อผู้คลอดแสดงพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองได้ดี
 - ให้ 1 คะแนน เมื่อผู้คลอดแสดงพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองได้ปานกลาง
 - ให้ 0 คะแนน เมื่อผู้คลอดแสดงพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้
4. ให้ผู้สังเกตบันทึกคะแนนการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในแต่ละด้านลงในช่องที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้ทันทีหลังการสังเกต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุจินดา ตรีเนตร เกิดวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2503 จังหวัด ราชบุรี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2527 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานห้องคลอด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย