

วรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศไทยการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของมารดาในระยะคลอดยังไม่มีผู้ใดศึกษาและทดลองปฏิบัติอย่างจริงจัง การศึกษาวิจัยมักเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำแก่มารดาในระยะตั้งครรภ์เท่านั้น อย่างไรก็ตามวรรณกรรมและรายงานการวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องของพอรวบรวมได้ดังนี้

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอด เป็นสภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจในสตรีมีครรภ์ทุกคน สตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวนมากที่เข้าห้องคลอดของโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะปรากฏแก่ตัวเธอขณะอยู่ในห้องคลอด สตรีเหล่านี้จึงมักเกิดความรู้สึกว่าหนาว หวาดกลัว ตื่นตระหนกต่อสถานที่หรือคนแปลกหน้า พร้อมทั้งเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจว่าจะมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ มารดาบางคนอาจมีคำถามเกี่ยวกับการคลอด ความเจ็บปวด ความพิการของบุตร เมื่อไม่ได้รับคำอธิบาย หรือชี้แจงให้หายสงสัย ทำให้เกิดช่องว่างและขัดแย้งในจิตใจของผู้ที่จะเป็นมารดา ความรู้สึกหวาดกลัวต่อการคลอดจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมากทุกครั้งที่มีคลุ้มคลั่งตัว ทั้งนี้เนื่องจากความกลัว เป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันตนเองในเหตุการณ์ที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นผลให้เกิดความเครียดขึ้นในร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อที่จะสู้หรือถอยหนีเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น กัง มาดี เลิศมาลีวงศ์ โกลลาว่าไวว่า "ความเครียดจะเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อเกิดการกระตุก ต่อจากนั้นความเจ็บปวดจะเป็นผลตามมา ฉะนั้นความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวด (fear-

tension-pain) จึงเป็นกลุ่มอาการที่มีผลต่อสตรีที่มีครรภ์ที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน<sup>1</sup>

รา ครอห์น แกรด (Rae Krohn Grade) และ แจ็ค วู้ดไซด์ (Jack Woodside) ใ้คอธิบายว่า

ความทุกข์ทรมานจากการคลอดเกิดขึ้นเนื่องจากประสาทส่วนปลายของมดลูกและปากมดลูกถูกดึงรั้ง ความเจ็บปวดมีผลจากแรงกดของมดลูกที่หดรัดและการขยายของปากมดลูกที่ส่งไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อทางเดินปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่ ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง เกิดการสะสมของเสียเพิ่มมากขึ้นในกล้ามเนื้อ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดความกลัวและความเกรียบคามา<sup>2</sup>

จากหนังสือการพยาบาลแม่และเด็กของ เอลิซาเบท แอล ดิกเคนสัน (Elizabeth L. Dickenson) และ มัทธา ออลเซน ชัลท์ (Matha Olsen Schult) ใ้คกล่าวถึงสาเหตุของความเจ็บปวดจากการคลอดสรุปใ้คว่าเนื่องมาจากสิ่งต่อไปนี้

1. มดลูกขาดเลือดมาเลี้ยง จึงทำให้เซลล์ของมดลูกขาดออกซิเจน และการขาดเลือดมาเลี้ยงทำให้เกิดการคั่งค้างของของเสียภายในเซลล์ทวย

2. เกิดมีแรงกดที่บริเวณปากมดลูกและมดลูกส่วนล่าง มีการแพร่กระจายไปตามวิถีประสาทของกระดูกเซครัม (Sacrum) และกระดูกสันหลัง ทำให้รู้สึกปวดร้าวไปตามบริเวณหลังและทรวงอก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>มาลี เลิศมาลีวงศ์, "การตอบสนองความต้องการของมารดาในระยะคลอด," วารสารพยาบาล 25(กรกฎาคม 2519) : 199 - 203.

<sup>2</sup>Rae Krohn Grade and Jack Woodside, "Obstetrical Analgesics and Anesthesia : Method of Relief Pain For The Patient in Labor," American Journal of Nursing 77(February 1977) : 242 - 245.

3. เกิดจากการบีบขยายของปากมดลูก เบื้องรองทอง และของกระดูก เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนบน เพื่อขับคันทวารจากทางคลอดออกมาภายนอก<sup>1</sup>

จอห์น เจ โบนิกา (John J. Bonica) ได้อธิบายถึงความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยแบ่งเป็นระยะ ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด สาเหตุของความเจ็บปวดส่วนใหญ่เนื่องจากการขยายของปากมดลูก และกล้ามเนื้อส่วนล่างของมดลูกถูกกดทับ รวมทั้งการหดตัวของมดลูก ความรู้สึกเจ็บปวดจะถูกส่งไปตามวิถีประสาทโดยอัตโนมัติซึ่งผ่านไปยังมดลูก อู้งเชิงกราน บริเวณของทองส่วนบนของรองทอง ส่วนเอว หลัง และประสาทสันหลังคู่ที่ 11 และ 12

ในระยะที่ 2 ของการคลอด ความเจ็บปวดมีสาเหตุจากการบีบตัวของทางคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกบริเวณฝีเย็บถูกบีบขยาย ความรู้สึกเจ็บปวดจะผ่านไปตามวิถีประสาท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสาทพุกเคนคอด (Pudendal nerve) ไปประสาทเหล่านี้จะเข้าไปสู่ประสาทไขสันหลังตรงบริเวณเซครัม (sacrum) ที่ 2, 3 และที่ 4

ในระยะที่ 3 ของการคลอด ความเจ็บปวดจะเกิดจากการขยายของปากมดลูกเพื่อให้อวัยวะออกมา และจากการหดตัวของมดลูก จะเกิดกระแสความรู้สึกเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ของการคลอด คือมีความรู้สึกส่งผ่านไปโดยระบบประสาทอัตโนมัติ เข้าสู่ประสาทไขสันหลังคู่ที่ 11 และ 12 ระยะนี้ไม่มีการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บ ถ้าไม่มีการตัดฝีเย็บ (Episiotomy)<sup>2</sup>

จากหนังสือสูติศาสตร์ของ วิลเลียม (Williams Obstetrics) ซึ่งเรียบเรียงโดย นิโคลสัน ไอ อีสแมน (Nicholson I. Eastman) และหลุยส์ เอ็ม เฮลแมน (Louis M. Hollman) ใ้กรายงานสรุปไว้ว่า การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ คือ เริ่มหดตัวบริเวณส่วนบนที่ใกล้กับช่องทางเข้าของท่อนไข

<sup>1</sup>Elizabeth L. Dickenson, and Martha Olsen Schult, Maternal and Infant Care (New York : McGraw Hill Book Co., 1975), p. 177.

<sup>2</sup>John J. Bonica, An Atlas on Mechanisms and Pathways of Pain in Labor (Chicago : Abdott Laboratories, 1960), p. 2.

(Follopain tube) ทั้งสองข้าง การหดตัวของกล้ามเนื้อจะมีลักษณะเป็นคลื่น ย่นไปทางด้านหน้าและตรงกลาง แล้วเคลื่อนมาพบกันในแนวกลาง

การหดตัวของกล้ามเนื้อในระยะคลอด จะมีระยะพักคล้ายกับการเต้นของหัวใจ ระยะพักระหว่างการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลงเรื่อย ๆ จาก 10 นาที ในระยะแรก ๆ ของการคลอด เป็น 1 - 2 นาที ในระยะที่ 2 ของการคลอด ระยะพักนี้จะช่วยให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ การหดตัวของกล้ามเนื้อจะรบกวนการทำหน้าที่ของรก ระยะเวลาการหดตัวแต่ละครั้งนานประมาณ 45 วินาที ถึง  $1 \frac{1}{2}$  นาที เฉลี่ยประมาณ 1 นาที ลักษณะการหดตัวของกล้ามเนื้อแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะแรก (increment) เป็นระยะที่กล้ามเนื้อเริ่มมีการหดตัว
- ระยะที่สอง (Acme) เป็นระยะที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเต็มที่
- ระยะที่สาม (Decrement) เป็นระยะที่กล้ามเนื้อคลายตัวสู่ภาวะปกติ<sup>1</sup>

#### การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของกล้ามเนื้อในระยะคลอด

การคลอดบุตร เป็นกระบวนการที่ทารก รก และเยื่อหุ้มรกถูกขับกันออกมาทางช่องคลอด<sup>2</sup> ซึ่ง คีคเคนสัน และ ชัลท์ ไก้ม่างเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 เริ่มตั้งแต่มีการเจ็บครรภ์จริง จนถึงระยะที่ปากมดลูกเปิดเต็มที่
- ระยะที่ 2 ตั้งแต่ปากมดลูกเปิดเต็มที่ จนทารกคลอดออกมาพ้นจากช่องทางคลอด
- ระยะที่ 3 ตั้งแต่ทารกคลอด จนกระทั่งรกคลอดโดยสมบูรณ์<sup>3</sup>

ตลอดช่วงเวลาดังกล่าว จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของมดลูก ดังนี้

006128

<sup>1</sup>Dickenson, and Schult, Maternal and Infant Care, p. 176.

<sup>2</sup>ศิริ ทรัพย์ประสิทธิ์, สูติศาสตร์สำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพฯ : กองวิชาการ กรมแพทยทหารอากาศ, 2513), หน้า 131.

<sup>3</sup>Dickenson, and Schult, Maternal and Infant Care, p. 178.

ระยะที่ 1 ระยะนี้การหดรัศมีของกล้ามเนื้อหลอดจะเกิดขึ้นเฉพาะที่บริเวณส่วนบนของหลอด ซึ่งประกอบด้วยเส้นใยกล้ามเนื้อที่หดรัด แต่มีความสามารถในการหดรัศมี เช่น เติม เรียกว่าการหดรัศมี (retraction) ลักษณะที่เส้นใยกล้ามเนื้อมีความยาวสั้นลงนี้เรียกว่า เบรคิสเตซิส (Brachystasis) ระยะแรกหลอดจะหดรัศมีทุก 10 ถึง 15 นาที และหดรัศมีนานครั้งละ 15 ถึง 20 วินาที ในช่วงปลายของระยะที่ 1 ของการคลอด หลอดจะหดรัศมีขึ้นทุก 2 - 3 นาที และนานครั้งละ 45 - 60 วินาที การหดรัศมีบ่อยครั้ง จะทำให้กล้ามเนื้อหลอดส่วนบนมีความหนาเพิ่มขึ้น แต่สั้นลงทุกที

เนื่องจากภายในหลอด มีทารก รก และน้ำคร่ำ ซึ่งมีปริมาตรคงที่เมื่อใยกล้ามเนื้อส่วนบนมีความสั้นลง จึงจำเป็นต้องดึงเอากล้ามเนื้อหลอดส่วนล่างขึ้นไปเพื่อชดเชยส่วนที่สั้นของกล้ามเนื้อหลอดส่วนบน ยิ่งระยะคลอดยาวนานกล้ามเนื้อหลอดส่วนบนหดรัศมีสั้นลงและหนาเพิ่มขึ้นเท่าใด กล้ามเนื้อส่วนล่างจะถูกดึงให้ยืดขยายออกไปแทนที่มากขึ้นเท่านั้น และจะมีความหนาตลอดทุกที ทำให้รอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อหลอดทั้งสองส่วนเกิดการรอยคอคโคจรอบ เรียกว่ารอยคอคคอกทางกายภาพ (Physiologic retraction ring)

จากการหดรัศมีและคลายตัวของกล้ามเนื้อหลอดส่วนบน ร่วมกับกล้ามเนื้อส่วนล่างถูกดึงรั้ง ทำให้ปากมดลูกซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อชนิดยืดหยุ่น (Elastic connective tissue) ถูกยืดออกมากขึ้นเพื่อให้เป็นทางผ่านสำหรับทารก นอกจากนี้พังผืดต่าง ๆ ที่ยึดมดลูกจะมีการหดรัศมีด้วย

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ในระยะที่ 1 ของการคลอด ความเจ็บปวดจะเริ่มจากการขยายตัวของปากมดลูก การยืดขยายของกล้ามเนื้อหลอดส่วนล่าง และจากการหดรัศมีของกล้ามเนื้อส่วนบน กระแสความรู้สึก (Impulse) จะถูกส่งไปยังใยประสาทส่วนที่ทอดผ่านบริเวณท้อง (Hypogastric Plexus) และไปตามประสาทอัตโนมัติ ไปยังรากประสาทด้านหลัง (Posterior roots) ส่วนนอกคู่ที่ 11 และ 12 ความรู้สึกนี้อาจนำไปโดยระบบประสาทอัตโนมัติของเชิงกราน โดยเข้าที่ประสาทไขสันหลังที่ 2, 3 และ 4 ของกระดูกเชิงกราน

ระยะที่ 2 ของการคลอด การหดรัศมีของมดลูกจะแรงและถี่มากขึ้นในระยะนี้เมื่อถูกน้ำแตก น้ำคร่ำบางส่วนจะไหลออกมา ซึ่งจะไปกระตุ้นให้มดลูกหดรัศมีแรงขึ้น ของทางคลอดจะถูกขยายด้วยทารก มดลูกส่วนบนจะยิ่งหดรัศมีและหนาเพิ่มขึ้น เพราะการหดรัศมีของเส้นใยกล้ามเนื้อ เป็นการออกแรงขับให้ทารกพ้นจากมดลูก มดลูกจะหดรัศมีเป็นระยะ ๆ ครั้งหนึ่งนาน

ประมาณ 1 นาที และห่างกันครั้งละ 2 นาที

ความเจ็บปวดในระยะนี้เกิดจากการขยายของช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์บริเวณ  
มีเยื่อ ความรู้สึกจะถูกส่งผ่านโดยตรงไปยังเส้นประสาททรวงอก และไปตามวิถีประสาทเข้าสู่  
ไขสันหลัง

ระยะที่ 3 ของการคลอด เป็นระยะที่รกหลุดตัวจากมดลูกหลังทารกคลอดแล้ว มดลูก  
จะยังหดและคลายตัวต่อไปอีก เพื่อขับไล่ออกันโพรงมดลูก เมื่อรกคลอดแล้ว มดลูกจะหดตัว  
ต่อไป เพื่อป้องกันการตกเลือด

ความเจ็บปวดในระยะที่ 3 นี้ เกิดจากการขยายของปากมดลูกเมื่อรกคลอด และการ  
หดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก จะไม่มีความเจ็บปวดบริเวณมีเยื่อถ้าไม่มีการตัดมีเยื่อ หรือการฉีกขาด  
ของช่องทางคลอด

#### ความทนทานต่อความเจ็บปวด (Pain Threshold)

ความทนทานต่อความเจ็บปวดในแต่ละคนจะแตกต่างกันและอาจไม่คงที่ แม้ในคนคนเดียว  
กันในช่วงเวลาที่ต่างกัน ความทนทานต่อความเจ็บปวดอาจสูงหรือต่ำ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ  
เช่น ประสบการณ์ สุขภาพของร่างกายและจิตใจ ความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความเหนื่อยล้า  
ความวิตกกังวล ปัจจุบันเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความทนทานต่อความเจ็บปวดทั้งสิ้น<sup>1</sup>

จากการศึกษาของ สู่เทพ วงศ์แพทย์ และ สมจิต ศรีสุพรรณราช ได้สรุปรายงานว่า  
ความทนทานต่อความเจ็บปวดของมารดาแต่ละคนจะแตกต่างกัน ตามอาชีพและระดับสติปัญญา  
ในสตรีที่มีการศึกษาสูงและทำงานเบา ๆ จะมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ซึ่งตรง  
ข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาค่ำ และมีอาชีพกสิกรรม หรือกรรมกรที่ทำงานหนัก จะมีระดับ

<sup>1</sup>Lourel Acher Copp et al., "Pain and Suffering," American Journal of Nursing 74(March 1974).: 500.

ความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดและสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า<sup>1</sup>

ปีน ซี เมทซ์เกอร์ (Jean C. Methzger) ได้กล่าวถึงความทนทานต่อความเจ็บปวดว่า "โดยปกติแล้วคนสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ เมื่อความเจ็บปวดนั้นมีค่าเท่ากับความดันประมาณ 15 - 20 มิลลิเมตรปรอท ถ้าความเจ็บปวดสูงเกินกว่าระดับนี้ บุคคลจะไม่สามารถทนได้"<sup>2</sup>

### การตอบสนองต่อความเจ็บปวด

การตอบสนองต่อความเจ็บปวดเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน เพราะเกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น การตอบสนองต่อความเจ็บปวดย่อมมีอิทธิพลจากปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น ประสบการณ์ คุณค่าทางวัฒนธรรม สุขภาพของร่างกายและจิตใจ การตอบสนองต่อความเจ็บปวดอาจแสดงได้ 3 ทาง คือ

1. ทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic reaction) เป็นการตอบสนองที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle) และต่อมต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ชีพจรหายใจ เหงื่อออก ม่านตาขยาย กลืนได้ อาเจียน เป็นต้น
2. ทางระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (Skeletal muscle reaction) เป็นการตอบสนองของกล้ามเนื้อใต้อำนาจจิตใจ (Voluntary muscle) โดยการถอยหนี กำมือแน่น เกร็งแขนขา
3. การแสดงออกทางจิตใจ (Psychic reaction) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น กลัว โกรธ ร้องไห้ หงุดหงิด เป็นต้น สภาพทางจิตใจของบุคคลมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก ความกลัว ความวิตกกังวลจะเป็นสาเหตุส่งเสริมการรับความเจ็บปวด ทำให้แปลความรู้สึกเจ็บปวดใน ระดับที่รุนแรงและยาวนานมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล

<sup>1</sup>สุเทพ วงศ์แพทย์ และ สมจิต ศรีสุพรรณราช, "การคาดคะเนกำหนดคลอดด้วย Oxytocin และการจับทารกที่ศีรษะของมดลูกด้วยมือทางหน้าท้องของผู้ที่ตั้งครรภ์," วารสารกรมการแพทย์ 1 (ตุลาคม - ธันวาคม 2519) : 4 - 18..

<sup>2</sup>Dickenson and Schult, Maternal and Infant Care, p. 178.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่แคงตอความเจ็บปวดกับทฤษฎีของความเจ็บปวด

ลอเรล แอชเชอร์ คอปป์ และคณะ (Laurel Acher Copp et.al.) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของความเจ็บปวดสรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีเฉพาะ (Specificity Theory) เซลล์ประสาทเฉพาะ (Specific nerve cells) จะตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น ความรู้สึกเจ็บปวดจะไปตาม แอพพาเรนต์ เพนไฟเบอร์ (Afferent pain fiber) และส่งแรงกระตุ้นไปยังรากประสาทส่วนหลัง (Posterior nerve root ganglion) แรงกระตุ้นบางส่วนจะผ่านเข้าไปใน โพลีเรีย แลทเทอรอล ฮอร์น เซลล์ (Posterior lateral horn cells) ไปยัง reflex arc กระบวนการทำงานของประสาทมอเตอร์ (Motor activities) เกิดปฏิกิริยาเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด แรงกระตุ้นอีกส่วนจะผ่านไปตามไขสันหลังส่งเข้าไปใน แอนเทอโร แลทเทอรอล ฮอร์น เซลล์ (Antero lateral horn cells) ผ่านเข้าทางเดินของประสาทไขสันหลัง ไปยังสมองส่วนที่รับความเจ็บปวด สมองส่วนเซเรบรอล คอर्टิกซ์ (Cerebral Cortex) จะแปลความเจ็บปวดส่งมาตาม แอพพาเรนต์ ไฟเบอร์ เกิดปฏิกิริยาต่อส่วนนั้น ๆ ทางระบบกล้ามเนื้อซึ่งจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ<sup>1</sup>

2. ทฤษฎี เกต คอนโทรล (Gate Control Theory)

โรนอลด์ เมลเซค (Ronald Melzack) และ แพทริก (Patrick) ได้กล่าวถึงทฤษฎีนี้สรุปได้ว่า ในประสาทเล็ก ๆ ส่วนปลายจะเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดไปยังไขสันหลัง ถ้าไม่มีสิ่งชักขวางก็จะส่งความรู้สึกนี้เข้าไปในทรานสมิชัน เซลล์ (Transmission cell) เข้าไปในคอซอล ฮอร์น (dorsal horn) เข้าไปในแอนเทอโร แลทเทอรอล แทรก (Anterolateral tract) เข้าสู่ทาลามัส (Thalamus) และส่งเข้าไป เซเรบรอล คอर्टิกซ์ (Cerebral Cortex) โรนอลด์ เมลเซค และ แพทริก ยังได้ให้ความเห็นว่า สับสแตนเชีย เจลาตินา (Substantia gelatina) ในไขสันหลังเป็นที่ซึ่งการส่งความรู้สึกจะถูกชักขวาง คือ การปิดประตู (Gate) การกระตุ้นที่เข้าไปในไขสันหลังจะถูกชักขวาง แต่ประตูเปิดก็จะยอมให้

<sup>1</sup>Dorothy S. Siegele, "The Gate Control Theory," American Journal of Nursing 74(March 1974) : 498 - 502.



ให้ความรู้สึกผ่านเข้าไปในทรานสมิซัน เซลล์ ในคอร์ซอล ฮอร์น ของไขสันหลัง กลไกที่ทำให้ประจุบวก ก็คือ ลำขั้ว โคอามีเทอ์ (Large diameter) หรือประสาทแอฟฟาเรนต์ (Afferent nerve) ที่มีคอบริ เวณผิวหนึ่งจะถูกกระตุ้นโดยการสัมผัสเนื่องจากการถู (rubbing) อันเนื่อง เป็นการกระทำ ที่มีผลลบ (negative charge) เป็นการยับยั้งให้ประจุบวก<sup>1</sup>



### การบรรเทาความเจ็บปวดในระบบคลอด

จากแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเจ็บปวดจากการคลอดนี้เอง จึงได้มีการพยายามคิดค้นวิธีที่จะระงับความเจ็บปวด หรือผ่อนคลายความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดในระบบคลอดด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ การปลุกปลอบจิตใจคลอดจนการใช้ยาระงับประเภทต่าง ๆ แต่ก็ยังไม่มียาใดที่ระงับอาการเหล่านี้ได้แน่นอน

โรเบิร์ต เจ วิลสัน (Robert J. Willson) ได้กล่าวถึงการระงับความเจ็บปวดจากการคลอดว่า

การใช้ยาประเภทต่าง ๆ ยังเป็นวิธีเดียวที่ใช้กันมาจนถึงปัจจุบัน ยาเหล่านี้มีทั้งยาเกิน ยาฉีด และยาสูดดม เพื่อระงับความเจ็บปวด และทำให้หมดความรู้สึก แต่อย่างไรก็ตามฤทธิ์ของยาเหล่านี้ให้ผลยวชนิคมสามารถดูจนเขาไปถึงทารกในครรภ์ทำให้เกิดอันตรายต่อทารกและยังเป็นสาเหตุให้ทารกคลอดคลอราได้อีกด้วย<sup>2</sup>

รา กรอห์น แกรด และ แจ็ค วูดไซด์ (Rae Krohn Grade and Jack Woodside) ได้กล่าวถึงวิธีบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการคลอดว่ามี 6 วิธี ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ

1. การสร้างสภาพพึงพอใจต่อการคลอดโดยการเตรียมคลอดตามวิธีของดามาส
2. การใช้ยานอนหลับ หรือยาก่ออมประสาทที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเกรียติทางอารมณ์ให้หมดไป

<sup>1</sup>Ibid., pp. 499 - 500.

<sup>2</sup>Robert J. Willson, Management of Obstetric Difficulties 6th ed. (Saint Louis : C.V. Mosby Co., 1961), p. 564.

3. การทำให้สูญเสียความทรงจำ (amnesics) ซึ่งจะทำให้ลืมความเจ็บปวด  
ไปชั่วคราว

4. การใช้ยาระงับความเจ็บปวดทั่วไป (General analgesia) ยานี้มีผล  
ในการยับยั้งความทนทานต่อความเจ็บปวดให้สูงขึ้น

5. การใช้ยาทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะที่ (Regional anesthesia) ยา  
ประเภทนี้มีผลในการตัดวิถีประสาทรับรู้ความเจ็บปวด (Pain Pathway)

6. การใช้ยาทำให้หมดความรู้สึกทั่วไป (General anesthesia) ยากลุ่มนี้  
จะมีผลในการกดระบบประสาทกลางทั้งมารดาและทารก ทำให้ไม่มีความรู้สึกโดยทั่วไป

ปัจจุบันการใช้ยาประเภทที่ทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะที่ เป็นวิธีที่นิยมกันมาก อย่างไรก็ดีตามการใช้ยาประเภทต่าง ๆ เหล่านี้ยังคงมีผลต่อกระบวนการคลอดและทารก เช่น การใช้ยานอนหลับ หรือยากดประสาท อาจทำให้การคลอดล่าช้า ผู้คลอดรู้สึกง่วง และหลับเกือบตลอดเวลา อารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนไป บางรายมีอาการกระวนกระวาย หรือกระสับกระส่ายได้ และยานี้มีผลต่อทารกนานถึง 48 ชั่วโมง เนื่องจากร่างกายของทารกยังไม่สามารถกำจัดพิษของยาได้เร็วเท่าผู้ใหญ่<sup>1</sup>

การใช้ยาระงับปวดแม้จะสร้างความทนทานต่อความเจ็บปวดได้ถึงร้อยละ 50 ก็ตาม แต่ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็คล้ายคลึงกับยากดประสาท คืออาจทำให้ผู้คลอดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาประเภทนี้บางชนิด อาจกดระบบประสาทกลางของทารกซึ่งมีผลต่อระบบทางเดินหายใจของทารกแรกคลอด<sup>2</sup>

การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ มีผลน้อยที่สุด เพราะไม่มีผลเสียถึงทารก แต่การให้ยาช้าหรือเร็วเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง ไม่สามารถลดความวิตกกังวล ความเครียดและความเจ็บปวดได้ตามที่ต้องการ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Grade and Woodside, "Obstetrical Analgesics and Anesthesia : A Method of Relief Pain for the Patient in Labor," pp. 242 - 245.

<sup>2</sup>Ibid., p. 244.

<sup>3</sup>Ibid., p. 245.

สำหรับวิธีแรก คือการสร้างความพึงพอใจต่อการคลอดตามวิธีของลามานซ์ เป็นวิธีเตรียมคลอดตามธรรมชาติ โดยสร้างสภาวะให้มารดาต่อสู้กับความวิตกกังวล ความกลัว ความเกรียบ และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ โดยการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด การเตรียมคลอดนี้ไม่เกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวด และจะทำให้ผู้คลอดมีความต้องการยาระงับปวดน้อยลง<sup>1</sup>

แกรนต์ ดีค ริก (Grantly Dick Read) นายแพทย์ชาวอังกฤษ ใ้คศึกษาองค์ประกอบทางอารมณ์ของผู้คลอด พบว่า "ความมั่นใจ ความเข้าใจ และความไม่กลัว เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การคลอดง่ายขึ้นและช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดได้"<sup>2</sup>

ราวต้นปี ค.ศ. 1940 ริก ได้เสนอรายงานไว้ว่า

สตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ จะเต็มไปด้วยความวิตกกังวลซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้มีความเกรียบเพิ่มมากขึ้น มีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงมดลูก ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ความเนื่อจะแข็งเกร็ง ทำให้เกิดความเจ็บปวดตามมา ขณะเดียวกันความเจ็บปวดก็ทำให้เกิดความกลัวเพิ่มขึ้น มีผลให้ความเกรียบสูงขึ้น และเกิดความเจ็บปวดเป็นวงจรต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด<sup>3</sup>

ริกได้เสนอวิธีเตรียมคลอดตามธรรมชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดจากการคลอด โดยวางแผนปฏิบัติไว้ 3 ประการ ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด
2. การบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยในการหดรัศตัวและคลายตัวของมดลูกเป็นระยะ ๆ

โดยควบคุมจังหวะการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

3. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและผู้ทำคลอด (Psychoprophylactic Method) และการใช้วิธีสภกจิตเขาช่วย<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ibid.

<sup>2</sup>Read, Childbirth without Fear, p. 128.

<sup>3</sup>สุชาติ บุรณะกนิษฐ, "การเตรียมตัวเพื่อการคลอด," วารสารพยาบาล

26(เมษายน 2520) : 118 - 127.

<sup>4</sup>เรื่องเดียวกัน.

เฮลีน ฮาร์คแมน (Helen Heardman) นักสตรีวิทยาชาวอังกฤษ ใฝ่หาวิธีการของ ริก ไปเผยแพร่ เพราะฮาร์คแมน มีความเชื่อว่าการทำให้ร่างกายแข็งแรงและสมบูรณ์ มีทัศนคติที่คัดค้านการคลอด จะทำให้ความเจ็บปวดน้อยลง จึงได้ให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสตรีวิทยาของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในระยะคลอดรวมทั้งวิธีการของริก<sup>1</sup>

คลอัสเซ็น ฟลอค (Clausen Flvok) และคณะ ได้รายงานผลการศึกษาของ ดร. เอ พี นิโคโลสกี (A.P. Nicoloiien) และเวลโวสกี (Velvoski) นักวิทยาศาสตร์ชาวรัสเซียเกี่ยวกับการค้นพบวิธีทำให้การคลอดไม่เจ็บปวดโดยใช้สตรีตั้งครรภ์หายใจเข้าออกเป็นระยะ ๆ ตามหลักทฤษฎีการกระทำโดยมีเงื่อนไขของ พาฟลอฟ (Pavlov) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้กระทำและประสบความสำเร็จ เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในหมู่สตรีชาวรัสเซีย ในปี 1950 เอ พี นิโคโลสกี ได้เสนอทฤษฎีนี้เข้าในการประชุมสมาคมแพทย์ทางรีเวชแห่งโลก (World Congress Gynecologists) ซึ่งจัดขึ้นในประเทศฝรั่งเศส ดร.เฟอรันัค ลามาซ (Dr. Fernand Lamaze) นายแพทย์ชาวฝรั่งเศส ซึ่งเข้าร่วมประชุมในครั้งนั้นก็ได้ให้ความสนใจเรื่องนี้เป็นพิเศษ ปีต่อมา ลามาซ ได้เดินทางไปยังประเทศไทย เพื่อศึกษาวิธีการนี้อย่างใกล้ชิด พบว่าใช้ได้ผลดี เมื่อกลับมาประเทศฝรั่งเศส จึงพยายามเผยแพร่วิธีการดังกล่าวออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งสตรีชาวฝรั่งเศสพอใจและนิยมใช้วิธีการคลอดนี้มาก ระยะเวลาได้แพร่หลายเข้าไปในประเทศต่าง ๆ หลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีผู้รวบรวมเรื่องราวและเขียนหนังสือ ชื่อ "Thank you Dr. Lamaze" พิมพ์ออกเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1950 ทำให้มีผู้นิยมวิธีการนี้อย่างกว้างขวาง แม้จะได้รับการคัดค้านจากผู้ที่ไม่เห็นด้วยบางคนก็ตาม<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Helen Heardman, Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology : Including Educational for Childbirth (Edinburgh : E&S Livingstone, 1951), p. 11.

<sup>2</sup>Clausen Flvok et.al., "Preparation for Childbirth," Maternity Nursing today (New York : McGraw-Hill Book Co., 1973), p. 374.

ในปี ค.ศ. 1960 ไคมีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และบรรดาพยาบาลแมมบาน ที่เห็นความสำคัญของวิธีการคลอดตามธรรมชาติรวมตัวกันก่อตั้งสมาคมขึ้นมีชื่อว่า "The American Society for Psychoprophylaxis in Obstetric (A.S.P.O.)"<sup>1</sup> มีสมาชิกทั่วประเทศ สหรัฐอเมริกาเพราะเป็นวิธีการที่หญิงหลังคลอดเกิดความประทับใจและพอใจมาก

คอนสแตนซ์ อาร์ คาสเตอร์ (Constance R. Caster) ได้กล่าวถึงการเตรียมคลอดที่นิยมกันมาก 2 วิธี คือ

1. การเตรียมร่างกายและจิตใจ (Psychophysical Method)
2. การปลูกปลอบจิตใจ (Psychoprophylactic Method)<sup>2</sup>

ทั้งสองวิธีมีจุดมุ่งหมายที่คล้ายคลึงกันคือมุ่งขจัดความกลัว ความเกรียกทางอารมณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด มีสิ่งที่แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย กล่าวคือวิธีแรกมุ่งให้การให้ความรู้และฝึกการหายใจกลั้นเนื้อทั่วไป ส่วนวิธีหลังมุ่งที่จะนำวิธีการกระทำโดยมีเงื่อนไขของพาหุผลพ มาใช้

คาสเตอร์ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการเตรียมตัวก่อนคลอดว่าสตรีที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด จะสามารถควบคุมตนเองให้ต่อสู้กับความเหนื่อยล้าจากการคลอด สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการคลอดจากการหดรัศมีของมดลูก และให้ความร่วมมือตามกระบวนการคลอดได้อย่างถูกต้อง รู้จักผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่แสดงอาการท้อแท้ท้อถอย ทำให้ระยะเจ็บระยะพักเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ความเกรียกทางอารมณ์ มีผลให้ความวิตกกังวล และความเจ็บปวดลดลง ทำให้ความถี่ของการหายใจปกติ และยาสงบของลง เกิดผลดีทั้งต่อมารดาและทารก<sup>3</sup>

<sup>1</sup> สุขศรี บุญระกนิษฐ, "การเตรียมตัวเพื่อการคลอด."

<sup>2</sup> Dickenson and Schult, Maternal and Infant Care, p. 151.

<sup>3</sup> Ibid., p. 154.

ในระยะคลอด มารดาที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดจะให้ความร่วมมือได้ดีเพราะมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของการคลอดทุกระยะ เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ก็สามารถควบคุมตนเองให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติได้ง่าย เนื่องจากมารดาไม่ได้รับยาระงับปวด ยาทำให้หมดความรู้สึกหรือการใช้เครื่องมือเพื่อช่วยคลอดอื่น ๆ ภายหลังคลอดแล้วมารดาเหล่านี้จึงอยู่ในภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรและอาการปวดมึนศีรษะจะไม่ปรากฏให้เห็น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการเตรียมตัวก่อนคลอดช่วยให้มารดาร่วมมือในการคลอดได้ดี โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาระงับปวด ซึ่งเป็นผลดีต่อทารกโดยตรง การตรวจจึงพบว่าคะแนนแอปการ์ (APGARS SCORES) ในระยะแรกเกิดของทารกกลุ่มนี้จะสูง ลักษณะการขาดออกซิเจน (Anoxia) เนื่องจากสมองถูกกด<sup>1</sup> ตรงกับรายงานของ แอนน แลด์ คลาร์ค (Ann L. Clark) ที่เสนอไว้เมื่อปี ค.ศ. 1975<sup>2</sup>

เอลิซาเบธ สจวต (Elizabeth Stewart) ได้กล่าวถึงการเตรียมตัวเพื่อคลอดตามธรรมชาติว่า

การเตรียมตัวเพื่อคลอดตามธรรมชาติเป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย สามารถสอนให้บุคคลปฏิบัติตามได้โดยง่าย และใช้ได้ในทุกโอกาส การให้บุคคลหายใจลึก ๆ ยาว ๆ จะช่วยให้บุคคลผ่อนคลาย ผ่อนคลายจากความเครียดอันเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวจนเกิดความเหนื่อยล้า และยังช่วยส่งเสริมให้ร่างกายสมบูรณ์ จิตใจสงบ และพร้อมที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดได้เสมอ การใช้วิธีนี้จึงทำให้บุคคลออกเฝือกอย่างแท้จริง<sup>3</sup>

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เหล่านี้จะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวในระยะก่อนคลอดเป็นวิธีการที่จะช่วยให้การคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ และทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด

<sup>1</sup>Ibid., p. 155.

<sup>2</sup>Clark, "Labor and Birth : Expectation and Outcomes."

<sup>3</sup>Elizabeth Stewart, "To lessen Pain : Relaxation and Rhythmic Breathing," American Journal of Nursing 76 (June 1976) : 598 - 599.

อย่างไรก็ตาม การเตรียมตัวคลอด และการให้ความรู้แก่มารดาที่อาจใช้บุคคลที่ไม่ได้ทุกคนเสมอไป เพราะความต้องการและการรับรู้ของแต่ละคนแตกต่างกัน วิธีหนึ่งอาจใช้โดยคิดสำหรับบุคคลหนึ่ง แต่อาจไม่เหมาะสำหรับบุคคลอื่น ๆ<sup>1</sup> ฉะนั้นการเลือกใช้วิธีใดย่อมขึ้นกับความเหมาะสมของมารดาแต่ละคนซึ่งผู้ให้คำแนะนำควรนำมาประกอบการพิจารณาด้วย

### การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนของมารดาในระยะคลอดนี้ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน แม้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งรวบรวมได้ดังนี้

✓ พ.ศ. 2511 นิยดา สวัสดิวงศ์ ได้ศึกษาความสนใจของหญิงคลอดบุตรต่อเอกสารการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด จากมารดาที่มากลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 70 คน ผลจากการศึกษาพบว่า

1. มารดา 3 ใน 4 สนใจอ่านเอกสารการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดมากกว่าครั้งเดิม
2. อายุของมารดาไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการอ่าน ( $r = -0.19$  ที่  $.05$ )
3. การศึกษามีความสัมพันธ์กับการอ่านปานกลาง มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ  $.38$  ที่ระดับความเชื่อมั่น  $.01$
4. จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์มีส่วนสัมพันธ์กับการอ่านน้อย คือ พบว่าสหสัมพันธ์เท่ากับ  $.06$  ที่ระดับความมีนัยสำคัญ  $.05$
5. มารดาให้ความสนใจต่อเรื่องการฝากครรภ์มากที่สุดคือ พบถึงร้อยละ 94 ส่วนความสนใจเรื่องการเตรียมเครื่องใช้สำหรับทารกพบร้อยละ 89 ในระยะหลังคลอดพบว่ามารดาสนใจเรื่องการอยู่ร่วมกับสามีมากที่สุดถึงร้อยละ 80

<sup>1</sup>Bookmiller, Bowen and Carpenter, Textbook of Obstetrics and Obstetric Nursing p. 121.

6. ความคิดเห็นในการอ่านเอกสารการปฏิบัติตนในระบะตั้งครรรกและหลังคลลอกกัการ พังการสอณเมือมาฝากครรรก จากถการวิจัยทว่ามารคาคอการทังอ่านเอกสารและพังการบรยายรวม ถัน

7. มารคาคที่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเอกสารให้เหตุผลในการปฏิบัติตนว่าคอการให้ ตนเองและบุตรแข็งแรงสมบุรณ์ รอยละ 17.14 ส่วนมารคาคที่ไม่ปฏิบัติตนตามคำแนะนำให้เหตุผล ว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนนใหญ่

พ.ศ. 2518 สมักรใจ พิศาล ไททำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความ รู้เรื่องการปฏิบัติตนของมารคาคที่รับคำแนะนำและไม่ได้รับคำแนะนำในระหวังกตั้งครรรกจากโรงพยาบาล ศิริราช ผลการศึกษาในมารคาคหลังคลลอกสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน มีความแตกต่างกันดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลลอก มารคาคที่รับคำแนะนำจะมีคะแนนสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำทั้งโดยส่วนรวมและจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้คอเคื้อน

2. มารคาคที่รับคำแนะนำในระหวังกตั้งครรรกมีความคิดเห็นและความเชื่อในทางที่ ถูกคอการว่ามารคาคกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำทั้งโดยส่วนรวมและแยกตามอายุ ระดับการศึกษา และ รายได้คอเคื้อน

3. มารคาคที่รับคำแนะนำในระหวังกตั้งครรรกมีความรู้และการปฏิบัติจริงดีกว่ามารคาค ที่ไม่ได้รับคำแนะนำทั้งโดยส่วนรวมและแยกตามอายุ ระดับการศึกษาและรายได้คอเคื้อน

4. ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลลอกของมารคาคกลุ่มที่รับคำแนะนำในระหวังกตั้งครรรก จำแนกตามอายุไม่แตกต่างจากกลุ่มซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำ แต่จะแตกต่างกันเมือจำแนกตามระดับการ ศึกษาและรายได้คอเคื้อน มารคาคที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลลอกมากกว่ามารคาค

นียบคาค สวัสดิทวงศ์, "การศึกษาความสนใจของหญิงคลลอกบุตรคอเอกสารการปฏิบัติตน ในระบะตั้งครรรกและหลังคลลอก," (วิทยานพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรรณมหาวิทยาลัย, 2511).



ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำนองเดียวกันมารดาที่มีรายได้น้อยสูงก็มีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีรายได้น้อย<sup>1</sup>  
 สำหรับการศึกษาในต่างประเทศนั้นมีผู้ศึกษาไว้จำนวนมาก ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเฉพาะส่วนที่  
 น่าสนใจดังนี้

ในระหว่างปี ค.ศ. 1949 - 1952 เฮโร โรเบิร์ต และคณะ (H. Robert and others) ได้ศึกษาจากผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1,000 คน ซึ่งได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด จำนวน 3,000 คน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเตรียมตัวก่อนคลอดไม่ได้ทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลงหรือง่ายขึ้น และไม่สามารถลดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ โรเบิร์ต ให้ความเห็นว่าการทดลองเรื่องนี้อาจผิดพลาดได้เพราะยังไม่สามารถหาวิธีวัดความสงบ หรือความรู้สึกปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับมารดาซึ่งได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดได้อย่างเที่ยงตรง<sup>2</sup>

ค.ศ. 1951 คัมบริว ซี คัมบริว นิกสัน (M.O.W. Nixon) ได้รายงานผลการศึกษาจากมารดา 600 คน ที่คลอดตามวิธีของ แกรนต์ลี ดิก รีด (Grantly Dick Read) เมื่อเปรียบเทียบกับการคลอดตามวิธีของมารดาจำนวนเท่ากัน พบว่า ระยะเวลาในการคลอด และการฉีกขาดของฝีเย็บในมารดาคลอดน้อยกว่ามารดาคลอดตามวิธีอื่นเล็กน้อยแต่สิ่งที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดก็คือมารดาคลอดมีความกังวลต่อการคลอดและมีความเกรียคน้อยกว่ากลุ่มควบคุมมาก นิกสัน ได้เสนอว่า

<sup>1</sup>สมักรใจ พิศาล, "การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ เรื่องการปฏิบัติตนของมารดาที่ได้รับคำแนะนำและไม่ได้รับคำแนะนำในระหว่างตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2518," (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรุษศาสตรบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2518).

<sup>2</sup>L. Chertok, Psychosomatic Methods in Painless Childbirth :  
History, Theory and Practice Translated by Denis Leigh, (New York :  
 Pergamon Press, 1959), p. 60.

การฝึกกายบริหารก่อนคลอด จะช่วยให้โครงสร้างของร่างกายแข็งแรง มารดามีสุขภาพสมบูรณ์ และการให้คำแนะนำในระหว่างตั้งครรภ์เป็นส่วนสำคัญในการเตรียมจิตใจมารดาเพื่อการคลอดบุตร<sup>1</sup>

ในระยะเดียวกัน อาร์ เกอ โซลเดโฮฟ (R. De Soldenhof) ได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 1,000 คน ตามวิธีของแกรีนลี คิค ริค เปรียบเทียบกับผู้ป่วย 13,000 คน ที่คลอดในโรงพยาบาลสกอตแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 25 ของมารดากลุ่มทดลองไม่ต้องการรับปากและไคดลคี่เยี่ยม ร้อยละ 50 ใช้น้ำยาระงับปวดเพทิดีน (Pethidine) ขนาด 100 มิลลิกรัม เขากดนมเนื้อ ไคดลคี่ มารดา ร้อยละ 20 จำเป็นต้องใช้น้ำยามากกว่า 100 มิลลิกรัม ไคดลคี่ที่เหลือน้อยกว่า 5 เป็นกลุ่มที่ประสบความสำเร็จมากกว่าจากการคลอดตามวิธีของ ริค ต้องใช้การช่วยคลอดกบวิธีอื่น<sup>2</sup>

ในระยะต่อมา คัมบริว ซี เอฟ เบอร์เนตต์ (W.C.F. Burnett) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการฝึกกายบริหารในระยะก่อนคลอด จากผู้ป่วย 287 คน โดยให้ฝึกกายบริหาร การควบคุมของนักกายภาพบำบัด และนฤกรรม ตามวิธีของ เฮเลน ฮาร์คแมน (Helen Heardman) และ แกรีนลี คิค ริค ขณะเดียวกันก็ให้คำแนะนำเพื่อเตรียมจิตใจสำหรับผู้คลอด โดยมุ่งหวังที่จะลดความหวาดกลัว และเพิ่มความมั่นใจให้แก่มารดา เกณฑ์ที่ใช้ในการวัดของ เบอร์เนตต์ ก็คือ ระยะเวลาในการคลอด และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้คำแนะนำก่อนคลอดและการบริหารร่างกายในระยะก่อนคลอดไม่มีผลต่อระยะเวลาในการคลอด (length of labor) และลักษณะของการเจ็บครรภ์ (Character of labor) อย่างไรก็ตามผลที่ได้รับจะไปเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด เช่น การหลั่งน้ำนมของมารดา และความสามารถที่จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติเมื่อกลับจากโรงพยาบาลแล้ว การให้คำแนะนำและฝึกกายบริหารมีผลดีในการเตรียมจิตใจ สิ่งสำคัญที่ เบอร์เนตต์ ได้ให้ข้อเสนอแนะก็คือ ความร่วมมือระหว่างผู้ที่จะเป็นมารดาและนฤกรรมผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเป็น

<sup>1</sup>Ibid.

<sup>2</sup>Ibid., p. 61.

ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การคลอตกเป็นไปตามจุดมุ่งหมาย<sup>1</sup>

ในปี ค.ศ. 1955 กอยรันด์ (Goirand) สูติแพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนำวิธีทางจิตบำบัด และการเตรียมจิตใจสำหรับผู้คลอตกมาใช้ โดยทดลองกับมารดาจำนวน 100 คน เปรียบเทียบกับมารดาในกลุ่มควบคุม 100 คน ซึ่งไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตก ผลจากการทดลองพบว่า มารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตกจะมีอาการกระวนกระวาย (Suffer) ถึงร้อยละ 73 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตกนั้น มีอาการกระวนกระวายเพียงร้อยละ 16 อาการเจ็บปวดจากการคลอตกพบในมารดาในกลุ่มควบคุมเพียงร้อยละ 5 และมารดาในกลุ่มทดลองพบถึงร้อยละ 39 การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แพทย์ผู้ให้การบำบัดทางจิตนั้นมีความสำคัญมาก ผู้ที่ไม่มีความเชื่อในวิธีนี้มักประสบความล้มเหลว เพราะขาดความเข้าใจที่จะสื่อสารความรู้สึกทางจิตจิตใจใหญ่ช่วยเข้าใจได้อย่างแท้จริง<sup>2</sup>

ในระยะเดียวกันนี้ ไอ ซีส์ เวลโววสกี (I.Z. Velvovski) ได้รายงานผลการศึกษาของ นีโคลลิน (Nikouline) จากสตรี 100 คน พบว่าปริมาณ แอดรีนาลีน (Adrenaline) ในเลือดของสตรีที่มิได้มีการเตรียมตัวก่อนคลอตกจะสูงกว่าสตรีที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตกประมาณครึ่งหนึ่งในขณะที่มีคลุกมีการหดตัว และจะไม่พบ อเซทิลโคลอรีน (Acetylcholine ซึ่ง เป็นสารชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นขณะมีคลุกหดตัว) ในสตรีที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตก ระยะต่อมา เวลโววสกี ได้ยืนยันผลนี้จากการศึกษาด้วยตนเองอีกครั้งหนึ่ง<sup>3</sup>

ในปีเดียวกัน เอฟ เอ ไฮโรวัตโก (F.A. Syrovatko) และ วี ไอ ไอแคนโทว (V.I. Iakhontov) ได้รายงานผลการศึกษาจากสตรี 9 คน ที่ได้รับการตรวจสอบด้วยเครื่องไฟฟ้า (E.E.G.) ในระยะตั้งครรถและระยะคลอตก การศึกษาพบว่า การตรวจสอบด้วยเครื่องไฟฟ้าจะให้ผลแตกต่างกันระหว่างสตรีที่ได้รับการระงับปวด และได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอตก

<sup>1</sup>Ibid., pp. 61 - 62.

<sup>2</sup>Ibid., p. 166.

<sup>3</sup>Ibid., p. 148.

ไซโรวัตโก และ ไอเคนโทว์ ได้สรุปผลการศึกษาของเขาว่า สตรีที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองในระยะคลอดซึ่งจะไม่แสดงผลออกทางการตรวจสมองด้วย เครื่องไฟฟ้า<sup>1</sup>



เอ เอ็ม อาร์โนลโดวา (A.M. Arnoldova) ได้ศึกษาข้อมูลทางกายภาพในการวัด ความรู้สึกเจ็บปวดของผู้คลอด โดยวัดจากการหดรัศมีของมดลูกด้วยเครื่องวัดการทำงานของมดลูก ภายนอก (External hysterography) จากมารดาจำนวน 142 คน ครั้งหนึ่งของการมา รกุ่มนี้ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด ผลจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการขยายของปาก มดลูก และระยะที่มดลูกหดรัศมีขึ้นกับจังหวะการทำงานของมดลูกและระยะเวลาที่สม่ำเสมอ ในสตรีกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด ระยะที่มดลูกหดรัศมีจะนานประมาณ 60 - 70 วินาที และมีระยะพัก 2 ถึง 3 นาที สม่ำเสมอ ซึ่งตรงข้ามกับสตรีที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด ระยะพักจะไม่สม่ำเสมอ อาจช้าหรือเร็วและระยะที่มดลูกหดรัศมีจะนานประมาณ 40 - 50 วินาที

ในปี 1957 ริกซ์ และ เอช เกอ วัตต์เวลล์ (Roux and H. De Watteville) ได้ศึกษาระดับสติปัญญาของสตรีที่ใช้วิธีทางจิตบำบัดในการเตรียมคลอด พบว่าสตรีที่มีระดับสติ ปัญญาสูง จะประสบความสำเร็จจากการคลอดมากกว่าสตรีที่มีระดับสติปัญญาค่ำ และเขาเชื่อว่า พื้นฐานการศึกษาที่แต่ละบุคคลได้เรียนมาย่อมสะท้อนถึงระดับสติปัญญาของบุคคลนั้น<sup>3</sup>

✓ ในปี 1953 เวอร์จิเนีย สตรีทเตอร์ (Virginia Streeter) ได้ทำการวิจัย เกี่ยวกับความรับผิดชอบของพยาบาลในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจากการศึกษาใน โรงพยาบาล 8 แห่ง เพื่อต้องการทราบเหตุผลที่ทำให้การให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ไ้ผลดีเท่าที่ควร เพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ได้พบจากการวิจัยก็คือ มีการใช้แบบฟอร์มเพื่อให้คำแนะนำแก่

<sup>1</sup>Ibid.

<sup>2</sup>Ibid., pp. 149 - 150.

<sup>3</sup>Ibid., p. 170.

ผู้ป่วยนอนมาก พยายามบังคับความรู้สึกที่จะให้คำแนะนำอย่างทั่วถึง มักมีการจัดทำเฉพาะใน  
โรงเรียนพยาบาล สาเหตุที่ทำให้การสอนและคำแนะนำไม่มีประสิทธิภาพสรุปได้ดังนี้ คือ

1. มีเวลาจำกัด
2. ผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำขาดความรู้ในเนื้อหาของ เรื่องที่สอนอย่างแท้จริง
3. ผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการสอนและทักษะที่จะนำความรู้

ไปใช้

4. ขาดทักษะที่จะสอนให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ
5. ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
6. ผู้สอนยังขาดความเชื่อมั่นในการให้คำแนะนำ
7. ผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้ก่อนนอนยังขาดความรับผิดชอบในหน้าที่

ผู้วิจัยได้ขอเสนอแนะไว้ดังนี้

1. พยาบาลควรทำงานเฉพาะที่เป็นหน้าที่ของพยาบาลเท่านั้น เพื่อจะได้มีเวลา  
ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ
2. พยาบาลควรรู้จักใช้ และจัดทำคู่มือการให้คำแนะนำในทุกหน่วยงาน
3. ควรมีการใช้อุปกรณช่วยในการให้คำแนะนำและมีการปรึกษา สาขิต หรือวิธี  
อื่น ๆ ตามความเหมาะสม การสอนเป็นกลุ่มนอกจากจะประหยัดเวลาแล้วยังช่วยให้มีการแลกเปลี่ยน  
เปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ปัญหาอีกด้วย
4. ควรเพิ่มหลักสูตรการเรียนด้านจิตวิทยา และสังคมวิทยาแก่พยาบาล เพื่อให้  
เข้าใจพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น
5. ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่าง แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และ  
เจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง
6. ควรอธิบายให้ทุกคนเข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบของงานในสถานสุขภาพอนามัย  
ของผู้ป่วย<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Virginia Streeter, "The Nurse's Responsibility for Teaching Patients," American Journal of Nursing 53(July 1953) : 818 - 820.

ปี 1958 แคทริน เอม ฮีลลี่ (Kathryn M. Healy) ได้เสนอผลการวิจัยเรื่อง การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด โดยศึกษาจากผู้ป่วย 321 คน ในระยะ 4 เดือน แบ่งผู้ป่วยเป็น สองกลุ่ม กลุ่มแรกจำนวน 181 คน ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด กลุ่มหลังเป็นกลุ่มควบคุม ผู้ป่วย ทุกคนที่รับไว้ จะมีการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะแต่ละคน เพื่อใช้ตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด รวมถึงการให้คำแนะนำเพื่อให้หายใจลึก ๆ การพลิกตัว การไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การศึกษาเรื่องนี้แสดงถึงการวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยให้อาการฟื้นตัวเร็วขึ้น การใช้จ่ายประจำวันลดลง ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง และลดภาวะแทรกซ้อนให้เหลือน้อยที่สุด ผลจากการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วย 152 คน จากจำนวนทั้งหมด 181 คน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัดทางหน้าของอย่างดี กลับบ้านได้เร็วกว่าวันที่กำหนดไว้ 3 ถึง 4 วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนก่อนผ่าตัด จำนวน 140 คน มีเพียง 3 คน ที่กลับบ้านได้ก่อนกำหนด

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 181 คน มี 161 คน ที่ได้รับยาแก้ปวดทางปากในวันที่ 4 หลังผ่าตัด และไม่มีอาการปวดที่ทำให้ได้รับความทรมานแต่อย่างใด ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด สามารถหยุดการให้ยาแก้ปวดได้ทุกราย ส่วนกลุ่มควบคุม 100 คน นั้นยังคงต้องให้ยาแก้ปวดต่อไปอีกถึง 127 คน มี 13 คน ที่ต้องให้ยาแก้ปวดจนถึงวันกลับบ้าน

3. มีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเพียง 1 คน ที่แผลแยก ปอดอักเสบ 2 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตของลำไส้ (Paralytic ileus) 5 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางปอด 4 ราย หลอดเลือดดำอักเสบและลิ้มเลือด 7 ราย<sup>1</sup>

ปี 1970 แครอล เอ ลินเคอแมน (Carol A. Lindeman) และ เบ็ตตี้ แวน เออเนม (Betty Van Aernam) ได้ทำการวิจัยผลการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน โดยศึกษาจาก

<sup>1</sup>Kathryn M. Healy, "Does Preoperative Instruction Make a Difference?" American Journal of Nursing 68 (January 1968) : 62 - 67.

ประชากรตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายใต้ภาวะที่ไม่ฉุกเฉิน มีโอกาสได้รับการสอนก่อนผ่าตัด ไม่เป็นผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ หู ตา คอ และจมูก ผ่าตัด โดยใส่ยาสลบ สามารถทดสอบการทำงานของปอดได้ และไม่ใส่ผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยเพิ่ม ความดันในการหายใจ (Intermittent Positive Pressure Breathing) ระยะเวลา ที่ทดลองตั้งแต่ 24 พฤษภาคม ถึง 18 มิถุนายน ปี 1970 ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 135 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 126 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนผ่าตัดมีความสามารถในการหายใจลึก ๆ และไอหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสอน
2. ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการสอนก่อนผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน
3. ความต้องการยาเพื่อระงับความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม<sup>1</sup>

ปี 1974 ลินด์ โครเนนเวตต์ (Lind Cronenwett) และ นิวมาร์ค (Newmark) ได้ทำการวิจัยเรื่องการตอบสนองของมิตาตอการคลอดบุตร เพื่อต้องการทราบบทบาทของสามีที่มี ส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดของภรรยา โดยทดลองในคู่สมรสซึ่งเตรียมคลอด จำนวน 152 คู่ ผลจากการทดลองพบว่า คำตอบที่ให้กับไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสามีที่ได้รับการเตรียม ตัวก่อนคลอดและสามีที่ไม่ได้รับการเตรียมตัว อย่างไรก็ตามสามีที่รับคำแนะนำโดยเต้าฟังใน ชั้นสอน จะให้คำตอบที่เกี่ยวกับภรรยาและมีความเข้าใจความทุกข์ทรมานจากการคลอดได้มากกว่า ผู้ที่ไม่รับคำแนะนำ ภรรยาของสามีที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดมีความจำเป็นที่ต้องได้รับยา ทำให้หมดความรู้สึก เฉพาะที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมถึงร้อยละ 40 และระยะเวลาในการ

<sup>1</sup>Carol A. Lindeman and Betty Van Aernam, "Nursing Intervention with the Presurgical Patient: The Effect of Structured and Unstructured Preoperative Teaching," American Journal of Nursing 20(July - August 1971) : 319 - 322.

คลอดก็สั้นกว่า 10 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 26 การวิจัยครั้งนี้เป็นการแสดงถึงความสำเร็จของการเตรียมตัวก่อนคลอด ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมารดาและทารกไม่ปรากฏในมารดา กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดพร้อมกับสามี ผลการศึกษานี้เป็นการสนับสนุนว่าการเตรียมคู่สมรสเพื่อการคลอด และการอนุญาตให้สามีได้เข้าไปให้การช่วยเหลือภรรยาในห้องคลอดเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง<sup>1</sup>

ในปี 1975 แกรอด เอ ลินเคอแมน (Carol A. Lindeman) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการให้คำแนะนำแก่มารดาในระยะตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล เช่นตลกตกด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุขประจำท้องถิ่น จุดมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อประเมินผลการให้คำแนะนำก่อนคลอดโดยพิจารณาพฤติกรรมของมารดาในขณะคลอด หลังคลอด จากมารดากลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ

1. มารดาที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล เช่นตลกตก
2. มารดาที่ได้รับคำแนะนำจากศูนย์บริการประจำท้องถิ่น
3. มารดาที่ได้รับคำแนะนำจากสถานบริการทั้งสองแห่ง
4. มารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากที่ใดเลย

ผู้วิจัยได้ตั้งคำถาม 2 ข้อ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคนในระยะหลังคลอด คือ

1. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อประสบการณ์ในการคลอดของท่าน
2. ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการที่จะได้เป็นมารดา

ผลปรากฏว่า มีคำตอบแตกต่างกันมากมาย ซึ่งสรุปได้ว่าหญิงที่มารับคำแนะนำในโรงพยาบาลไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเลย แต่ก็ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลทางสถิติในการเปรียบเทียบข้อแตกต่างของผู้ที่รับคำแนะนำและไม่ได้รับคำแนะนำได้อย่างแน่นอน ประโยชน์ที่ได้

<sup>1</sup>Lind Cronenwett and Newmark, "Father Responses To Childbirth," Nursing Research 23(May - June 1974) : 210 - 216.



จากการวิจัยนี้ก็คือ ความเข้าใจและการประสานงานที่ดีของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในโรงพยาบาลนั้นมีส่วนลดความวิตกกังวลของผู้คลอดได้<sup>1</sup>

ในปีเดียวกันนี้ แอน แอด คลาร์ค (Ann L. Clark) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของมารดาที่มีต่อการคลอดบุตร โดยเลือกศึกษาจากผู้ป่วย 24 คน ที่มาคลอดในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่จะเป็นมารดาครั้งแรกในช่วงเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ครั้งหลังสัมภาษณ์หลังคลอดแล้วหนึ่งวัน มารดาถูกรวมตัวอย่างทุกคนคลอดปกติ ครบกำหนด และเกิดมีชีวิตอยู่ ผลจากการศึกษาพบว่า

1. มารดาครรภ์แรก 5 ใน 13 คน มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด 8 คน มีทัศนคติที่ไม่ดี และรู้สึกว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ หากการชักประวัติพบว่าสตรีในกลุ่มนี้ทั้ง 8 คน ได้รับคำบอกเล่าจากมารดาเกี่ยวกับความเจ็บปวด และอันตรายจากการคลอด แม้จะมี 3 คน ที่ได้เข้าชั้นเรียนเพื่อฝึกการเตรียมคลอดตามวิธีของลามาช (Lamaze) ก็ตาม ทั้งสามคนกล่าวว่า ความรู้ที่รับทราบเกี่ยวกับกระบวนการคลอดยังคงคลุมเครือ และบางคนไม่เข้าใจสิ่งเหล่านี้เลย สตรีทั้ง 8 คน กล่าวว่า ครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้ให้ภาพพจน์ที่น่ากลัวเกี่ยวกับการคลอด ทำให้เกิดความกลัวและรู้สึกเหนื่อยหลังจากการคลอดมาก ทั้งยังไม่ต้องการมีบุตรคนต่อไปอีกด้วย

มารดาทั้ง 5 คน ที่พึงพอใจต่อการคลอดนั้นไม่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการคลอดมาก่อน เคยเข้ารับฟังคำแนะนำในชั้นเรียน ทุกคนมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดอย่างดี และให้คำตอบว่ามีความสุขและต้องการมีบุตรอีก

2. มารดาครรภ์หลัง 11 คน มี 9 คน ที่พึงพอใจต่อการคลอดและมีความรู้สึกว่าการคลอดเจ็บปวดจากการคลอดน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ สตรีทั้ง 9 คน นี้รู้จักใช้วิธีผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยสามีเป็นผู้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่เข้าชั้นฝึกกายบริหารและควบคุมจังหวะการหายใจ 5 คน จาก 9 คน วางแผนว่าจะมีบุตรอีก

<sup>1</sup>Carol A. Lindeman, "Researchers? of Course," Journal of Nursing Administration (November - December 1975) : 7 - 9.

มารดาครรภ์หลังอีก 2 คน ที่ไม่พึงพอใจต่อการคลอดนั้นเป็นมารดาที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำ ก่อนคลอดเกี่ยวกับการเตรียมตัว เพื่อคลอด และได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บปวดทั้งจากครรภ์ และเพื่อน ๆ ศตริกุ่มนี้ จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อการคลอด กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรและ รู้สึกผิดหวังมาก เมื่อโค่นรักข้อมือและ เทาขาของเขาของคลอด อย่างไรก็ตามทั้ง 2 คน ก็รู้สึกพอใจที่ผ่าน ระยะเวลาไปได้อย่างปลอดภัย

กลาภ ไก่ให้ขอคิดเห็นว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด จะช่วยขจัด ความเชื่อผิด ๆ และเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่จะทำให้มารดาสามารถหลีกเลี่ยงจากความหวาดกลัวและความ เจ็บปวดได้

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การเตรียมตัวในระยะก่อนคลอด ได้มีผู้ริเริ่ม ดำเนินการในระยะ 30 ปีเศษมานี้เอง ผลการทดลองเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้คลอดจำนวนมาก ทำให้ วิธีการนี้แพร่หลายเข้าไปในประเทศต่าง ๆ ในแถบยุโรปและอเมริกาอย่างรวดเร็ว แต่ในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ให้ความสนใจเรื่องนี้อย่างจริงจัง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทาง ที่ทำให้การเตรียมตัวมารดาในระยะก่อนคลอดเป็นที่สนใจและได้รับการสนับสนุนมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>Clark, "Labor and Birth : Expectation and Outcomes."