

ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะต่อ
ความเจ็บปวดของการคลอด้ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก



นางพิณวดี พานทอง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

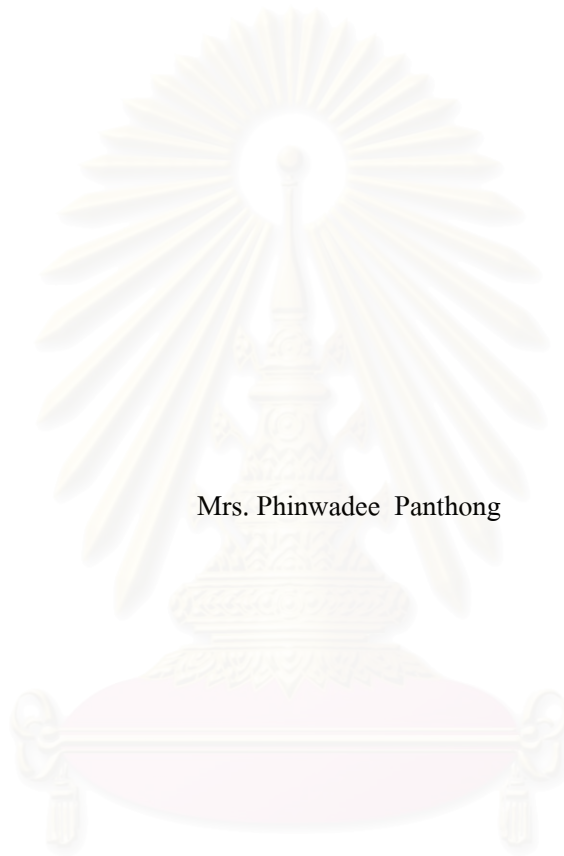
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1944-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTS OF A CHILDBIRTH PREPARATION WITH LABOR COACHING PROGRAM ON
LABOR PAIN OF PRIMIGRAVIDAS DURING ACTIVE- PHASE



Mrs. Phinwadee Panthong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1944-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอกร่วมกับการสนับสนุนการ
คลอเดบแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูก
เปิดเรื้อวของหญิงครรภ์แรก

โดย นางพิณวดี พานทอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิณวดี พานทอง: ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก (THE EFFECTS OF A CHILDBIRTH PREPARATION WITH LABOR COACHING PROGRAM ON LABOR PAIN OF PRIMIGRAVIDAS DURING ACTIVE-PHASE). อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์, 123 หน้า. ISBN 974-53-1944-9.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะกับหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์/คลอดที่โรงพยาบาลปากพูนังและผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ จำนวน 40 คู่ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และสุ่มแบ่งกลุ่ม (Random assignment) เป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ กลุ่มควบคุม 20 คู่ และทำการจับคู่กลุ่มอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนและคู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ มาตรวัดความเจ็บปวดของพรินริคค์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและเมื่อสิ้นสุดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าที (Independent t- test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและเมื่อสิ้นสุดระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($t = -3.09, p < .01$) และ $t = -3.24, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลจากการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะทำให้ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ลดลง และเสนอให้เห็นแนวทางการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.....
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิติ.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577645136: MAJOR: NURSING SCIENCE

KEYWORD: CHILDBIRTH PREPARATION WITH LABOR COACHING / LABOR PAIN / ACTIVE PHASE / NORMAL PREPARATION

PHINWADEE PANTHONG: THE EFFECTS OF A CHILDBIRTH PREPARATION WITH LABOR COACHING PROGRAM ON LABOR PAIN OF PRIMIGRAVIDAS DURING ACTIVE-PHASE. THESIS ADVISOR : CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D. 123 pp. ISBN 974-53-1944-9.

The purpose of this quasi experimental research was to compare labor pain during the active phase of labor between primigravidas who received a Childbirth Preparation with Labor Coaching Program (CPLC Program) and those who received conventional childbirth preparation. Study sample was forty pairs of primigravidas and their labor coaches. The sample was obtained from primigravidas who attended prenatal clinic and delivered at Pakpanang Hospital. Twenty subjects each were randomly assigned to either experimental or control groups. Additionally, subjects' age range was matched between the two groups. Research instruments included 1) CPLC Program lesson plan and handbook, and 2) Pain scale developed by Porniran Udomthavornsuk. Data collection was done twice, at the beginning and at the end of the active phase of labor. Using independent t-test, research findings were as follows: Labor pain at the beginning and the end of the active phase were significantly lower in primigravidas who received the CPLC Program than those who received conventional childbirth preparation ($t=3.09$, $p < .01$ and $t = -3.24$, $p < .01$, respectively).

Findings suggest the need for nurses to implement the CPLC Program in order to reduce labor pain during the active phase.

Field of study.....Nursing Science.....

Student's signature.....

Academic year.....2004.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งท่านได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็น แก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใน พระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนตลอดระยะเวลาของการศึกษาและ ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้เป็นบางส่วน

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องคลอด และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งคุณชมภู ชุตินันท์กุล ที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี และ ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนมารดาของหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่ออวิ้งสว่าง แซ่เลี้ยว และคุณแม่ยี่ แซ่เลี้ยว คุณพ่อคุณแม่ที่ล่วงลับไปแล้ว ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี มีความใฝ่รู้และเห็นความสำคัญ ของการศึกษา รวมทั้งทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณ น้อง ๆ ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ให้กับผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	9
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 การคลอด.....	14
2.2 ความเจ็บปวดระยะคลอด.....	18
2.3 การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	41
2.4 บทบาทผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ.....	45
2.5 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
3.3 การดำเนินการทดลอง.....	68
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	88

	หน้า
รายการอ้างอิง	90
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ภาคผนวก ง ใบยินยอมและข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย.....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	123



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และสถิติเปรียบเทียบ.....	58
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุครรภ์ เมื่อมาคลอด น้ำหนักตัวของทารก การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และสถิติเปรียบเทียบ	61
3	เวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดและสถิติเปรียบเทียบ.....	62
4	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ.....	71
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อ การคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะก่อนและหลังการทดลอง ของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ.....	73
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอด แบบสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติที่ระยะ ปากมดลูกเปิด 4 และ 8 เซนติเมตร.....	79

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 แผนภาพทฤษฎีควบคุมประตู่	22
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอด (Labor) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับสิ่งที่อยู่ภายในมดลูก ได้แก่ เด็ก รก เยื่อหุ้มเด็ก และน้ำคร่ำ ผ่านทางช่องคลอดออกมาสู่ภายนอก ถึงแม้ว่าการคลอดจะเป็นกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาตามธรรมชาติก็ตาม แต่การเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการคลอดถือเป็นภาวะวิกฤตสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะและสถานการณ์ (Holmes & Magiena, 1988 อ้างถึงใน สุกัญญา ประจุศิลป์, 2547) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งของตนเองและผู้อื่น สิ่งที่สำคัญคือการได้รับความเจ็บปวดระหว่างการเจ็บครรภ์ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว โดยเฉพาะครรภ์แรกที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (ชมพูนุช โสภากาจารย์ และ สุชาดา รัชชกุล, 2545: 7) ซึ่งความวิตกกังวลนี้ยังกลับส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามโดยธรรมชาติแล้วหญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระดับที่แตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บครรภ์และการคลอด ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระ เช่น การหดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้นทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกมีภาวะพร่องออกซิเจน การยืดขยายของหนทางคลอดส่วนล่าง ช่องคลอดและฝีเย็บ แรงกดบริเวณตัวมดลูก ปากมดลูก ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก จากการเคลื่อนไหวของส่วนนำและจากการที่เอ็นต่างๆ ถูกดึงรั้ง (จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 18) เป็นต้น

ในระยะต่างๆ ของการคลอด ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว นับว่าเป็นระยะที่มีความเจ็บปวดมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากการตอบสนองของหญิงตั้งครรภ์ในระยะนี้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ร้องเอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง ทั้งนี้ เนื่องจากระยะนี้มดลูกมีการหดตัวรุนแรงขึ้น ถี่ขึ้นและระยะพักน้อยลง ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดจึงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัวและความเครียดเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งจากการศึกษาของจันทิรา ภาวิไล (2542) พบว่าหญิงครรภ์แรกมีความกลัวและความเครียดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วมากกว่าครรภ์หลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงครรภ์แรกที่มีอายุน้อย จะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Devorce, 1990)

จากการศึกษาระบบสรีรวิทยาพบว่าเมื่อมีการเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลิน(Adrenaline) และสารแคทีโคลามีน(Catecholamine) เพิ่มขึ้น ซึ่งสารเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานของปากมดลูกและระยะเวลาการคลอดโดยมีผลลดการบีบตัวของมดลูก (เจียร์นัย โปธิ์ไทรย์, 2544: 34; เยื่อน ต้นนิรันดร, 2544: 190) ทำให้การหดตัวของมดลูกมีไม่เพียงพอที่จะทำให้ปากมดลูกขยายตัวได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ระยะเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน เกิดการคลอดล่าช้า และเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจเต้นผิดปกติของทารกในครรภ์ คะแนนชีพ (Apgar score) ของทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ต่ำ (ประสิทธิ์ วิเศษสุกการ, 2546: 87- 95) นอกจากนี้ยังส่งผลให้อัตราการเกิดกลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกเพิ่มมากขึ้น (Meconium Aspiration Syndrome) ซึ่งทารกกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 20- 50 ส่วนทารกที่รอดชีวิตจะมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปอดเรื้อรังและความผิดปกติของระบบประสาทและพัฒนาการ (วันทนา ศรีทับทิม, 2543: 75- 81)

ในด้านมารดา การคลอดล่าช้าจะทำให้หญิงตั้งครรภ์อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เครียดและกลัวการคลอดอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการนี้เอง เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและการตกเลือดหลังคลอดได้ (Humenick, Shrock & Libresco, 2000: 179-199) นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่พึงพอใจการคลอดและมีประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Hallgren et al., 1995: 130-137) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าที่ผ่านมาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การคลอดในทางลบถึงร้อยละ 6 จะเกิดความกลัวการคลอด และต้องการคลอดโดยการผ่าตัดทางออกทางหน้าท้องในครรภ์ต่อไป (Sjogren, 2000)

ในระยะคลอด องค์ประกอบในการรับรู้ความเจ็บปวดและความอดทนต่อความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับความเจ็บปวดระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นหญิงตั้งครรภ์จะมีการเรียนรู้ต่อประสบการณ์ และมีการปรับตัวอยู่เสมอ ทำให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Lowe, 1989: 237-245; Mcquire, 1990: 396) ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดคือ ระดับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ความเจ็บปวดได้เร็วและทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำ (Fridh et al., 1988: 117-124) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน หรือทำงานหนัก เช่น กรรมกรจะมีการรับรู้ความเจ็บปวดได้ช้า และทนความเจ็บปวดได้มากกว่า (สุเทพ วงศ์แพทย์ และ สมจิต ศรีสุพรรณราช, 2519: 4-18)

จากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นปัญหาสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีประสบการณ์ ในทางลบและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก วิธีการที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดี คือ การลดความเจ็บปวด ซึ่งการลดความเจ็บปวดมีวิวัฒนาการที่ดีขึ้นทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับการใช้อาหารลดความเจ็บปวด ถึงแม้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์หายจากการทุกข์ทรมานได้ แต่ยาเหล่านั้นมีผลข้างเคียงสูง เช่น อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการมึนงง คลื่นไส้ อาเจียน สะลึมสะลือ ง่วงนอน ตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง ความดันโลหิตต่ำ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและปากมดลูกขยายตัวช้า นอกจากนี้ยังผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว และกการหายใจของทารกได้ภายในเวลา 2-3 ชั่วโมง (พงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล, 2543: 184) จากการศึกษาผลกระทบของยาเพทิดีน (Pethidine) ที่นำมาใช้บรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดในมารดาที่ได้รับก่อนคลอดต่อสรีรวิทยาและพฤติกรรมทารกแรกเกิดของวิภาวี ตั้งธรรมนิยม (2544) พบว่าทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาเพทิดีนก่อนคลอด มีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า รีเฟล็กซ์ ความตื่นตัว และอัตราการหายใจต่ำกว่าทารกกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับยาก่อนคลอด เมื่อวัดในช่วงชั่วโมงที่ 2 และ 3 หลังคลอด ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือของทารกเกี่ยวกับการหายใจนี้เองเป็นเหตุให้ทารกต้องแยกจากมารดา ทำให้ขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด (ลัดดาวัลย์ จิตรขาว, 2542)

เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบกับมีการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากจิตใจเป็นสำคัญ การลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน Dick-Read (1984: 196-197) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการให้การประคับประคองด้านจิตใจและการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ช่วยให้ความเจ็บปวดจากการคลอดลดลง ดังนั้นจึงมีผู้พยายามค้นหาวิธีช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการเตรียมคลอดที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด และการประคับประคองด้านจิตใจ ซึ่ง Crown และ Bayer (cited in Lowe, 1991: 457) ได้ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดจะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรณิภา รัษฎกุล (2537) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนมีคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสติกา เผือกโสมณ (2539) ที่พบว่า การเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดจะเพิ่มความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญความเจ็บปวดและลดการรับรู้ความเจ็บปวดระยะคลอดดีกว่าการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดตามรูปแบบปกติ

นอกจากนี้จากการศึกษาการเตรียมหญิงตั้งครรภ์อย่างมีแบบแผนพบว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีมีระยะเวลาการคลอดสั้น ทารกมีคะแนนชีพสูง สามารถควบคุมตนเองได้ดีโดยแสดงความเจ็บปวดน้อย (ประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ, 2544) ส่วนการศึกษาของ สุปราณี อัทธเสรี ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2533) พบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะคลอดที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือของ นิ้จัสกร นังคลา (2546) พบว่าการเตรียมเพื่อการคลอดช่วยให้สตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่ผ่านมา ประกอบด้วยสาระสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือการให้ความรู้ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด และการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง ทำให้ความต้องการใช้ยาระงับปวดน้อยลงแล้วส่งผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขยายได้ดี ทารกเคลื่อนผ่านช่องคลอดได้เร็วขึ้น นอกจากนี้เมื่อศึกษาในรายละเอียดของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ (Labor coaching) เป็นวิธีที่เหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามบทบาทอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ์ลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีทางควบคุมและลดลงได้ด้วยความสามารถของหญิงตั้งครรภ์เองร่วมกับการได้รับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ (Sherwen et al., 1999: 246) ซึ่งผู้สนับสนุนแบบสอนแนะที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการมากที่สุด ได้แก่ สามี มารดา หรือเพื่อนสนิท (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544: 35-37) เมื่อเปรียบเทียบโปรแกรมอื่นกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะในหญิงตั้งครรภ์ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่าการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะดีที่สุด

จากการศึกษาแนวทางของ Kayne, Greulich และ Albers (2001: 692-703) การสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ 2) การแนะนำและให้ข้อมูล 3) การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง สามารถก้าวสู่กระบวนการคลอดด้วยความมั่นใจ ความเจ็บปวดลดลง ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานชัดเจนว่าการเตรียมเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ แต่ในปัจจุบันแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งการเตรียมเฉพาะหญิงตั้งครรภ์เพียงผู้เดียวแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการเตรียมเพื่อ

การคลอดมาแล้ว แต่เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร้องเอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ทำให้ไม่สามารถใช้ทักษะต่างๆ ที่เตรียมมาในการลดความเจ็บปวดได้และมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะโดยการเอาใจใส่ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือตามบทบาทที่เหมาะสมจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์คลายความเครียด มีการปรับตัวที่เหมาะสม การรับรู้ความเจ็บปวดในกระบวนการคลอดลดลง (มณีรัตน์ สุขโชติรัตน์, 2534: 35-38; พวงน้อย สาครรัตนกุล และ สุรเกียรติ อาษานานุภาพ, 2542: 288-412) รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อการคลอด เกิดความผูกพันระหว่างมารดา-บิดา ทารก ตลอดทั้งสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะมีผลต่อเนื่องทำให้การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จด้วย (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544: 35-37) นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงร้อยละ 50 ระยะคลอดสั้นลงร้อยละ 25 การใช้ยาออกซิโทซิน (Oxytocin) ลดลงร้อยละ 40 การใช้ติ่มลดลงร้อยละ 40 การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดลดลงร้อยละ 30 (Kennell et al., cited in Simikin & Frederick, 2000: 307-341)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและอันตรายจากการให้ยาและการทำสูติศาสตร์หัตถการลงได้แล้วสามารถส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดา-บิดา ทารก ตลอดทั้งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในต่างประเทศได้เห็นความสำคัญและอนุญาตให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเข้าร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดได้ซึ่งพบว่าได้ผลดี (Simikin, 1995: 169)

ในประเทศไทยยังมีการนำวิธีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมาใช้อย่างจำกัด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่นโยบายโรงพยาบาลบางแห่งไม่อนุญาตให้ญาติเข้าดูแลหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอด ทำให้ญาติไม่สามารถให้การสนับสนุนได้ อย่างไรก็ตาม การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะได้รับการทดสอบในงานวิจัยที่หลากหลายแล้วว่าเป็นวิธีที่ช่วยลดความเจ็บปวดของการคลอดในระยะคลอดได้แต่ยังมีข้อจำกัดในรูปแบบการนำมาใช้ในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ เนื่องจากมีองค์ประกอบหลักคือ การให้ความรู้ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การสนับสนุนจากครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ การแนะนำให้ข้อมูล การดูแลความสบายด้านร่างกาย และการเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทและสังคมของไทย ในวัฒนธรรมแบบตะวันออกมีความผูกพันใกล้ชิดในครอบครัว ครอบครัวและสมาชิกมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

การดูแลเน้นระบบเครือญาติ (Kinship relationship in cultures) พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันและ
 รับผิดชอบร่วมกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2538: 22) โดยเฉพาะครรภ์แรก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้
 จะเป็นประโยชน์ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล โดยให้ครอบครัว
 มีส่วนร่วม รวมทั้งปรับปรุงคุณภาพบริการแก่หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ
 ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการ
 การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะน้อยกว่าความเจ็บปวด
 ของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด
 ตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่าง
 หญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะกับ
 หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ

แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมมาจากการผสมผสานระหว่างการเตรียมตัว
 เพื่อการคลอดของ Dick-Read (1984) กับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะของ Kayne และคณะ
 (2001) ซึ่ง Dick-Read (1984: 196- 197) เสนอแนวคิดการคลอดแบบธรรมชาติว่าแนวคิดนี้เป็นการนำ
 จิตสำนึกมาใช้ควบคุมความเจ็บปวด โดยเชื่อว่าร่างกายและจิตใจมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็น
 วงจรเกี่ยวกับความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) โดยพบว่าความ
 กลัว ความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเจ็บปวดในระยะคลอด (Jensen et al.,
 1981: 446) ซึ่งหลักการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของ Dick- Read ประกอบด้วยองค์ประกอบ
 3 ประการ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การได้รับความรู้และข้อมูลที่
 เป็นจริงทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลลงเกิดความมั่นใจ 2) การเตรียมร่างกายของ
 หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้พร้อมในการคลอดประกอบด้วยการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความ
 แข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย บรรเทาความไม่สบาย เทคนิคการหายใจเพื่อ
 บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อช่วยลดอาการเกร็ง และ

ความเครียดในขณะมดลูกหดตัว การลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว และเป็นการเพ่งจุดสนใจที่จุดใดจุดหนึ่ง ซึ่งการให้ความรู้ประกอบกับการเตรียม ร่างกายให้พร้อมจะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และ 3) การประคบประครอง ด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อสร้างความมั่นใจจัดความกลัว

ส่วนแนวทางการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะของ Kayne และคณะ (2001: 697-701) แบ่งการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะออกเป็น 4 ประการ คือ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์โดยการอยู่เป็นเพื่อน สัมผัสให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ การพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์ 2) การแนะนำให้ออกกำลังกาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดได้อย่างเหมาะสม กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม 3) การดูแลความสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าสบาย เหมาะสม เช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกาย 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ บอกความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นเข้าใจ ติดต่อบุคลากรในหอคลอด ช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดต่างๆ ที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเตรียมตัวเพื่อการคลอดสามารถลดความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ได้ เช่น จากการศึกษาของ วาสลิกา เฟือกโสมณ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า การเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด ลดการรับรู้ความเจ็บปวดระยะคลอดได้ดีกว่าการเตรียมเพื่อการคลอดตามรูปแบบปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ที่ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดระดับความเครียดต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ (2544) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรกพบว่ามารดาที่มีการเตรียมคลอดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดสูงกว่าและมีพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี สามารถควบคุมตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังประสบความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดนั้น เป็นความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งเป็นระยะที่มีความ

เจ็บปวดมากที่สุด ถึงแม้ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด แต่หญิงตั้งครรภ์นำมาใช้ได้น้อย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร้องอะอะ โวยวาย กระสับกระส่าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงต้องการการสนับสนุนแบบสอนแนะร่วมด้วย เพื่อช่วยให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สอนแนะหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ในการลดความเจ็บปวด บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนแบบสอนแนะที่หญิงตั้งครรภ์มากที่สุด คือ สามี มารดา หรือเพื่อนสนิท (เจียรนัย โปธิ์ทฤษฎ์, 2544: 35- 37)

ดังนั้นการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการช่วยเหลือสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจ มีอารมณ์มั่นคง มีการปรับตัว รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ดีขึ้นและเนื่องจากได้รับการฝึกเทคนิคที่จะใช้ในระยะคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะช่วยเหลือประสานงานกันได้ดี เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเจ็บปวดลดลง จากการศึกษาของ Kennel และคณะ (1991: 2197- 2201) เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่าใช้ยาระงับปวดในกลุ่มควบคุมประมาณ 6.2 ชั่วโมงหลังจากรับเข้าดูแลในห้องคลอดและกลุ่มทดลองประมาณ 9.5 ชั่วโมงหลังจากรับเข้าดูแลในห้องคลอด กล่าวคือ กลุ่มควบคุมต้องใช้เวลาระงับปวดเร็วกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดของ สุปราณี อัทธเสรี ศิริพร จัทรโพธิ์ทอง และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2533) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่าและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และจากการศึกษาของ นิธิสากร นังคลา (2546) ศึกษาผลการเตรียมเพื่อคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของหญิงครรภ์แรก และผู้ช่วยเหลือพบว่าการเตรียมเพื่อการคลอดช่วยให้หญิงครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด การรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง และสามารถควบคุมตนเองได้ดี

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเตรียมหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะก่อนคลอด โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด การประคับประคองจิตใจและอารมณ์ แนะนำสถานที่คลอด เชื่อมชมห้องคลอด เพื่อสร้างความมั่นใจ ลดความกลัว ดังนั้น การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการได้รับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถตัดวงจรรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้ และมีผลต่อความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุผลและแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้

หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และวางแผนคลอดที่โรงพยาบาลปากพันธ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะจำนวน 40 คู่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ทำการสุ่มแบ่งกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ กลุ่มควบคุม 20 คู่
3. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรต้น คือ การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ
 - 3.2 ตัวแปรตาม คือ ความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
4. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ในการศึกษาครั้งนี้ จำกัดที่มารดาของหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากความเป็นไปได้ในการให้สามีเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะดังเช่นงานวิจัยอื่นๆ มีน้อยในบริบทที่ศึกษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในแผนกฝากครรภ์ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจำนวน 5 ชุด ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่บ้าน โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมจะแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 แผนกฝากครรภ์

1. ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ โดยการจัดการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ แบ่งการสอนออกเป็น 5 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาสอนครั้งละ 60 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการ

คลอด การสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเตรียมร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด กระบวนการคลอด กลไกการคลอดปกติ ความเจ็บปวดในระยะคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง สถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด การสอนจะเป็นแบบบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ

2. กิจกรรมการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ 4 ประการ คือ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ พาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวคลอดตามนัดทุกครั้ง ช่วยเหลือให้กำลังใจ 2) การแนะนำและให้ข้อมูลโดยการรับรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกันทุกครั้งช่วยให้คำแนะนำและให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอด 3) การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความสุขสบาย และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์คอยช่วยเหลือติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์

ระยะที่ 2 ห้องคลอด

1. ให้ความรู้ ผู้วิจัยทบทวนหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง

2. กิจกรรมการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ 4 ประการ คือ 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการอยู่เป็นเพื่อน สัมผัสให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ พูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์ 2) การแนะนำและให้ข้อมูล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารหลังจากพยาบาลบอกผลการตรวจ กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง ได้อย่างเหมาะสม 3) การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าสบายเหมาะสม เช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกาย และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ บอกความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นเข้าใจ ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในห้องคลอด ช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ หมายถึง ความไม่สบาย ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจขณะมดลูกหดตัว ความไม่สบาย จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูก และระยะเวลาคลอด และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก สามารถวัดหรือประเมินได้ด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข (2528)

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 4-8 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น ถี่ขึ้น ระยะเวลาการหดตัวของมดลูกความถี่ทุก 3-4 นาที มดลูกหดตัวเป็นเวลานาน 45- 60 วินาที สามารถประเมินได้จากการหดตัวของมดลูก

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมตัวคลอด รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ตามวิธีปฏิบัติปกติในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปากพันธ์ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลขณะให้บริการตรวจครรภ์ และให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มตามวันนัดในแต่ละไตรมาส กลุ่มละ 10- 15 คน ใช้เวลาประมาณ 45- 60 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การสังเกตและนับการดิ้นของทารก การเตรียมของใช้ต่าง ๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์เดือน เจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

ผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ หมายถึง มารดาของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเข้าไปอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) คือ ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร โดยมีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ 4 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์โดยการอยู่เป็นเพื่อน สัมผัส ให้กำลังใจ พูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์
2. การแนะนำและให้ข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารหลังพยาบาลบอกผลการตรวจ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ และการลูบหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม
3. การดูแลความสบายด้านร่างกาย ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าสบาย เหมาะสม เช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกาย
4. การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ บอกความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นเข้าใจ ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในห้องคลอด ช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดต่างๆ ที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะสำหรับหญิงตั้งครรรค์อันจะนำไปสู่การลดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการเตรียมหญิงตั้งครรรค์เพื่อการคลอด้รวมถึงการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอร่วมกับการสนับสนุนการคลอแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไว้ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การคลอ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ระยะของการคลอ
 - 1.3 องค์ประกอบของการคลอ
2. ความเจ็บปวดระยะคลอ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 สาเหตุของความเจ็บปวดระยะคลอ
 - 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอ
 - 2.4 ผลของความเจ็บปวดในระยะคลอต่อมารดาและทารก
 - 2.5 การประเมินความเจ็บปวด
 - 2.6 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดระยะคลอ
 - 2.7 โปรแกรมการลดความเจ็บปวดของการคลอ
3. การเตรียมตัวเพื่อการคลอ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การเตรียมตัวเพื่อการคลอตามแนวคิดของ Dick-Read
4. บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะตามแนวทางของ Kayne และคณะ
5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอและความเจ็บปวด
 - 5.2 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนแบบสอนแนะ

1. การคลอด

1.1 ความหมาย

การคลอด (Labor) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มทารกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกเข้าสู่ภายนอก การคลอดปกติจะต้องมีอายุครรภ์ไม่ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำขณะคลอดออกมา ท่ายทอยอยู่ทางด้านหน้าของช่องเชิงกราน กระบวนการคลอดทั้งหมดเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรือวิธีการพิเศษใด ๆ ช่วยในการทำคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้นในระยะคลอด (Melson et al., 1999: 107; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000: 456)

1.2 ระยะของการคลอด

การคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (Leifer, 1999: 136-139; Ladewig, London, Moberly & Old, 2002: 365-370) ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (First stage of labor) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ระยะนี้แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase)

ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เป็นระยะที่การเปิดขยายของปากมดลูกดำเนินไปอย่างช้ามาก เพราะต้องรอเวลาให้ปากมดลูกบางเสียก่อน นับตั้งแต่เริ่มจากเจ็บครรภ์จริง จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 8 ชั่วโมง 30 นาที ในครรภ์แรก และ 5 ชั่วโมง 30 นาที ในครรภ์หลัง ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 14 ชั่วโมงในครรภ์หลังตามลำดับ ลักษณะการหดตัวของมดลูกจะไม่รุนแรง ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปวดไม่มาก โดยในระยะต้น ๆ มดลูกหดตัวแต่ละครั้งนาน 15-20 วินาที ความถี่ทุก 10-20 นาที และมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ส่วนในระยะท้ายๆ มดลูกหดตัวแต่ละครั้งนาน 30-40 วินาที ความถี่ทุก 5-7 นาที และมีความรุนแรงระดับปานกลาง พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระยะปากมดลูกเปิดช้า มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม มีความพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองสามารถเรียนรู้การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ และ การลูบหน้าท้องได้เป็นอย่างดี

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เป็นระยะที่การเปิดขยายของปากมดลูกดำเนินไปอย่างรวดเร็วเพราะปากมดลูกมีความบางอยู่แล้วจึงเปิดได้อย่างรวดเร็ว เริ่มจากปากมดลูกเปิด 4-8 เซนติเมตร ลักษณะการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัวแต่ละครั้งนาน 45-60 วินาที ความถี่ทุก 3-4 นาที ผลการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ปากมดลูก คือ

ปากมดลูกเปิดบางขยายและเกิดการเคลื่อนตัวของส่วนนำโดยทั่วไปครรภ์แรกใช้เวลาในการเปิดขยายของปากมดลูกประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงและในครรภ์หลังประมาณ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ซึ่งสามารถประเมินค่าการเปิดขยายของปากมดลูกได้จากการตรวจภายใน โดยกะประมาณเป็นเซนติเมตรและจากการหดตัวของมดลูก พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง และความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวด การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยมีการร้องขอความช่วยเหลือบ่อยและมากขึ้นกว่าเดิม

ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายช้าลงจากปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตรเป็น 10 เซนติเมตร ลักษณะการหดตัวของมดลูก คือมีการหดตัวแต่ละครั้งนาน 60-90 วินาที ความถี่ทุก 2-3 นาที ครรภ์แรกใช้เวลาในการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และ 2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์หลัง พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระยะเปลี่ยนแปลง มีการแยกตนเองจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลงมีความเครียดอย่างมาก ไม่สามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ในระหว่างที่มดลูกหดตัว

ระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage of labor) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าระยะเบ่งเป็นระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จนกระทั่งสิ้นสุดทารกคลอด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง และไม่ควรมากเกิน 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก ส่วนในครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงและไม่ควรมากเกิน 1 ชั่วโมง พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระยะนี้มีความกังวลสูง มีความพยายามเบ่งทารกออกมา มีอาการทรมานทรมายและเหนื่อยอ่อน อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมีความเจ็บปวด เช่น ใช้เล็บข่วนทำร้ายร่างกาย ไม่ให้ความร่วมมือ หญิงตั้งครรภ์อาจตกใจมากจนควบคุมสติไม่ได้

ระยะที่ 3 ของการคลอด (Third stage of labor) หรือเรียกอีกอย่างว่าระยะรกคลอด (Placental stage) จากภายหลังทารกคลอดออกมาแล้วจนกระทั่งรกและเยื่อหุ้มทารกคลอด ระยะนี้สั้นที่สุดใช้เวลาประมาณ 5-30 นาที ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง แต่อาจให้รอได้ถึง 1 ชั่วโมง ถ้ามารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ระยะที่ 4 ของการคลอด (Fourth stage of labor) นับจากหลังรกคลอดแล้วจนถึง 4 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นช่วงของการฟื้นคืนสภาพทันทีหลังคลอด ร่างกายเริ่มปรับตัวเพื่อกลับสู่สภาวะปกติ

พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ความตึงเครียดจะลดลง หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มพุดคุย มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส ฟังเสียงของบุตร

จะเห็นได้ว่าระยะต่าง ๆ ของการคลอดใช้เวลาต่างกันและมีพฤติกรรมในการตอบสนองความเจ็บปวดในระยะต่างๆแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งความสำเร็จในการเจ็บครรภ์และคลอดโดยทั้งมารดาและทารกได้รับความปลอดภัยนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของการคลอดที่สำคัญ

1.3 องค์ประกอบของการคลอด

กระบวนการคลอดประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ ช่องทางคลอด สิ่งที่เกิดคลอดออกมา แรงผลักดันและสภาพจิตใจ (Ladewig, London & Olds, 1994: 363-370; Gorrie, Mckinney & Murray, 1994: 270- 276) ดังนี้

ช่องทางคลอด (The birth passage) เป็นทางที่ทารกคลอดผ่านออกมา ประกอบด้วยช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก และช่องทางคลอดที่เป็นเนื้อเยื่อ โดยในช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก ส่วนของกระดูกที่มีอิทธิพลต่อการคลอดได้แก่ ขนาดและรูปร่างของช่องเชิงกราน แบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะคือ

- 1) เชิงกรานแบบผู้หญิง (Gynecoid) จะง่ายต่อการคลอด เพราะว่ามีมุมได้โค้งกระดูกหัวหน้ากว้าง
- 2) เชิงกรานแบบผู้ชาย (Android) จะคลอดยาก เนื่องจากมุมได้โค้งกระดูกหัวหน้าแคบ มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมหรือคล้ายหัวใจ
- 3) เชิงกรานแบบลิง (Anthropoid) มีลักษณะเป็นรูปไข่ในแนวตั้ง เส้นผ่าศูนย์กลางหน้า-หลัง ยาวกว่าเส้นผ่าศูนย์กลางขวาง อาจต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรืออาจคลอดได้เองทางช่องคลอดแต่มักคลอดท่าหน้า
- 4) เชิงกรานแบน (Platypelloid) มีลักษณะเป็นรูปไข่ในแนวขวาง เส้นผ่าศูนย์กลางหน้า-หลังสั้นกว่าปกติ การคลอดมักสิ้นสุดลงด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ส่วนช่องทางคลอดที่เป็นเนื้อเยื่อ ส่วนของเนื้อเยื่อที่มีอิทธิพลต่อการคลอดได้แก่ ความสามารถในการยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง ปากมดลูก ช่องคลอดและฝีเย็บ ประวัติการผ่าตัดคอมมดลูกบางส่วนออกไปตรวจ (Conization) การบาดเจ็บจากการทำแท้ง การได้รับการฉีกริวมนปากมดลูกด้วยไฟฟ้าหรือความเย็น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกขาดความยืดหยุ่น ถ่างขยายได้ยาก อาจทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติได้

สำหรับสิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) ได้แก่ ทารกและรก ตามปกติศีรษะของทารกจะเป็นส่วนที่โตที่สุดเมื่อเทียบกับส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ศีรษะของทารกจะต้องมีขนาดพอเหมาะกับกระดูกของช่องเชิงกราน โดยทั่วไปแล้วจะมีศีรษะเป็นส่วนนำร้อยละ 97 รองลงมาเป็นก้น ร้อยละ 3 ส่วนนำที่เป็นศีรษะจะคลอดง่ายกว่าส่วนนำที่เป็นก้นหรือไหล่ เพราะศีรษะจะช่วยถ่างขยายปากมดลูกได้ดีกว่า นอกจากนั้นปัจจัยเกี่ยวกับตัวทารกที่ต้องพิจารณา ได้แก่ แนวลำตัว จำนวนทารกในครรภ์ ส่วนรกนั้น ตำแหน่งที่รกเกาะก็มีอิทธิพลต่อการคลอด โดยปกติรกจะเกาะที่ส่วนบนของมดลูก แต่ถักรกเกาะที่ส่วนล่างของมดลูกหรือที่เรียกว่ารกเกาะต่ำ อาจขัดขวางการคลอดหรือทารกคลอดทางช่องคลอดไม่ได้

แรงผลักดันในการคลอด (Power) หมายถึง แรงที่ใช้ขับทารกและรกออกจากโพรงมดลูก มี 2 แรง ได้แก่ 1) แรงเกิดจากการหดตัวของมดลูกเพื่อขับไล่ทารกออกสู่ภายนอก เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด การหดตัวของมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น ในระยะแรกการหดตัวจะเกิดขึ้นทุก 10-15 นาที และหดตัวนาน 15-20 วินาที ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) การหดตัวจะถี่ทุก 3-4 นาที หดตัวนานครั้งละ 45-60 วินาที การหดตัวของมดลูกที่มีประสิทธิภาพช่วยในการเคลื่อนต่ำลงมาของทารก การหมุนของส่วนของทารกในอุ้งเชิงกราน ความบางและการถ่างขยาย การลอกตัวและการคลอดของรก ตลอดจนการหดตัวของหลอดเลือดฝอยในโพรงมดลูก ซึ่งช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ แต่ถ้าหากการหดตัวของมดลูกถี่และยาวนานเกินไป จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปบริเวณมดลูกและรกลดลง ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้สูง การให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงในท่าที่เหมาะสม จะช่วยให้เส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (Inferior vena cava) ไม่ถูกกดทับจากมดลูก จะทำให้ลดภาวะคับขัน (Fetal distress) ของทารกได้ หรือหากระหว่างการเจ็บครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาระงับปวด เช่น เพทิดีน (Pethidine) มอร์ฟีน (Morphine) เฟนทานิล (Fentanyl) มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหย่อนตัว แรงจากการหดตัวมีน้อยลง มดลูกขยายตัวช้า ทำให้ระยะที่หนึ่งของการคลอดล่าช้า (Kan et al., 1998: 1467-1474) และ 2) แรงเบ่ง เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ออกแรงเบ่งโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมจะช่วยเสริมแรงการหดตัวของมดลูกช่วยผลักดันทารกออกมาได้ แรงเบ่งนี้เป็นแรงที่อยู่นอกอำนาจจิตใจจึงเป็นการยากที่จะห้ามไม่ให้เบ่ง ถ้าหญิงตั้งครรภ์เบ่งดี เบ่งถูกวิธีเหมาะสมกับเวลา จะช่วยให้การคลอดเป็นไปด้วยดี การได้ยาระงับปวด เช่น ยาชาเฉพาะที่ทางไขสันหลัง ทำให้การคลอดระยะที่สองล่าช้า (Leifer, 1999: 137) และอาจก่อให้เกิดความจำเป็นในการผ่าตัดคลอด (Gambling et al., 1998: 1336-1344)

สภาพจิตใจ (Psychologic) มีบทบาทสำคัญมากต่อการคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวล ความกลัวต่อการคลอด จะเกิดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความกลัวจะไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดง ที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อคลอด เมื่อกล้ามเนื้อคลอดขาดเลือดจึงเกิดความตึงเครียดและความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984: 196-197) ความเครียดและความกลัววิตกกังวลจะทำให้ร่างกายหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) สูงขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อทำงานลดลง ระยะคลอดยาวนานขึ้น

2. ความเจ็บปวดระยะคลอด

2.1 ความหมาย

ความเจ็บปวด (Pain) เป็นคำมาจากภาษากรีกและลาติน คือ Poine และ Poene หมายถึง การลงโทษ (นครชัย เตือนปฐม, 2538: 1) เป็นภาวะหรือความรู้สึกอย่างหนึ่ง que พบได้กับบุคคลทั่วไป เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดจากการรับรู้ทางจิต (Psychic perception) เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บซึ่งจากการบาดเจ็บนี้อาจเกิดจากการถูกคุกคาม (Threatened injury) หรืออาจเกิดจากการจินตนาการ (Phantastical injury) ทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกกดดันและทรมาน ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดและอธิบายความหมายของความเจ็บปวดไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

McCaffery (1979: 8) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะความเจ็บปวดเป็นผู้บอก และจะยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นจะบอกว่าความเจ็บปวดยังมีอยู่

Bourdonnais (1981: 278) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเมื่อบุคคลใดได้รับการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ทั้งทางระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกทางด้านจิตใจ

Reeder และ Martin (1987: 502) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่แตกต่างกันและแม้ในบุคคลเดียวกันถ้าต่างเวลากันก็ยังมีคามผันแปรได้ ซึ่งผู้มีประสบการณ์ความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะเป็นผู้บอกเล่าถึงความรู้สึกนี้ได้

Boss (1992: 1497-1520) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในทางกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนได้ เป็นกลไกการป้องกันอย่างหนึ่งของร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมความเจ็บปวดที่แสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด (The International Association for the study of Pain) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่กำลังมีการบาดเจ็บหรืออาจมีการบาดเจ็บ หรือเป็นความรู้สึกที่ถูกบรรยายเสมือนประหนึ่งว่ามีการบาดเจ็บเช่นนั้นเกิดขึ้น (Merskey et al, 1979 อ้างถึงใน วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2546: 22)

จินตนา บ้านแก่ง (2533: 4) ให้ความหมายความเจ็บปวดว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิตความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว ซึ่งมีแต่บุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่รู้ซึ่งถึงความเจ็บปวดของตนเอง บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ นอกจากบุคคลนั้นจะเป็นผู้บอกกล่าวและแต่ละบุคคลมีความเจ็บปวดแตกต่างกันแม้ในคนเดียวกันหากต่างเวลากันก็มีความเจ็บปวดไม่เท่ากัน

นवलสกุล แก้วลาย (2545: 9) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นประสบการณ์รับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย โดยบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความเจ็บปวดของตน และความเจ็บปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี

สรุปได้ว่า ความเจ็บปวด หมายถึง การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความไม่สุขสบาย อาจเกี่ยวข้องโดยตรงหรือโดยอ้อมกับการทำลายเนื้อเยื่อ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์การกระทำรวมถึงความรู้สึกที่บุคคลนั้นบอกว่ามี

ความเจ็บปวดระยะคลอด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นประสบการณ์หรือความรู้สึกส่วนตัวเฉพาะบุคคลที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่นบุคคลที่มีความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะบอกได้ว่าตนเอง มีความเจ็บปวดหรือไม่ หรือเจ็บปวดระดับใด เมื่อบุคคลบอกว่าเจ็บปวดคนอื่นก็ไม่มีสิทธิปฏิเสธว่าบุคคลนั้นไม่ปวด ความเจ็บปวดระยะคลอดจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก และความยาวนานของระยะคลอด และความเจ็บปวดจะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารก รก น้ำคร่ำ ถูกขับออกจากโพรงมดลูก หญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมตอบสนองทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด (Pilliteri, 1995: 527-528)

2.2 สาเหตุของความเจ็บปวดระยะคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแต่ละระยะของการคลอด ส่วนใหญ่เป็นลักษณะกระจายความเจ็บปวดไปตามเส้นประสาท

จากบริเวณที่เจ็บปวดไปยังบริเวณใกล้เคียง (Referred pain) สามารถอธิบายความเจ็บปวดของการคลอตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogeneous pain control theory) ดังนี้

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

ทฤษฎีนี้ Melzack และ Wall (1965: 971– 978) ได้กล่าวถึงกลไกการปิด-เปิดประตูว่ามีความเกี่ยวข้องกับการส่งผ่านพลังประสาทของความเจ็บปวด (Pain impulses) จากส่วนต่างๆ ของร่างกายซึ่งจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง ดังนั้นเมื่อประตูปิดการส่งผ่านของพลังประสาทความเจ็บปวดจะถูกยับยั้ง ความเจ็บปวดจะไม่ถึงระดับที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าประตูเปิดจะมีความเจ็บปวด และหากประตูเปิดเพียงบางส่วนจะมีความเจ็บปวดน้อยลง

การส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้มี 3 ทางด้วยกัน (Melzack & Wall, 1975 cited in Reeder & Martin, 1987: 499-500; Puntillo, 1993: 331-332)

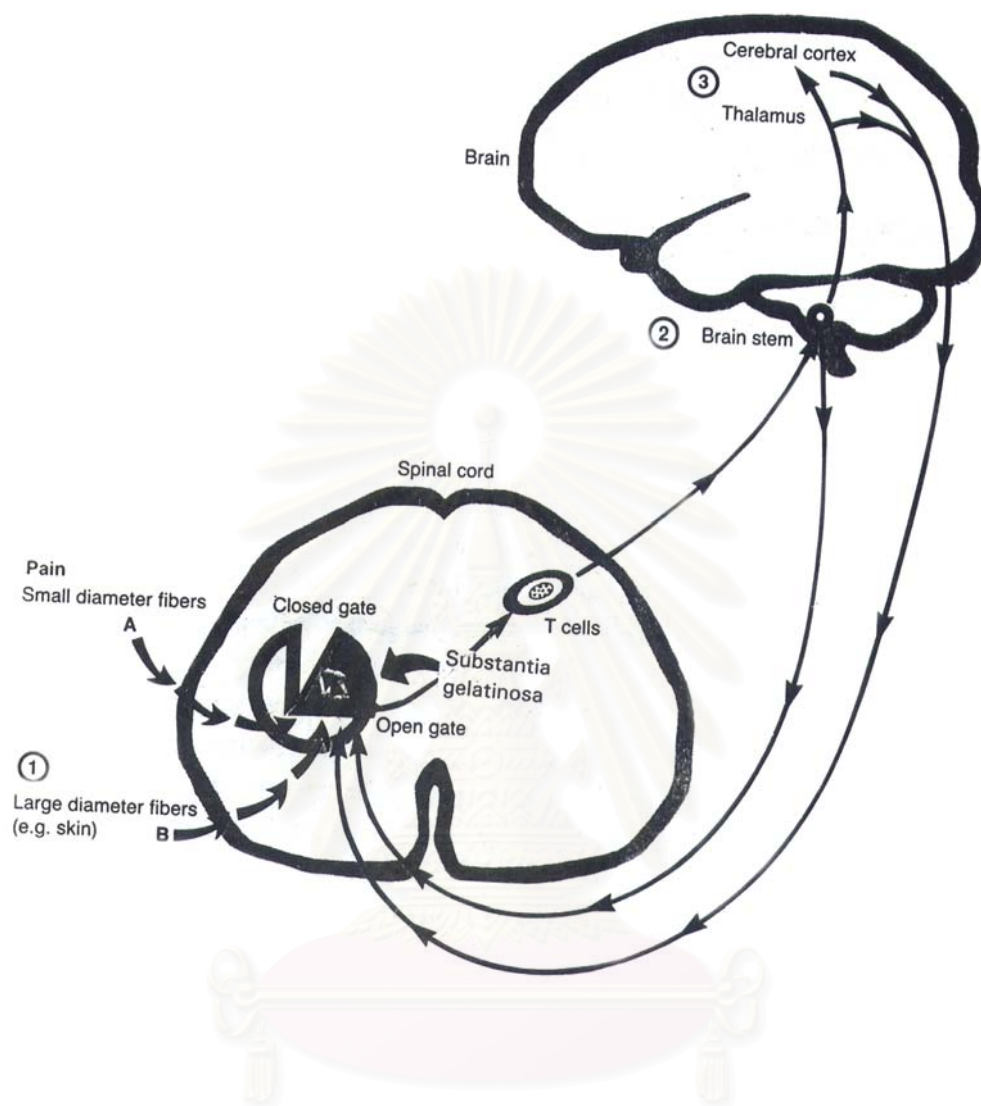
1. การทำงานของใยประสาทการรับรู้ขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (Activity in large and small sensory nerve fibers) โดยมีกลไกการปรับสัญญาณอยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณสับสแตนเทีย จีลาติโนซา (Substantia gelatinosa) ทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าระหว่างพลังประสาท 2 กลุ่ม คือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กและพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่โดยพลังประสาทขนาดเล็กจะไปเปิดประตู ส่วนพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้ นำเข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ ประตูก็จะเปิด สัญญาณความเจ็บปวดจะถูกส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังระบบสมองจึงเกิดการรับรู้ความเจ็บปวด ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมองและไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด สัญญาณความเจ็บปวดนี้จะถูกสกัดกั้นได้โดยการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ด้วยเหตุที่ใยประสาทได้ผิวหนังมากมายล้วนเป็นใยประสาทขนาดใหญ่ ดังนั้นการกระตุ้นผิวหนังด้วยการถูหน้าท้อง การนวดบริเวณตะโพกจึงช่วยลดความเจ็บปวดได้

2. การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ฟอรัมชั้นในก้านสมอง (Projections from the brain stem reticular formation) ระบบการทำงานของเรติคูลาร์จะทำงานอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปรับสัญญาณที่เข้าและออกรวมทั้งปริมาณความรู้สึกของพลังประสาทนำเข้าสู่สมองจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ดังนั้นถ้าพลังประสาทนำเข้าไม่ว่าจะเป็นทางหูหรือทางตา

มีจำนวนมากขึ้น ระบบการทำงานของเรติคูลาร์ก็จะมีกรยับยั้งเพิ่มขึ้นด้วย เรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน จึงเป็นสาเหตุให้ประตูปิดไม่มีการส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวด ทำให้สัญญาณความเจ็บปวด ไม่สามารถไปถึงระดับการรับรู้ที่เปลือกสมองจึงไม่มีความเจ็บปวด หรือถ้ามีสัญญาณความเจ็บปวด ถึงระดับสมองเพียงเล็กน้อยก็จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยด้วย เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) อาจยับยั้งพลังประสาทความเจ็บปวดไม่ให้ไปถึงระดับการรับรู้ที่สมองในทางตรงข้าม ความเบื่อ ความจำเจ (Monotony) จะทำให้มีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

3. การส่งสัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัส (Projections form the cerebral cortex and thalamus) สัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัสทั้งที่มาจากทางอ้อมโดยผ่านเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน หรือทางตรงจากระบบควบคุมประตูจะสามารถทำให้ประตูปิดหรือเปิดได้ และเนื่องด้วย พลังประสาทในเปลือกสมองทำงานเกี่ยวข้องกับกระบวนการสติปัญญา (Cognitive) และความรู้สึก หรืออารมณ์ (Affective) ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการส่งผ่านของ พลังประสาทความเจ็บปวดที่มาจากระบบควบคุมประตูไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้ ความรู้สึก และความคิดของบุคคล ได้แก่ ความหมายของความเจ็บปวด ความเชื่อของบุคคล ความวิตกกังวล ประสบการณ์ ความเจ็บปวดในอดีต และอื่น ๆ

ทฤษฎีควบคุมประตูสามารถอธิบายความเจ็บปวดในลักษณะทางกายภาพ (Physical response) เนื่องจากเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติเพื่อหนีภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น และ อธิบายความเจ็บปวดในมิติการตอบสนองทางด้านจิตใจ (Psychological response) เช่น ความรุนแรง ของความเจ็บปวดไม่ผันแปรไปตามสิ่งที่กระตุ้นเสมอไป หรือการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น ไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล สิ่งกระตุ้นเดียวกันในปริมาณที่เท่ากันทำให้คนหนึ่งมีความเจ็บปวด แต่อีกคนหนึ่งมีความ เจ็บปวดปานกลาง หรือบางคนไม่มีความเจ็บปวดเลย หรือความหมายของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล ประวัติความเจ็บปวดในอดีตเฉพาะบุคคลและสภาวะจิตใจซึ่งไม่ เพียงแต่มีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาที่มีต่อความเจ็บปวดเท่านั้นแต่มีผลอย่างมากต่อการรับรู้ความเจ็บปวด อิทธิพลดังกล่าวนี้อธิบายได้ด้วยกลไกการปิด-เปิดประตู ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แผนภาพทฤษฎีควบคุมประตู

อิทธิพลของการควบคุมประตู คือ อัตราส่วนของการทำงานของใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็ก

A การเดินทางของใยประสาทขนาดเล็กทำให้ประตูเปิด

B การเดินทางของใยประสาทขนาดใหญ่โดยทั่วไปทำให้ประตูปิดเกือบหมด

ที่มา Reeder & Martin อ้างถึงใน จินตนา บ้านแก่ง. (2533). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย: 6.

เมื่อสัญญาณความเจ็บปวดผ่านระบบควบคุมประตุในระดับไขสันหลัง นำขึ้นไปยังสมองเพื่อรับรู้และตอบสนองแล้วจะเป็นการทำงานของระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้อง อยู่ 3 ระบบ คือ

1. ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory discriminative system) ทำหน้าที่รับรู้ แยกแยะความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด ซึ่งส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดย ทางเดินประสาทนีโอสไปโนทาลามิก (Neospinothalamic tract) ไปยังคอร์ซัล ทาลามัส (Dorsal thalamus) และเปลือกสมองรับรู้สติ (Sensory cortex)

2. ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) ทำหน้าที่เร้าทาง อารมณ์และสิ่งไม่พึงพอใจซึ่งส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทางเดินประสาทพาลีโอสไปโนทาลามิก (Paleospinothalamic tract) ไปยังทาลามัสส่วนกลาง (Medial thalamus) เรติคูลาร์ ฟอร์มชัน (Reticular formation) ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ระบบลิมบิก (Lymbic system) และเปลือกสมอง ส่วนหน้า (Frontal cortex) ระบบนี้จะแสดงผลกลับไปยังระบบควบคุมประตุด้วย

3. ระบบทางสติปัญญา (Cognitive system) โดยสมองส่วนนอกทำหน้าที่ วิเคราะห์ความรุนแรง หรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น ประสมประสานข้อมูลจากระบบประสาท ส่วนกลางกับระบบประสาทส่วนปลาย ระบบสติปัญญาทำหน้าที่ให้ข้อมูลตลอดจนกลไกการ ตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งระดับรู้สึกรู้ตัว (Conscious) และระดับภายใต้ความรู้สึก (Subconscious)

ทั้ง 3 ระบบนี้จะทำงานประสานงานและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ การรับรู้ความเจ็บปวดสามารถบอกให้ทราบถึงตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะความเจ็บปวด และ คุณสมบัติของตัวกระตุ้นได้อย่างละเอียดร่วมกับเกิดการเร้าทางอารมณ์และการเตรียมพร้อมที่จะสู้ หรือหนีแล้วจึงส่งต่อไปยังระบบเคลื่อนไหว (Motor system) ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการแสดงออก และตอบสนอง อันเป็นลักษณะของความเจ็บปวด

ทฤษฎีความเจ็บปวดภายใน

เป็นทฤษฎีที่มีการศึกษาเพิ่มเติมจากทฤษฎีควบคุมประตุ ซึ่ง Pert และ Synder (1973: 1011-1014) พบว่ามีตัวรับการออกฤทธิ์ของมอร์ฟิน (Opiate receptor) กระจายอยู่ในสมองและ ไขสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด และ Hughes (1975: 295-308) ได้พบสารที่มี คุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกายเรียกว่าเอนโดर्फิน (Endorphin) เป็นสารที่มีอิทธิพลต่อการ ส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวด มีบทบาทเป็นทั้งสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และ

สารควบคุมประสาท (Neuromodulators) ซึ่งจะไปยับยั้งการส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวด ถ้าพบว่ามีเอนโดर्फินที่รอยประสาน (Synapse) ของเซลล์ประสาท จะมีผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดน้อยลง แต่ถ้าร่างกายไม่สามารถหลั่งสารเอนโดर्फินออกมาจะเกิดความเจ็บปวด (Reeder & Martin, 1987: 500-508) ต่อมา Jessell และ Iverson (1977 อ้างถึงใน จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 8-10) ศึกษาพบว่ากลไกการปรับสัญญาณนำเข้าในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตูก การควบคุมประตูกให้เปิดปิดนั้นเป็นการทำงานระหว่างสารเคมีสองชนิดคือ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) และสารพี (Substance P.) (Bowsher, 1978: 935-944) เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารพีที่บริเวณคอร์ซัล ฮอล์ (Dorsal horn) ของไขสันหลัง ขณะเดียวกันไขประสาทขนาดใหญ่และไขประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของสับสแตนเทีย จิลาดิโนซา ให้หลั่งสารเอนเคฟาลินซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารพีทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที (T-cell) จึงไม่มีพลังประสาทส่งไปยังสมอง แต่เมื่อใดเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารพีไม่หมดสารพีจะกระตุ้นเซลล์ทีให้ส่งสัญญาณไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น

ในปัจจุบันสารคล้ายมอร์ฟินในร่างกายที่มีประสิทธิภาพควบคุมความเจ็บปวดได้มี 3 ชนิดใหญ่ๆ คือ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) เอนโดर्फิน (Endorphin) และไดโนर्फิน (Dynorphin) สารที่มีคุณสมบัติเป็นที่สนใจมากที่สุดคือ เอนโดर्फิน ในร่างกายแต่ละคนจะมีระดับเอนโดर्फินแตกต่างกันจึงทำให้สามารถอธิบายได้ว่าเหตุใดบางคนจึงมีความรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าอีกคนหนึ่งพบว่าผู้ที่มียกระดับเอนโดर्फินสูงจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูงด้วย (Reeder & Martin, 1987: 501)

ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยการให้ความรู้และข้อมูลการกระตุ้นผิวหนังโดยการนวดจะทำให้ระดับเอนโดर्फินเพิ่มขึ้นทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ และจากกลไกการเกิดความเจ็บปวดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วเกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ การหดตัวของมดลูก การพร้อมออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ และเกิดแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงจากการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารก ทำให้ส่วนรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นคือ ไขประสาทยูเทอรินและไขประสาทเพลวิก (Uterine plexus and pelvic plexus) ของประสาท ไฮโปรแกสติก ซิมพาเซติก และ เพลวิก พาราซิมพาเซติก ส่งกระแสความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซัล ฮอล์ ซึ่งมีจุดประสานประสาทกับเซลล์เอสจีซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณประสาทความเจ็บปวด

โดยใยประสาทเอเคลต้า ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารเคมี ขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจี ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที่เรียกว่า ปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้ไม่มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารพี ไม่หมดจะกระตุ้นเซลล์ที่เรียกว่า เปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งขึ้นไปยังสมอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดนั้น

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ สามารถลดความเจ็บปวดได้ตามทฤษฎีควบคุมประตูและทฤษฎีความเจ็บปวดภายใน โดยการให้ความรู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การดูแลความสุขสบาย ให้กำลังใจ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ ทำให้การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ฟอร์เมชันในก้านสมองถูกยับยั้ง เป็นเหตุให้สัญญาณความเจ็บปวดไม่สามารถไปถึงระดับการรับรู้ที่เปลือกสมอง ความเจ็บปวดลดลง และการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบหน้าท้องเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่ใต้ผิวหนังให้หลั่งสารเอนเคฟาลิน ไปยับยั้งการหลั่งสารพีที่บริเวณคอร์ซัล ฮอร์ ของใยประสาทขนาดเล็กทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณไปสมอง ประตูความเจ็บปวดปิด สัญญาณความเจ็บปวดถูกสกัดกั้น ระดับเอน โคร์ฟินเพิ่มขึ้น สามารถลดความเจ็บปวดได้

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวแปรในการเพิ่มหรือลดการรับรู้ ความอดทน และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเจ็บปวดและอดทนต่อความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์และคลอดไม่เท่ากัน และในบางครั้งในบุคคลเดียวกันก็อาจมีความรู้สึกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Barbara, 1984: 31–33) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด มีดังนี้

1. อายุ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ย่อมขาดการเรียนรู้ต่อประสบการณ์และการปรับตัว ความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะน้อยลง (จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 33) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นความทนทานต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้น เพราะความสามารถและความเข้าใจถึงวิธีระงับความเจ็บปวดจะมีมากขึ้นตามพัฒนาการของวัย (Lowe, 1989: 237-245; Mcquire, 1990: 396)

อายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี การเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจยังพัฒนาไม่เต็มที่ กระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดมากเนื่องจากศีรษะของทารกในครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกรานเกิดการคลอดล่าช้า ส่วนหญิงตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี มักมีปัญหาเกี่ยวกับช่องทางคลอดยืดหยุ่นไม่ดี (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545: 49)

2. ระดับการศึกษาและอาชีพ

ความทนทานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีความแตกต่างกันตามอาชีพและระดับสติปัญญา กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงและทำงานเบา ๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาดำ (Fridh et.al., 1988: 117- 124) และอาชีพที่ใช้แรงงาน เช่น อาชีพกสิกรรมหรือกรรมกรต้องทำงานหนัก จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้า และทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า (สุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิต ศรีสุพรรณราช, 2519: 4-18)

3. สถานภาพการสมรสและสัมพันธภาพในชีวิตสมรส

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสุขในชีวิตสมรสจะมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีชีวิตสมรสที่ล้มเหลวจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจอันจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดและมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยลง ตรงกันข้ามกับสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรสจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และมักจะไม่มีปัญหาในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดด้วย

4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และสภาพปากมดลูกในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ในครรภ์หลังจะมีสภาพปากมดลูกเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอดอ่อนนุ่มกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ง่ายกว่า หญิงตั้งครรภ์หลังจึงมีความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก (Bonica, 1994: 621-622) และหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความกังวล เกี่ยวกับการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลังเนื่องจากครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความกังวลนี้จะส่งเสริมให้เกิดการคลอดล่าช้าและการคลอดลำบากได้มากกว่าการคลอดครรภ์หลัง (Light & Fenster, 1974: 46-50) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดเป็นเวลานานขึ้น

5. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรคพิษแห่งครรภ์ โรคเบาหวาน หอบหืดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น มีภาวะคลอดยากจากความผิดปกติของแรงช่องเชิงกราน ส่วนนำและท่าของทารกทำให้หญิงตั้งครรภ์อ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้รับสารอาหาร สารน้ำเข้าสู่ร่างกายน้อยลง ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในกลไกการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือมีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 32) และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทำให้ระดับความเจ็บปวดสูงขึ้น (Thomas et al., 1982 : 401- 407)

6. ด้านจิตใจ

ความเจ็บปวดในระยะคลอด ที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ เกิดจากความกลัว 3 ประการ (Kartchner, 1950 อ้างถึงใน จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 33) กลัวคือ ความกลัวเกี่ยวกับตนเอง เช่น กลัวได้รับอันตรายจากการคลอด ความกลัวเกี่ยวกับทารก เช่น กลัวทารกจะผิดปกติ ไม่สมบูรณ์หรือพิการ และความกลัวสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวกระบวนการคลอด และการดำเนินการคลอดเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดในระยะคลอด (Jensen, et al., 1981: 446) โดย Dick-Read (1984: 196-197) กล่าวถึง ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrom) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รับกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูกจะเป็นแรงต้านทานทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะที่มดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้นความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย

7. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด

การได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด การได้รับความรู้ ข้อมูล ทำให้ความวิตกกังวลลดลง สามารถลดความเจ็บปวดได้ (อุษา เชื้อหอม, 2543: 84) จากการศึกษาของ ประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ (2544) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสามารถควบคุมตนได้ดี แสดงความเจ็บปวดน้อย จากการศึกษาของ เบญจรัตน์ ยศเสถียร และ

คณะ (2542) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้เรียนรู้วิธีการเผชิญความเจ็บปวดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี มีการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อย (สุพิศ รุ่งเรืองศรี และ จวี เบาทรง, 2537)

8. ระบบการสนับสนุน

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น สามี มารดา หรือ ญาติ หรือผู้ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยการดูแลให้กำลังใจ ตามหลักการสนับสนุนแบบสอนแนะจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Madi และคณะ (1999: 4-8) ศึกษาการให้การสนับสนุนจากผู้หญิงในครอบครัว ระหว่างคลอดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มีการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า มีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่า ใช้ยาเร่งคลอดออกซิโตซินน้อยกว่า มีการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศน้อยกว่า และมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

2.4 ผลของความเจ็บปวดในระยะคลอดต่อมารดาและทารก

การเจ็บครรภ์คลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งการเจ็บครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกดังนี้

1. ผลต่อมารดา

1.1 เมตาบอลิซึม เมื่อมีการเจ็บครรภ์ เมตาบอลิซึมของร่างกายจะสูงขึ้น เพราะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ร่างกายจะมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มของอุณหภูมิ ซีพจร การหายใจ และการสูญเสียน้ำ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์มักไม่ได้รับสารอาหารในระยะคลอด ไดซิปไบคาร์บอเนต (HCO_3) ออกทางปัสสาวะ เพื่อลดภาวะการเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) ส่งผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลงจึงมีเศษอาหารและน้ำย่อยค้างในกระเพาะอาหาร ในกรณีหญิงตั้งครรภ์อาเจียนอาจสูดสำลักลงปอด ทำให้เกิดอันตรายได้

1.2 การไหลเวียนโลหิต ในขณะที่เจ็บครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) จะเพิ่มขึ้น คือ ในระยะแรกของระยะที่หนึ่งของการคลอด การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ถึง 20 ในระยะท้ายของระยะที่หนึ่งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ถึง 40 เมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ถึง 50 เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 ถึง 50 ขณะมดลูกหดตัวจะมีเลือดกลับเข้าสู่ระบบการไหลเวียนประมาณ 250 ถึง 300 มิลลิลิตร แต่เมื่อมดลูกคลายตัวปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนจะลดลง จึงกระตุ้นการทำงานของ

ระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) เกิดการหดตัวของเส้นเลือดทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 20-30 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที และการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมีผลทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานมากขึ้น

1.3 จิตใจ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความตึงเครียดและแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น จึงเกิดเป็นกลุ่มอาการของความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1984) ทำให้หญิงตั้งครรภ์เบื่ออาหาร อาจเกิดภาวะขาดสารน้ำ และอาหาร นอนไม่หลับ เกิดความเหนื่อยล้า พลังงานสำรองในร่างกายซึ่งใช้ในการปรับตัวเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดลดลงทำให้รู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การคลอดทางลบ มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้อีกด้วย

1.4 การคลอด ความเจ็บปวดจากการคลอดและความตึงเครียดทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์มีผลกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) และคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ และพบว่าสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และคอร์ติซอร์ (Cortisol) มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลง บางครั้งอาจพบว่าหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรงเนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ประสานกันจึงไม่มีแรงผลักดันทารกในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกมากพอที่จะทำให้เกิดการคลอดจึงเกิดความล่าช้าในการคลอด และหญิงตั้งครรภ์ต้องสูญเสียพลังงานมาก ทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ

2. ผลต่อทารก

การเจ็บครรภ์คลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนระหว่างมารดาและทารก คือ ยูเทอร์โรพลาเซนตอล เซอคูเลชัน (Uteroplacental circulation) และ อัมบิลิโคฟิตอล เซอคูเลชัน (Umbilicofetal circulation) เลือดที่มาจากมดลูก (Uterine blood flow) จะลดลงมากขึ้นขึ้นอยู่กับลักษณะการหดตัวของมดลูก ถ้ามีการหดตัวเรื้อรังและถี่จะทำให้เลือดที่มาจากมารดาลดลง ทารกขาดออกซิเจน คือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงในระยะหลัง (Late deceleration) ซึ่งหากทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้น อาจเกิดภาวะตายคลอดได้

2.5 การประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวด เป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อนำไปสู่การจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือวัดหรือประเมินความเจ็บปวดในอุดมคติมีดังนี้ (Price & Harkin, 1992: 111-134) 1) มีคุณสมบัติเป็นมาตราส่วนแบบอัตราเปรียบเทียบ (Ratio scale) 2) ไม่มีความลำเอียง 3) ให้ข้อมูลได้ตรง 4) ใช้ได้ดีทั้งในงานวิจัย ในคลินิก และมีความเที่ยง เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างความปวด 2 ชนิด 5) มีความเที่ยงและใช้ได้ทั่วไป 6) มีความไว (Sensitivity) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของความปวด 7) ใช้ง่าย ทั้งในงานวิจัย และคลินิก 8) แยกการประเมินด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) และด้านอารมณ์ (Affective) ออกจากกัน

ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินความเจ็บปวดมากมายเพื่อให้ใกล้เคียงกับเครื่องมือวัดหรือประเมินความเจ็บปวดในอุดมคติ สามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยเสมอ หมายถึง การประเมินเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นที่แท้จริง ผู้ป่วยพึงพอใจอันจะนำไปสู่การวางแผนจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วน Jacox (1977: 107- 108) กล่าวว่า การประเมินความเจ็บปวด สามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ที่ได้รับความเจ็บปวด อาจเป็นการเขียนหรือพูด เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด และมีความน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลอื่น (Feldman, 1991: 101) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ และประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของตนเองได้ดีกว่าคนอื่น (Dodson, 1985: 39) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในการวัดระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Pain scale) ซึ่งมีหลายชนิด ดังนี้

1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple pain scale)

เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเส้นตรงในแนวนอน แบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับ กำหนดให้หมายเลข 0 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านซ้ายมือสุด หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และหมายเลข 5 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านขวามือสุด หมายถึง ความเจ็บปวดมากที่สุด

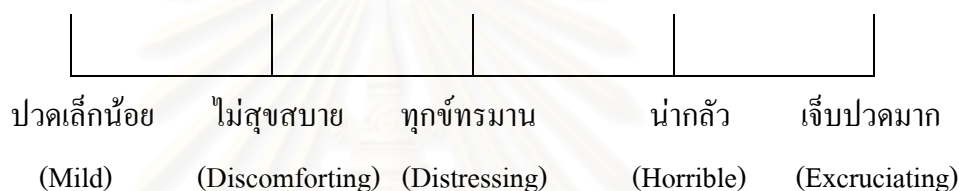
0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดค่อนข้างมาก ปวดมาก ปวดมากที่สุด

ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย

มาตรวัดชนิดนี้ใช้ง่ายจึงนิยมใช้ในทางคลินิก เพราะคำที่ใช้บอกระดับความเจ็บปวดจะเป็นคำที่บุคคลใช้บ่อยแต่อาจมีปัญหาเรื่องการให้ความหมายของคำที่ใช้กำกับตัวเลขในความรู้สึกของแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน (Jacox, 1977: 111; พรนิรันดร อุดมถาวรสุข, 2528: 53)

1.2 มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal descriptor scale or VDS) โดยลำดับคำพูดง่ายๆ ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวด และเปิดโอกาสให้บุคคลเลือกคำใดก็ได้ที่คิดว่าเป็นคำซึ่งสื่อได้ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของตัวเองมากที่สุด เช่น มาตรวัดของเมลแซค (Melzack scale)

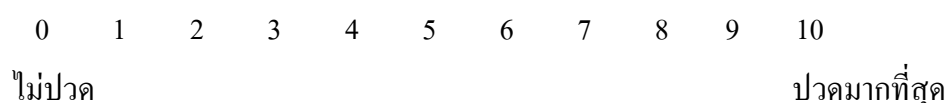


ภาพที่ 2 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา

วิธีนี้ใช้กับบุคคลที่ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ และมีข้อจำกัดในการคำนวณทางสถิติ ซึ่งใช้ได้เฉพาะสถิตินอนพารามตริก (Chapman & Syrjala, 1990 : 581) เพราะระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) ซึ่งเป็นการแบ่งแยกตัวแปรเป็นกลุ่มหรือประเภทเท่านั้น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536: 9) นอกจากนี้มาตรวัดนี้ไม่มีคำที่บ่งชี้ความไม่รู้สึกเจ็บปวด (No pain) และส่วนใหญ่วัดด้านอารมณ์ที่เกิดจากความเจ็บปวดมากกว่าความรุนแรงของความเจ็บปวด

1.3 มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale or NRS)

เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด แล้วให้บุคคลเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นคำที่กำหนดความรู้สึกเจ็บปวดที่ตนเองกำลังเผชิญได้ถูกต้องที่สุด



ภาพที่ 3 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข

มาตรวัดนี้มีตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดเพื่อเพิ่มความไวในการวัดของเครื่องมือมากขึ้น การเลือกอาจพบว่ามีทางเลือกเฉพาะตอนต้นกับตอนท้ายก็ได้ ขณะเดียวกันจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ตัวเลขแทนความรุนแรงของความเจ็บปวด ค่าตัวเลขที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้

1.4 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual analogue scale or graphic rating)



ภาพที่ 4 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง

มาตรวัดนี้เป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สุดของความเจ็บปวด โดยขีดเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงตามความรู้สึกรุนแรงของความเจ็บปวดในขณะนั้น วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่ผู้ป่วยขีดไว้เป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วย วัดออกมาเป็นมิลลิเมตร สเกลนี้อาจเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วยบางคน

1.5 มาตรวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale)

ใช้สีที่แตกต่างกันเป็นตัวแทนแสดงความรู้สึกเจ็บปวด โดยมีทั้งหมด 10 สี สีแดง แทนความเจ็บปวดและเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นสีดำ

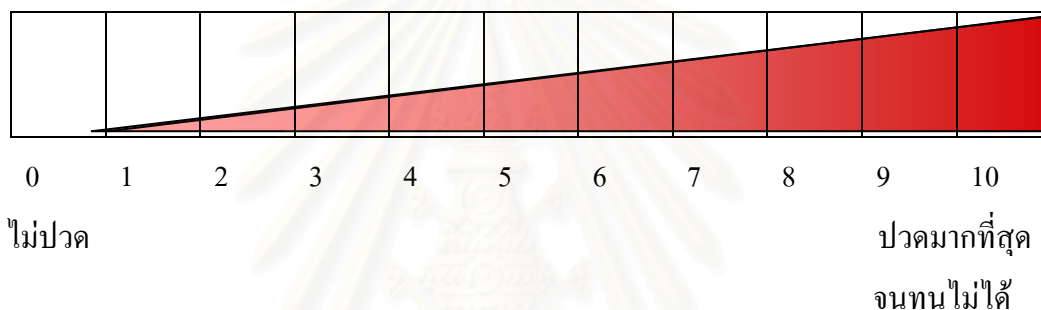
เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้ม	แดง	แดง	น้ำตาล	น้ำตาล	ดำ
เหลือง		ส้ม		แดง		น้ำตาล	ล	น้ำตาล	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รู้สึก								เจ็บปวดมาก	
เจ็บปวด								จนทนไม่ได้	

ภาพที่ 5 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต

มาตรวัดนี้อาจทำให้ผู้ตอบคำถามบางคนยุ่งยากในการตัดสินใจเลือกสี เพื่อแทนความรู้สึกเจ็บปวดในขณะนั้น

1.6 มาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์

พรนิรันดร์ (2528) ได้สร้างมาตรวัดความเจ็บปวดโดยพัฒนามาจาก มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย และใช้สีแทนความเจ็บปวด โดยใช้สีแดง แทนระดับความรู้สึก เจ็บปวด พื้นที่สีแดงที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น กำหนดให้คะแนนของระดับความรู้สึกเจ็บปวดของบุคคลเริ่มจาก 0 – 10 คะแนน ตามเนื้อที่ของสี จากน้อยไปหามากที่สุด กำหนดให้ 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้



ภาพที่ 6 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์

มาตรวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์ มีข้อดีอยู่ที่การใช้สีแดงแทน ความเจ็บปวด เมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น พื้นที่สีแดงจะสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ง่ายต่อการสังเกต และการใช้เหมาะสำหรับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ที่มิมีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำที่ อธิบายกำกับตัวเลข ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ ในการวัดความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วเนื่องจากระยะนี้มดลูกหดตัว แรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาของ วีรวรรณ ภาษาประเทศ (2541) พบว่าสามารถวัดความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ได้และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .97 และ จากการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าใช้เวลาในการตอบเพียง 1 นาทีเท่านั้น

2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม ประเมินได้ดังนี้ (Johnson, 1977: 154 – 156; Luckmann & Sorensen, 1987: 187)

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor behavior) ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึนตัวขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น และการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น ขยี้ผ้าปูที่นอน เอามือลูบค้ำบริเวณที่เจ็บปวด นอนตัวงอหรือนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (Vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง ร้องให้สะอื้น เสียงสูดปากหรือร้องกรี๊ด

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย ซึมเศร้า

ความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์จะโต้ตอบโดยตรงเพื่อขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดนั้น การโต้ตอบจะแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์นั้น ๆ ด้วย เช่นกัน สำหรับการประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมอาจสังเกตได้จากพฤติกรรม ดังนี้ (รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์, 2530: 25-26; สุปราณี อัทธเสรี และคณะ, 2533: 29-30; พรรณีภา รักษ์กุลศล, 2537: 18)

1) การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญญาณแสดงความเจ็บปวดแทนภาษาพูด เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง หิวร้อง สูดปาก ครางเบา ๆ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

2) การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น นอนบิดไปมา กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กำมือแน่น เอามือลูบบริเวณที่เจ็บ กระสับกระส่าย หรือนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวช้าๆ

3) การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย พบว่า หายใจหอบ จมูกบาน หายใจเร็วกว่าปกติไม่สม่ำเสมอ หลอดลมขยายเพื่อให้โลหิตได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4) การแสดงออกของใบหน้า ดูจากดวงตาเบิกโพลงหรือหลับแน่น หน้าตาบิดเบี้ยว กัดปาก กัดฟัน ใบหน้าเกร็ง เม้มปาก หน้ามึนตัวขมวด หน้าผากย่น

5) การแสดงออกของคำพูด เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใด อย่างไร มากน้อยเพียงใด หญิงตั้งครรภ์จะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความอดทนภาษาที่ใช้ ความต้องการ ความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยในขณะที่เจ็บปวด เช่น

ความกลัว ความวิตกกังวล ขณะมีความเจ็บปวดอาจไม่สนใจถึงแฉับเพราะหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บปวด และบริเวณที่เจ็บมากกว่าจึงอาจไม่พุดจาเลยก็ได้

6) อารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ ของความเจ็บปวดอาจสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกของอารมณ์อื่น ๆ ด้วย เช่น ความกลัว โกรธ เศร้าซึม ความพึงพอใจ เป็นสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวได้ง่าย เพิ่มความต้องการให้ผู้อื่นใกล้ชิดทำอะไรให้มากกว่าปกติ อยากรับควบคุมแสดงอำนาจเหนือผู้อื่น ใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธหรือโทษผู้อื่นโดยการคิดว่ากล่าวผู้ที่ทำให้ได้รับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสมจะไม่ชัดเจน หรือรบกวนกระบวนการคลอด แต่จะทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี

3. การประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Johnson, 1977: 153; Luckmann and Sorensen, 1897: 186-187)

ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีความเจ็บปวดบริเวณพื้นที่ผิวของร่างกายจะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ หน้าซีด ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว

ความเจ็บปวดรุนแรงหรือเจ็บปวดเนื้อเยื่อในร่างกายบริเวณลึกจะมีการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นลม หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

สรุปได้ว่า การประเมินความเจ็บปวดโดยการให้บุคคลบอกเล่าความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่ดีที่สุดและเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้การวัดความเจ็บปวดมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะเมื่อบุคคลบอกว่าเขาอยู่ในภาวะของความเจ็บปวดย่อมน่าเชื่อถือว่าเขามีความเจ็บปวดจริง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้การประเมินความเจ็บปวดโดยการประเมินจากคำบอกเล่าของหญิงตั้งครรภ์และเลือกใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์ วัดความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วเนื่องจากระยะนี้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น การใช้สีแดงแทนความเจ็บปวดเมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น พื้นที่สีแดงจะสูงเพิ่มขึ้นง่ายต่อการสังเกตและการใช้โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เข้าใจความหมายของคำที่อธิบายกำกับตัวเลข และจากการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าใช้เวลาในการตอบเพียง 1 นาทีเท่านั้น

2.6 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดระยะคลอด

ในระยะเจ็บครรภ์คลอด หญิงตั้งครรภ์มีความกลัว วิตกกังวล และเจ็บปวด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด มีบทบาทโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จึงต้องรับรู้ ตระหนักถึงความเจ็บปวดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ เพื่อตัดวงจรความกลัว ความวิตกกังวลและความเจ็บปวดลง (Callister, 1993: 288-293) โดยมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดมากขึ้น นับตั้งแต่การอยู่เป็นเพื่อน สนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ การแนะนำให้ข้อมูล ข่าวสาร การปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสุขสบาย การสนับสนุนครอบครัวซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแล (Simikin, 2002: 721- 731) สิ่งต่างๆ เหล่านี้พอสรุปเป็นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดให้ครอบคลุมทั้งด้านสรีระ จิตสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพดังนี้

1. บทบาทด้านการให้ความรู้ (Health Educator)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้ความรู้และข้อมูลตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังประสบความเจ็บปวดจากการคลอด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลต่อความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ ซึ่งมักพบในลักษณะตื่นตระหนกสับสน มีความรู้สึกลัวความช่วยเหลือ (Clark et al., 1979: 350-351) มีผล ทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงเป็นวงจรต่อเนื่อง จากการศึกษาของ อารีย์วรรณ อ่วมตานี และสุชาดา รัชชกุล (2546: 11-19) พบว่า การให้ข้อมูลเป็นการสนับสนุนทางการพยาบาลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอดที่ได้รับ เพราะเป็นการลดความวิตกกังวลจากการรับทราบความก้าวหน้าในการคลอดเป็นระยะๆ รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญกับการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศมา โรจนประดิษฐ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนและการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตน สถานที่ สิ่งแวดล้อม ค่าใช้จ่าย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้ความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read (1984) และแนวทางการ

สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะของ Kayne และคณะ (2001) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซึ่งเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการคลอดปกติ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจและการลูบหน้าท้อง การเตรียมร่างกายเพื่อคลอด บทบาทของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะรู้บทบาทหน้าที่เป็นอย่างดี ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในระลอกคลอดลดลงและพยาบาลควรให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์ว่าจะเกิดความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกในช่วงต่างๆ ที่มีความก้าวหน้าของการคลอด จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าอาการของการคลอดที่มีลักษณะปกติ มีชีพจรปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถยอมรับ สิ่งต่างๆ ได้ และมีการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

2. บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Care provider)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงใช้กระบวนการพยาบาลในลักษณะการป้องกันการดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพโดยการค้นหาปัญหา ประเมินสภาพทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ดูแลส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย สามารถทำได้โดย

2.1 ดูแลความสะอาดทั่วไป ได้แก่ การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช็ดหน้า เช็ดตัว ทำความสะอาดปาก ฟัน ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตลอดจนความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนควรแห้งสะอาดเรียบ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์นอนสบาย การเปลี่ยนผ้าเบื่อนอกจากร่างกาย ช่วยให้ร่างกายสะอาดและสุขสบายขึ้น ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของหญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญความเจ็บปวด และทำให้มีการใช้าระงับปวดน้อยลง (Schuiling & Sampsele, 1999: 77-81) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างทุก 2 ชั่วโมง เพราะการที่มีกระเพาะปัสสาวะเต็ม เป็นการขัดขวางการลงในช่องเชิงกรานของศีรษะเด็ก ทำให้การเคลื่อนตัวของส่วนนำล่าช้า

2.2 การเคลื่อนไหวและจัดท่านอนให้เหมาะสม ท่าของหญิงตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อความถี่และการหดตัวของมดลูก ควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงาย (Supine position) เนื่องจาก แรงกดดันของมดลูกจะกดเส้นเลือดแดงใหญ่อินฟีเรียเวนาคาวา ซึ่งทำให้เลือดไปเลี้ยงรก ทารกในครรภ์และไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง ทำให้ทารกอยู่ในภาวะคับขันได้ (Fetal distress) ท่าที่เหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมการเคลื่อนตัวของทารกคือท่าศีรษะสูง (Upright position) (Leifer, 1999: 151) ช่วยลดความกดดันของมดลูกที่กดเส้นเลือดแดงใหญ่อินฟีเรียเวนาคาวา

และเมื่อบดลูกคลายตัว ก็จะคลายตัวอย่างสมบูรณ์ และท่าที่นิยมสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไปคือ ท่าอนตะแคงข้าง (Side-lying) มีหมอนรองรับตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณ ข้อต่อต่างๆ การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนไหวบ่อยๆ จะช่วยบรรเทาความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ และช่วยส่งเสริมแรงการคลอดให้เร็วขึ้น การศึกษาผลของการจัดท่าอนต่อระดับความพึงพอใจ ของหญิงตั้งครรภ์ของฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2533) พบว่า การจัดให้นอนท่ากึ่งนั่ง 30 องศา หญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจมากกว่าท่าอนหงาย และจากการศึกษาของ Adachi, Shimada และ Usui (2003: 47-51) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างท่าอนกับระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 6-8 เซนติเมตร พบว่า ท่ากึ่งนั่งจะมีระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดน้อยกว่าท่าอนหงาย

2.3 จัดสิ่งแวดล้อมระหว่างคลอด โดยลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น แสงสว่าง พอเหมาะ ไม่มีเสียงรบกวน ลดความพลุกพล่านจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ จัดเวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ให้พอเหมาะไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์มากเกินไป ความสะอาดของสถานที่ การมีบรรยากาศคล้ายบ้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อความเจ็บปวดของ หญิงตั้งครรภ์จากการศึกษาของ Rush และคณะ (1996: 136-143) ศึกษาผลของการใช้อ่างอาบน้ำวน ในระยะคลอด พบว่ากลุ่มที่ใช้อ่างอาบน้ำวนในระยะคลอดมีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่า มีการคลอดด้วยวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้เข็ม การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ น้อยกว่ากลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ

3. บทบาทด้านการบริหารจัดการ (Administrator) และด้านการประสานงาน

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงบริหารจัดการและประสานงานโดยผสมผสานความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า สร้างความไว้วางใจและความมั่นคงปลอดภัย

4. บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counselor)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นผู้ให้การปรึกษา ให้ข้อมูล รวมถึงการช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจมีผลต่อ ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษานอง ประนอม ภูศรีทอง และคณะ (2546) ศึกษา ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากนักศึกษา พยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจโดยเฉลี่ยต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและ

รายด้าน โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รองลงมาคือ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านร่างกาย การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเป็นสื่อกลางให้หญิงตั้งครรภ์ตามลำดับ ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ทำให้ระดับความเจ็บปวดลดลงด้วย

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์ (Ziegel & Cranley, 1984: 389-390; Taylor & Copstick, 1985: 42-43 อ้างถึงใน จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 61) ประกอบด้วย

4.1 ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราและความเข้าใจ (Empathy and understanding) คือ การที่พยาบาลมีการรับรู้โดยยอมรับว่าหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเองที่อาจแตกต่างจากผู้อื่น รวมทั้งรับรู้สภาพความรู้สึก ความคิดของหญิงตั้งครรภ์เสมือนหนึ่งตนเองเป็นหญิงตั้งครรภ์ในขณะนั้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยพยาบาลไม่โกรธเคืองหญิงตั้งครรภ์ที่อาจ ขัดขืนหรือลังเลในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และไม่ตัดสินใจแทนทันที แม้ว่าสิ่งนั้นจะเป็นสิ่งที่พยาบาลเห็นว่าควรมีและเหมาะสม ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราและความเข้าใจที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลควรแสดงออกอย่างเปิดเผย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มองเห็นว่าการช่วยเหลือที่ตนได้รับอยู่นั้นเป็นไปด้วยความจริงใจ

4.2 ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) คือการที่พยาบาลให้ความสนใจ รับรู้ในความเจ็บปวด ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ในระยะนี้พยาบาลควรสนใจหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และพยายามหลีกเลี่ยงและลดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ยอมรับพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์แสดงออก ให้การป้อนกลับในทางบวก โดยการพูดชมเชย การสัมผัสอย่างนุ่มนวล การแสดงออกทางสายตา สีหน้า และท่าทางเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเข้มแข็ง อบอุ่น ปลอดภัย สามารถตัดสินใจและเผชิญความเจ็บปวดได้ด้วย ความมั่นใจแต่มีใช่เป็นการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ยังอ่อนแอและเรียกร้องตลอดเวลา

4.3 ความเคารพและความเอื้ออาทร (Respect and caring) คือการที่พยาบาลให้ความเคารพในชาติวุฒิ และวัยวุฒิของหญิงตั้งครรภ์เท่า ๆ กับให้ความเคารพต่อตนเอง การสังเกตบุคลิกลักษณะและท่าทางของหญิงตั้งครรภ์จะเป็นเครื่องช่วยให้สามารถพิจารณาได้ว่า ควรใช้คำพูดแสดงกิริยาและปฏิบัติต่อหญิงตั้งครรภ์อย่างไรให้เหมาะสม ส่วนความเอื้ออาทรถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ การแสดงออกของความเอื้ออาทร คือ ความอ่อนโยน ความห่วงใย ความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งการแสดงออกจะก่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง และความอบอุ่นให้แก่หญิงตั้งครรภ์

การปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะการให้ความเคารพและความเอื้ออาทรต่อ หุ้ญตั้งครรรค์ ได้แก่ การเรียกชื่อและให้คำนำหน้าหุ้ญตั้งครรรค์อย่างเหมาะสม การแนะนำตนเองและเจ้าหน้าที่ในทีมที่ให้การดูแล การแนะนำให้หุ้ญตั้งครรรค์คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมรวมถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่แรกเริ่ม ปฏิบัติต่อหุ้ญตั้งครรรค์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในฐานะบุคคล ให้ความสนใจ ให้ความมั่นใจว่าหุ้ญตั้งครรรค์และทารกในครรรค์จะปลอดภัย ยอมรับพฤติกรรมที่หุ้ญตั้งครรรค์แสดงออก เมื่อจะทำการพยาบาลควรอธิบายให้เข้าใจ แสดงถึงความจริงใจ ความเต็มใจในการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่ง McCaffery (1972: 43) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกับการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวด ให้ผลบรรเทาความเจ็บปวดดีกว่า การใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเดียวในระยะคลอดหุ้ญตั้งครรรค์ต้องการให้เจ้าหน้าที่บอกกับตนเองด้วยว่า สิ่งที่คุณปฏิบัติอยู่นั้นถูกต้องหรือไม่ การคลอดจะเป็นอย่างไรต่อไป การส่งเสริมให้หุ้ญตั้งครรรค์มีบทบาทร่วมในการดูแลตนเองโดยการได้ตัดสินใจเองบ้าง ทำเองโดยพยาบาลคอยสนับสนุนบ้าง เหล่านี้จะเป็นทางเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันอันจะมีผลทำให้ลดความวิตกกังวลได้ด้วย การอธิบายให้หุ้ญตั้งครรรค์ทราบถึงเหตุผลของการตรวจหรือการให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยภาษาง่าย ๆ ทำที่อ่อนโยน การอธิบายถึงบทบาท ให้ความกระจ่างตามความเป็นจริง การดูแลความสุขสบายโดยที่หุ้ญตั้งครรรค์ไม่ต้องร้องขอ รวมทั้งการส่งเสริมหุ้ญตั้งครรรค์ ใช้เทคนิคต่างๆ ในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วม ในกระบวนการคลอด เป็นการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้หุ้ญตั้งครรรค์มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ผลลัพธ์ในการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่า (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดลดลง (สุพิศ รุ่งเรืองศรี และฉวี เบาทรวง, 2537) และระดับความเจ็บปวดลดลง (สุจินดา ตรีเนตร, 2544)

5. บทบาทด้านการวิจัย (Researcher)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงปฏิบัติงานบนพื้นฐานการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลมีส่วนร่วมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหุ้ญตั้งครรรค์ นำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. บทบาทด้านคุณธรรมและจริยธรรม (Ethic)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม พิทักษ์สิทธิของผู้มารับบริการ ส่งเสริมให้หุ้ญตั้งครรรค์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพ

ของตนเอง รวมทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงควรมีการพัฒนาตนเองและวิชาชีพอยู่เสมอ สามารถตัดสินใจ จริยธรรมภายใต้กฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลได้

7. โปรแกรมลดความเจ็บปวดของการคลอด

การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การใช้ยาลดความเจ็บปวด ถึงแม้จะช่วยให้อาการเจ็บปวดและคลายความวิตกกังวลได้ แต่มีผลข้างเคียงสูง เช่น การให้ยาสูดดม ยากล่อมประสาท ยาชาเฉพาะที่ ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อคลายตัว ปากมดลูกขยายตัวช้าลง เกิดการคลอดล่าช้า นอกจากนี้ยังผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดการหายใจของทารกได้ (Kan et al., 1998: 1467-1474) ในปัจจุบันจึงหันมาสนใจการคลอดอย่างธรรมชาติมากขึ้น พยายามไม่มีการใช้ยาลดความเจ็บปวดทุกชนิดเพื่อให้อาการเจ็บปวดอยู่ในภาวะรู้สึกตัวดี มีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดทั้งหมด ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้เป็นมารดาพึงจะได้รับรู้ การคลอดอย่างธรรมชาตินี้ จะต้องมีการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ การฝังเข็ม การใช้ยาบำบัด การสัมผัส การสะกดจิต เป็นต้น การเตรียมทางด้านจิตใจ โดยการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมสนับสนุนเพื่อลดความวิตกกังวล ความหวาดกลัว หากหญิงตั้งครรภ์กำลังใจ มีความเครียดความหวาดกลัวจะทำให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น เทคนิคต่างๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ลดความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดได้เป็นอย่างดีซึ่งวิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วิธีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ

3. การเตรียมตัวเพื่อการคลอด

3.1 ความหมาย

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาจากแนวคิดของสังคมตะวันตกในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 ลักษณะไม่เป็นทางการมีอยู่ในครอบครัวของแต่ละสังคมโดยหมอดำยา ผดุงครรภ์ หรือแพทย์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และโดยเพื่อนหญิงหรือผู้หญิงในครอบครัว การสอนเตรียมตัวคลอดจึงเป็น “การบอกต่อ” หรือถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของผู้หญิงคนหนึ่งไปยังผู้หญิงอีกคนหนึ่ง จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง (อุษา เชื้อหอม, 2544: 1-6) ต่อมา Dick-Read สูติแพทย์ชาวอังกฤษ เรียกร้องให้มีการสอนเรื่องการตั้งครรภ์และการคลอดแก่ผู้หญิง จากแนวคิดความเจ็บปวดในการคลอดสามารถลงได้ด้วยกรลดความกลัว ความเครียด

เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์เป็นการตัดวงจร ความกลัว-ความเครียด- ความเจ็บปวด (Fear- Tension- Pain-Syndrome) โดยเน้นว่าร่างกายและจิตใจมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

การเตรียมตัวเพื่อการคลอด หมายถึง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อม รวมถึง การกระตุ้นให้ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมสนับสนุน หรือผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำมีส่วนร่วมเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอดนี้ควรเริ่มในไตรมาสที่สาม ซึ่ง Hassid (1984: 51) ให้เหตุผลว่าในการสอนและฝึกทักษะในการเตรียมคลอด ควรจะเริ่มเมื่อมีสิ่งกระตุ้นหรือมีสิ่งจูงใจสูงสุด ระยะเวลาท้ายของการตั้งครรภ์ จุดสนใจอยู่ที่การคลอดอยากรู้เรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับการคลอด มีเงื่อนไขและแรงจูงใจมากที่สุด ส่วนวิธีการสอนและฝึกทักษะในการจัดการตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล ระยะเวลาสอน 4-8 ครั้ง ส่วนเนื้อหาการสอนยึดหลักเหมือนกันคือ ต้องให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอด ซึ่งประโยชน์ของการเตรียมตัวคลอดนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวแล้วยังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวมทั้งผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะนำมีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมประสบการณ์การคลอด (Zwelling, 1996: 425-432)

3.2 การเตรียมตัวคลอดตามแนวคิดของ Dick- Read

Dick- Read ได้เสนอวิธีคลอดแบบธรรมชาติ (Natural childbirth) ว่าเป็นประสบการณ์คลอดที่สวยงามน่าพอใจ ไม่ใช่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด แต่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดคือ ความกลัว ความวิตกกังวล และการตอบสนองของร่างกายต่อความกลัว ความวิตกกังวล เกิดเป็นความเครียดของกล้ามเนื้อบริเวณมดลูกส่วนล่าง ทำให้ปากมดลูกเปิดขยายได้ช้า ทำให้เกิดความเจ็บปวด ยิ่งมีความเจ็บปวดมากขึ้นจะยิ่งมีความตึงเครียดมากขึ้น ก็จะเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เป็นวงจรเรื่อยๆ จะเห็นได้ว่าถ้าหากมีการให้ความรู้และส่งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการเตรียมตัวคลอดจะทำให้เป็นการขจัดความกลัว และความวิตกกังวลได้ สิ่งที่สำคัญคือ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ และมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี (อุษา เชื้อหอม, 2534)

บทบาทพยาบาลในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดของ Dick- Read ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ และผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะนำ ซึ่งเชื่อว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาค และสรีรวิทยา

ของกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเตรียมตัวเข้าสู่การคลอด จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยรู้และไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนจะมีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความต้านทานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีกำลังใจที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เนื้อหาสาระที่ครอบคลุมการสอน มีดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดด้วยวิธีของ Dick-Read และการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ
2. กายวิภาค สรีระ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตั้งครรภ์
3. กระบวนการคลอด องค์ประกอบและกลไกการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด
4. ความสำคัญ ประโยชน์และวิธีการบริหารร่างกาย เพื่อเตรียมกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ให้แข็งแรง
5. การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ การลูบหน้าท้อง
6. บทบาทของผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะในการช่วยเหลือการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ การแนะนำให้ข้อมูล การดูแลความสบายด้านร่างกาย การเป็นผู้แทนคอยช่วยเหลือ
7. การพาไปชมห้องคลอดและอธิบายเกี่ยวกับระเบียบการปฏิบัติของโรงพยาบาล

2. การเตรียมร่างกาย (Physical preparation) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยการฝึกทักษะในเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 การฝึกบริหารร่างกาย (Physical exercise) ในระยะตั้งครรภ์กล้ามเนื้อหน้าท้องจะขยายออกอย่างมากตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และมีผลกระทบต่อกกล้ามเนื้อหลัง กระดูกสันหลัง และกล้ามเนื้ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และในระยะคลอด กล้ามเนื้อ หน้าท้อง กล้ามเนื้อฝีเย็บ กล้ามเนื้อและกระดูกเชิงกราน มีบทบาทสำคัญในการที่จะผลักดันทารกให้คลอดออกมาได้ การทำกายบริหารกล้ามเนื้อจะช่วยให้กล้ามเนื้อ กระดูกสันหลัง และกระดูกเชิงกรานทำงานประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดหรือป้องกันความไม่สบายที่เกิดขึ้น เช่น การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง เป็นตะคริว อาการบวม เป็นต้น และในระยะคลอด กล้ามเนื้อ

หน้าท้องที่แข็งแรง กล้ามเนื้อฝึยที่ที่มีความยืดหยุ่นดี จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้คล่องง่ายขึ้น และระบบไหลเวียนดี มีผลต่อการทำงานโดยรวมของร่างกายด้วย

2.2 เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) การฝึกความสามารถ ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นทักษะที่สำคัญ พบว่าการผ่อนคลายสามารถเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดได้ สตรีร้อยละ 88 ยอมรับว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ถึงดีมาก (Chamberlain, 1993 cited in Reeder et al, 1997) ความตึงเครียด ความวิตกกังวล และความไม่สบายต่างๆ ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก หรือการเจ็บครรภ์ มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะระบบซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความ ตึงเครียด และมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง(Central nervous system) และไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงเครียดมากขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีผลในการขัดขวางต่อการป้อนกลับนี้ ระดับความตึงเครียดต่างๆ ก็จะลดลง ทำให้ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นก็ลดน้อยลงด้วย เมื่อกกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสบายขึ้น ความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น

2.3 เทคนิคการหายใจ (Breathing techniques) เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นเรื่อยๆ และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการผ่อนคลาย เพิ่มออกซิเจนให้แก่มารดาและทารกในระยะที่มดลูกมีการหดตัว ลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง (Gorrie et al, 1994: 251) นอกจากนั้นช่วยให้เกิดความสมดุลของจำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายอีกด้วย

2.4 เทคนิคการลูบหน้าท้อง (Effleurage) เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดวิธีหนึ่ง เพราะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของหญิงตั้งครรภ์ออกจากเจ็บครรภ์ ความเจ็บปวดจะมีมากหากความสนใจจดจ่อกับบริเวณที่เจ็บปวด การเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดและลดความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ การลูบหน้าท้องเบาๆ ในขณะที่มดลูกหดตัว จะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย ได้สัมผัสกับบุตรในครรภ์ และช่วยลดความเจ็บปวดได้อีกทางหนึ่ง โดยทำมือทั้งสองข้างให้มีลักษณะเป็นอุ้งมือคล้ายเวลาพนมมือ ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวหน้าขึ้นไปทางยอดมดลูกและให้สัมผัสกับการหายใจเข้าจากยอดมดลูก ลูบมือทั้งสองผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ และให้สัมผัสกับการหายใจ

ออก ฉะนั้นเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะดูหน้าท้องเสร็จไป 1 ครั้งพร้อมๆ กัน (จินตนา บ้านแก่ง, 2533: 57)

3. การประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional support) การเสริมสร้างกำลังใจและการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ให้แก่หญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ฝึกสมาธิให้อยู่กับการหดตัวของกล้ามเนื้อคลอดโดยใช้ทักษะการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการดูหน้าท้องโดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อเป็นผู้สนับสนุน ประคับประคองด้านจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์ และมีส่วนร่วมในการเตรียมตัวฝึกทักษะต่างๆ โดยเป็นผู้สอนแนะ (Coach) ในการฝึกในชั้นเรียน และอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด เป็นการประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดความวิตกกังวล ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง และลดการใช้ยาระงับความเจ็บปวดในระยะคลอด (Gorrie et al., 1994: 254)

4. บทบาทผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ

4.1 ความหมาย

ผู้สอนแนะ (Coach) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษ คือ “coche” หมายถึง รถม้าสี่ล้อ รถพ่วงในขบวนรถไฟ รถม้าที่เดินประจำทางระหว่างเมืองต่างๆ ในสมัยก่อน ครูพิเศษ ครูฝึกหัด การตั้งสอน ฝึกหัด (Sethaputra, 2540) ซึ่งผู้สอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้สอนแนะไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2536) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ให้คำแนะนำอย่างเป็นทางการในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคคลขณะเดียวกันก็ทำงานประสานงานกับบุคคลอื่น อาจสอนในลักษณะตัวต่อตัวหรือกลุ่ม สิ่งสำคัญคือ เน้นถึงความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เทคนิคการสอนแนะจะทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

อรุณี ลำเกาทอง (2538) ผู้สอนแนะ หมายถึง ครูคนหนึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือหรือกระตุ้น ครูอีกคนหนึ่งให้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสอน โดยพยายามทดลองสิ่งใหม่ๆ เพื่อคิดว่าวิธีการใหม่ที่ใช้มีผลอย่างไรต่อกระบวนการเรียนการสอนในห้องเรียน และส่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนอย่างไร

Carter (1992: 109- 117) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงการปฏิบัติของตนเองผ่านกระบวนการที่ไม่มีรูปแบบและโครงสร้าง

Winkie และคณะ (1995: 7-15) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อแก้ปัญหาและให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรม การสอนแนะเป็นการใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (Cognitive-behavioral) และการพัฒนาสภาวะทางสุขภาพพร้อมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

Clarke และ Spross (1996: 139-164) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ที่คอยอำนวยความสะดวก ปกป้องอันตราย และใช้แนวทางในการที่จะทำให้บุคคลหนึ่งสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์หนึ่งได้อย่างมั่นคงปลอดภัย

Voss (1997: 1-7) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ที่คอยช่วยเหลือ ฝึกปฏิบัติ และสนับสนุนปัจจัยที่สำคัญในการเรียนรู้ การเรียนรู้ประกอบด้วย การชี้แนะทีละขั้นตอน (Step by step) เรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม หรือเรียนรู้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน อาจจะทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ออกมาดีที่สุด

Grealish (2000: 231-233) ให้ความหมายของผู้สอนแนะว่า หมายถึง ผู้ที่ให้ความรู้ให้ข้อมูลชี้แนะสนับสนุน และปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจากบุคคลหนึ่งสู่บุคคลหนึ่ง (One-to-one) เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติ

Thorpe และ Clifford (2003: 5-9) ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ให้คำแนะนำ ปรึกษาช่วยเหลือ สนับสนุน โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้บุคคลมีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

สรุป ผู้สอนแนะ หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สนับสนุน ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ มีความมั่นใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ผู้สอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ การให้ความหมายจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มบริการในการนำไปใช้ ดังนั้นผู้สอนแนะในทางการคลอดจึงเรียกว่า ผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ (Labor coaching)

ผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ (Labor coaching) หมายถึง ผู้ที่กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ พัฒนาความสามารถด้วยการสนับสนุน ชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความสนใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ฝึกปฏิบัติร่วมกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คอยช่วยหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความ

วิตกกังวล และมีประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี (Gorrie et al., 1994: 254-255) มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า เพื่อนเฝ้าคลอด (Doula) หมายถึง ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ซึ่งได้รับการฝึกทักษะเป็นอย่างดี เกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ในการเตรียมตัวคลอดและระหว่างคลอด (มณีรัตน์ สุขโชติรัตน์, 2534: 38) ทำหน้าที่ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ดูแลความสบายด้านร่างกายให้กำลังใจ มั่นใจ แนะนำให้ข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงการเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ลดความเจ็บปวดระยะคลอด (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544: 90; Kayne et al, 2001: 692- 703)

ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ อาจเป็นมารดา สามี หรือญาติก็ได้ ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้เข้าไปดูแลในระยะคลอด (Leifer, 1999: 154) ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี มีความพึงพอใจมากขึ้น การเตรียมผู้สนับสนุนแบบสอนแนะร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ ช่วยให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้รับการฝึกเทคนิคที่จะใช้ในระยะเวลาคลอดได้ทราบความรู้เกี่ยวกับการคลอด การฝึกปฏิบัติร่วมกัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่นในขณะที่มีมดลูกหดตัว

4.2 บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะตามแนวทางของ Kayne และคณะ

ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มีบทบาทในการให้การดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ ซึ่ง Kayne และคณะ (2001) แบ่งบทบาทผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะในระยะคลอดไว้ 4 ประการ คือ เป็นผู้สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การแนะนำให้ข้อมูล การดูแลความสบายด้านร่างกาย การเป็นผู้แทน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional support) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มีปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียด เช่น มดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น แรงขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความกลัว ความเจ็บปวดเพียงลำพัง จึงต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์จากผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ทำให้หญิงมีครรถ์ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวดลงได้

2. การแนะนำและให้ข้อมูล (Advice and information) ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดจากการบอกกล่าวของเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด ภายหลังการตรวจ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ

การดูหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายอารมณ์และลดความเจ็บปวดลง (Pillitteri, 1995: 532)

จากการศึกษาของ Pugh และคณะ (1998: 241-245) เกี่ยวกับการให้ข้อมูล แนะนำ รูปแบบการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอด พบว่าหากมีการใช้รูปแบบการหายใจในระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว ทำให้ระดับความอ่อนเพลียในหญิงตั้งครรภ์ลดลง

3. การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort measure) เมื่อการคลอดก้าวหน้ามากขึ้น อาการเจ็บปวดจะรุนแรงมากขึ้น พลังงานถูกใช้ไปมาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการอ่อนเพลีย ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง รับประทานอาหารได้น้อย ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะจึงต้องคอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกโดยการจัดท่านอนที่เหมาะสมและผ่อนคลาย เช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกาย ให้อาหารว่าง หรืออาหารระหว่างมื้อให้เพียงพอ เพื่อให้มารดาได้มีแรงเบ่งในระยะคลอด (Leifer, 1999: 154)

จากการศึกษาของ Schuiling และ Sampelle (1999: 77-81) พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลให้มีความสุขสบายในระยะเจ็บครรภ์ จะทำให้มีการใช้ยาระงับความเจ็บปวดระหว่างคลอดลดลง ความเจ็บปวดลดลง

4. การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ (Advocacy) บอกความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นเข้าใจ ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในห้องคลอด ช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ที่ได้รับการฝึกมาจากการเตรียมเพื่อการคลอด ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและความเจ็บปวด

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ศึกษาผลของการคลอดและความเจ็บปวดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีตามาชาจากผู้วิจัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนน พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด เหตุการณ์และความรู้สึก ที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด วิธีการควบคุมการหายใจและการ ลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ วิธีเบ่ง และการพาหญิงตั้งครรภ์ไปทำความ คู้นเคยกับสภาพห้องคลอด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความ เจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ละมัย วีระกุล และคณะ (2534) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการ ฝึกเตรียมคลอดของมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา และสามี จำนวน 60 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะคลอด การฝึกบริหารร่างกายและการผ่อนคลาย เทคนิคการควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุด สมอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้บริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวดในระยะคลอดและความรู้เกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะเวลาในการคลอดพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

พรรณนิภา รัษฎกุล (2537) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อ พฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอดของ หญิงที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ การเตรียมคลอด การคลอด และฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้องเพื่อใช้เผชิญ ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและคะแนนเจตคติที่มีต่อ การคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วิสสิกา เผือกโสมณ (2539) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนาความสามารถตนเอง ในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกใน

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด โดยการบรรยายประกอบ สไลด์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดโดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ร่วมกับฝึกปฏิบัติเพื่อเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองของหญิงตั้งครรภ์แรก และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียมเพื่อการคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อการคลอด

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองลดลง และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุขภิญช์ สังฆสุวรรณ (2543) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บปวด ระยะเวลาในระยะเวลาหนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดและได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย ท่าที่ส่งเสริมการคลอด การเพ่งจุดสนใจรวมทั้งได้รับกำลังใจ และส่งเสริมความมั่นใจจากผู้วิจัยตลอดระยะที่หนึ่งของการคลอด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์และค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงครรภ์แรกกลุ่มทดลอง

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนระยะเวลาในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด ฝึกปฏิบัติเพื่อเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด โดยการฝึกควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ และการบริหารร่างกาย และเมื่อเข้าห้องคลอด พยาบาลทบทวนและส่งเสริมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์เพื่อเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังการเตรียมคลอดสูงกว่าก่อนเตรียมคลอดมีค่าคะแนนพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวดน้อย สามารถควบคุมตนเองได้ดี

สุจินดา ตริเนตร (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกและกลุ่มทดลองต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Yahia และ Ulin (1965) ศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีคลอดที่โรงพยาบาลบอสตัน จำนวน 169 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดโดยวิธีของลามาช และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการเตรียมโดยวิธีของลามาช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยวิธีของลามาชแสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่สามารถควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีการผ่อนคลายและการใช้เทคนิคการหายใจได้เป็นอย่างดี ทารกแรกเกิดมีสภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

Charles และคณะ (1978) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดของลามาช กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมิเชลลีย์ (Michael Reese Hospital) จำนวน 249 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 95 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 154 ราย ผลการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองมีจำนวนการไต่ยาระงับปวดและยาระงับความรู้สึกน้อยกว่า มีการรับรู้

ความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอด้ต่ำกว่า และมีความพึงพอใจในการคลอด้สูงกว่าหญิงมีครรภ์ กลุ่มควบคุม

Manning และ Wright (1983) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ และการคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด้ในหญิงครรภ์แรก จำนวน 52 ราย โดยวัดเมื่อสิ้นสุดการเตรียมเพื่อคลอด้ ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ และในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด้ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายถึงการคงอยู่ของ พฤติกรรมควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด้ได้ดีกว่าการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

Mandarino และ Beldek (1984) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเตรียมคลอด้ โดยคู่วีดีโอโมเดลการคลอด้กับวีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้ ต่อการลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด้ในมารดาครรภ์แรก จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คู่วีดีโอโมเดลการคลอด้ กลุ่มที่ 2 คู่วีดีโอข้อมูลการคลอด้ กลุ่มที่ 3 คู่วีดีโอโมเดลการคลอด้และคู่วีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้ และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้คู่วีดีโอทั้งสองชนิด ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มมารดาที่คู่วีดีโอโมเดลการคลอด้และคู่วีดีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้ มีอัตราความเจ็บปวดขณะคลอด้น้อยกว่ากลุ่มอื่น

Pugh และคณะ (1998) ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดต่อความอ่อนเพลียในระยะที่หนึ่งของการคลอด้ในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลเพนซิลวาเนีย (Pennsylvania) มีอายุระหว่าง 17 ถึง 35 ปี จำนวน 56 คน ผลการวิจัยพบว่า หญิงครรภ์แรกที่ใช้แบบแผนการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดทำให้เกิดการอ่อนเพลียมากในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) และถ้าใช้ในระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วจะเป็นการเหมาะสม สามารถลดความเจ็บปวดได้

5.2 รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนแบบสอนแนะ

บุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย กลุ่มควบคุม 12 ราย กลุ่มทดลองได้รับการโค้ชเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวโดยการเปลี่ยนท่า การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ช ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานมากกว่ากลุ่มควบคุม

นิจัสการ นังคลา (2546) ศึกษาผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ ของหญิงครรภ์แรกที่ฝากครรภ์และคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คู่ และกลุ่มควบคุม 15 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมเพื่อการคลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการคลอด การเตรียมเพื่อการคลอดวิธีจิตป้องกัน (การเพ่งจุดสนใจ การลูบหน้าท้อง การหายใจและการผ่อนคลาย) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หญิงครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Winslow และ Jacobson (1999) ศึกษาประโยชน์ของการดูแลช่วยเหลือตลอดระยะคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเท็กซัส (Texas Hospital) มีอายุระหว่าง 13 ถึง 34 ปี จำนวน 616 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีผู้ช่วยดูแล (Doula) ตลอดเวลา 212 ราย กลุ่มที่มีผู้ดูแลเป็นบางครั้ง 200 ราย และกลุ่มควบคุม 204 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้เข็มช่วยทำคลอดลดลง การเย็บแผลฝีเย็บใช้ยาชาเฉพาะที่ลดลง ใช้เวลาการคลอดลดลง และระยะเวลาที่ทารกอยู่ในโรงพยาบาลลดลง

Madi และคณะ (1999) ศึกษาผลการสนับสนุนของเพศหญิงในครอบครัวต่อการคลอดในหญิงครรภ์แรกที่บอตสวานา (Botswana) โดยศึกษาในหญิงครรภ์แรก 109 ราย ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเองตามธรรมชาติไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด อายุระหว่าง 14 ถึง 35 ปี กลุ่มเป็นกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากเพศหญิงในครอบครัว มีการเตรียมการสนับสนุนตั้งแต่ไตรมาสที่สาม และดูแลสนับสนุนตลอดระยะเวลาของการคลอด กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการคลอดตามธรรมชาติทางช่องคลอดมากกว่า มีการใช้ยาเร่งคลอดออกซิโทซิน มีการเหนี่ยวนำการคลอดโดยการเจาะถุงน้ำคร่ำ และมีการใช้ยาระงับความเจ็บปวดน้อยกว่า มีการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ และมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป

ผลการวิจัยการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การฝึกบริหารร่างกายเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการคลอด และการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด วัดความเจ็บปวดโดยภาพรวมในระยะคลอด ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะส่วนใหญ่เป็นสามีของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าการคลอดตามธรรมชาติทางช่องคลอดมากกว่า มีการคลอดโดยใช้ยาเร่งคลอด ออกซิโตซินน้อยกว่า มีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่า มีการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศน้อยกว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่าการใช้เข็มช่วยทำคลอดลดลง ระยะเวลาในการคลอดลดลง ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลง และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด กระบวนการคลอด กลไกการคลอดปกติ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด การใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา รวมทั้งบทบาทการสนับสนุนของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิดเร็วประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ 2) การแนะนำให้ข้อมูล 3) การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ วัดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4 และ 8 เซนติเมตร ให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดลงบนแบบวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ (2528) โดยประเมินหลังจากมดลูกคลายตัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

<p>โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการลดร่วมกับการสนับสนุนการลดแบบสอนแนะ</p>
<p>ระยะที่ 1 แผนกฝึกครรภ์</p> <p>1. การให้ความรู้</p> <p>1.1 หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะรับความรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการลด การตั้งครรภ์และการคลอด การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด กระบวนการคลอด กลไกการคลอดปกติ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา</p> <p>1.2 หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะฝึกปฏิบัติร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ และการลูบหน้าท้อง</p> <p>2. กิจกรรมสนับสนุนการลดแบบสอนแนะ</p> <p>2.1 การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ พาหญิงตั้งครรภ์มาเตรียมคลอดตามนัดทุกครั้ง</p> <p>2.2 การแนะนำและให้ข้อมูล ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้อง</p> <p>2.3 การดูแลความสบายด้านร่างกาย จัดเตรียมอุปกรณ์ให้เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติ</p> <p>2.4 การเป็นผู้แทน ประสานงานกับบุคคลอื่นและบุคลากรทางการแพทย์</p> <p>ระยะที่ 2 ห้องคลอด</p> <p>1. การให้ความรู้</p> <p>1.1 ผู้วิจัยทบทวนหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ เรื่องการบรรเทาความเจ็บปวด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ และการลูบหน้าท้อง</p> <p>2. กิจกรรมการสนับสนุนการลดแบบสอนแนะ</p> <p>2.1 การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการอยู่เป็นเพื่อน สัมผัสให้กำลังใจ</p> <p>2.2 การแนะนำและให้ข้อมูล กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคต่างๆ อย่างเหมาะสม</p> <p>2.3 การดูแลความสบายด้านร่างกาย จัดทำนอนให้อยู่ในท่าสบาย เหมาะสม</p> <p>2.4 การเป็นผู้แทน ช่วยเหลือเมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้</p>
<p>โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการลดตามปกติ</p>
<p>ระยะที่ 1 แผนกฝึกครรภ์</p> <p>1. การให้ความรู้</p> <p>1.1 หญิงตั้งครรภ์รับความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การสังเกตการดิ้นของทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมของใช้สำหรับทารก การสังเกตอาการเจ็บครรภ์เดือน อาการเจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติต่างๆที่ต้องมาโรงพยาบาล แนะนำหลักฐานสำคัญที่ต้องนำมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด</p> <p>ระยะที่ 2 ห้องคลอด</p> <p>1. การให้ความรู้</p> <p>1.1 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดรวมทั้งแนะนำเทคนิคต่างๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว</p> <p>1.2 กิจกรรมการสนับสนุนการลดตามปกติ</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนการลดตามปกติ โดยการอยู่เป็นเพื่อนและสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ด้านต่างๆ เมื่อจำเป็นและเมื่อหญิงตั้งครรภ์ร้องขอ</p>

ความเจ็บปวด
ในระยะปาก
มดลูกเปิดเร็ว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอคร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Posttest only design) เนื่องจากความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วเป็นตัวแปรที่ศึกษาวัดความเจ็บปวดก่อนเข้าถึงระยะปากมดลูกเปิดเร็วจึงไม่สามารถวัดได้ก่อนดำเนินการทดลองที่เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบของการทดลอง ดังนี้

X	O ₁	O ₂
	O ₁	O ₂

X หมายถึง โปรแกรมการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอคร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ

O₁ หมายถึง คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร

O₂ หมายถึง คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาล และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกและผู้สนับสนุนแบบสอนแนะจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คู่ ซึ่งในการวิจัยกึ่งทดลองนี้ ผู้วิจัยสามารถจัดการทำได้ด้วยตนเองภายในระยะเวลาที่ศึกษา โดยมีขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. จัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปากพนัง ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีจับสลากสุ่มวัน ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจในวันอังคาร เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจในวันพฤหัสบดี เป็นกลุ่มควบคุม

2. กำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 คุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

- 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ เมื่อเริ่มทำการศึกษา
- 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

- 3) มีสถานภาพสมรสคู่
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์
- 5) หญิงตั้งครรภ์ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย

2.2 คุณสมบัติของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ประกอบด้วย

- 1) เป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมารดาเป็นผู้มีประสบการณ์ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์คลายความเครียด สามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม(สิวาพร พานเมือง, 2546: 29)
- 2) สามารถเข้าร่วมการเตรียมการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะได้ทุกครั้ง และเข้าห้องคลอดได้
- 3) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenient sampling) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันพฤหัสบดีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ โดยเริ่มทำการศึกษากลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันมิให้มีการปะปน และเรียนรู้การสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อกลุ่มควบคุมในขณะที่ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะกลุ่มทดลองกระทำ ทำการจับคู่ (Matching) โดยใช้ตัวแปรกลุ่มอายุ แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยย่อมขาดการเรียนรู้ต่อประสบการณ์และการปรับตัว ความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะน้อยลง ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้น ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นเพราะความสามารถและความเข้าใจถึงวิธีระงับความเจ็บปวดจะมีมากขึ้นตามพัฒนาการของวัย สำหรับระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพไม่นำมาจับคู่เนื่องจากการศึกษาในประชากรที่ศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างทางการศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลปากน้ำย้อนหลัง 1 ปี ที่พบว่า ประชากรมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 89 และมีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 80 ส่วนผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซึ่งเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ ไม่นำมาจับคู่เนื่องจากเมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างในลักษณะอายุ ระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ เช่นกัน

4. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenient sampling) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากัน ได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ในวันอังคารที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คู่ โดยคัดเลือกให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในเรื่องกลุ่มอายุ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ
จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถิติเปรียบเทียบ

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)			สถิติ เปรียบเทียบ
	จำนวน	\bar{x} (SD)	ร้อยละ	จำนวน	\bar{x} (SD)	ร้อยละ	
		Range			Range		
หญิงตั้งครรภ์	20	20.5 (3.69)	-	20	21.2 (4.37)	-	$t = -0.55$ ns
อายุ		15-28			15-32		
การศึกษาขั้นสูงสุด							$\chi^2 = 3.07$ ns
ประถมศึกษา	6	-	30.0	11	-	55.0	
มัธยมศึกษา	9	-	45.0	6	-	30.0	
ปวช./ปวส.	3	-	15.0	1	-	5.0	
ปริญญาตรี	2	-	10.0	2	-	10.0	
อาชีพ							$\chi^2 = 1.00$ ns
แม่บ้าน	10	-	50.0	7	-	35.0	
รับจ้าง	8	-	40.0	11	-	55.0	
อื่น ๆ (รัฐวิสาหกิจ, ค้าขาย)	2	-	10.0	2	-	10.0	
รายได้ต่อเดือนของ ครอบครัว	20	5,530.0 (2,737.09)	-	20	5,900.0 (3,596.78)	-	$t = -0.37$ ns
		3,000-1,5000			2,000-15,000		
ผู้สนับสนุนแบบ สอนแนะ							
อายุ	20	43.7 (7.27)	-	20	44.9 (4.84)	-	$t = -0.61$ ns
		32-57			38-54		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			สถิติ เปรียบเทียบ
	(n=20)			(n=20)			
	จำนวน	\bar{x} (SD)	ร้อยละ Range	จำนวน	\bar{x} (SD)	ร้อยละ Range	
การศึกษาขั้นสูงสุด							
ประถมศึกษา	20	-	100.0	18	-	90.0	$\chi^2 = 2.10$ ns
มัธยมศึกษา	-	-		2	-	10.0	
อาชีพ							
แม่บ้าน	6	-	30.0	9	-	45.0	$\chi^2 = 1.00$ ns
รับจ้าง	11	-	55.0	9	-	45.0	
อื่น ๆ (ค้าขาย ทำนา ประมง)	3	-	15.0	2	-	10.0	
รายได้ต่อเดือนของ							
ครอบครัว	20	5,625.0(3,161.76)	-	20	5,325.0(3,044.73)		$t = 0.31$ ns
		2,000-15,000			3,000-15,000		

ns = non significance

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 15-28 ปี และมีอายุเฉลี่ย 20.5 ปี (SD 3.69) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75) มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 50) และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,530 บาทต่อเดือน (SD 2,737.09) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 15-32 ปี และมีอายุเฉลี่ย 21.2 ปี (SD 4.37) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 85) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,900 บาทต่อเดือน (SD 3,596.78)

ส่วนลักษณะของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซึ่งเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 32-57 ปี และมีอายุเฉลี่ย 43.7 ปี (SD 7.27) ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,625 บาทต่อเดือน (SD 3,161.76) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 38-54 ปี และมีอายุเฉลี่ย 44.9 ปี (SD 4.84) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

(ร้อยละ 90) มีอาชีพแม่บ้านและรับจ้าง (ร้อยละ 90) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,325 บาทต่อเดือน (SD 3,040.73) อย่างไรก็ตาม เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุครรภ์เฉลี่ย 39-40 สัปดาห์ ทารกมีน้ำหนักตัวระหว่าง 2,501-3,000 กรัม และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบผลการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดในระยะเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะปากมดลูกเปิดช้าและปากมดลูกเปิดเร็วแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เสนอในตารางที่ 2 และตารางที่ 3)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุครรภ์เมื่อมาคลอด น้ำหนักตัวของทารก การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และสถิติเปรียบเทียบ

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		สถิติ เปรียบเทียบ
	\bar{x} (SD)	ร้อยละ	\bar{x} (SD)	ร้อยละ	
	Range		Range		
อายุครรภ์เมื่อมาคลอด	39.2 (1.06) 37-41	-	39.1 (1.21) 37-41	-	$t = 1.38$ ns
น้ำหนักตัวของทารก	3,067.5 (389.42) 2,400-3,750	-	2,925.0 (245.75) 2,600-3,700	-	$t = 0.28$ ns
การได้รับยากระตุ้น การหดตัวของ มดลูก	-	17.7	-	11.8	$\chi^2 = 0.23$ ns
ได้รับ	-	82.3	-	88.2	
ไม่ได้รับ	-		-		

ns = non significance

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีอายุครรภ์เมื่อมาคลอดระหว่าง 37-41 สัปดาห์ และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 39.2 สัปดาห์ (SD 1.06) ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวระหว่าง 2,400-3,750 กรัม และมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 3,067.5 กรัม (SD 389.42) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ร้อยละ 85) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เมื่อมาคลอด 37-41 สัปดาห์ และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 39.1 สัปดาห์ (SD 1.21) ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวระหว่าง 2,600-3,700 กรัม และมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 2,925 กรัม (SD 245.75) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ร้อยละ 90) เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดและสถิติเปรียบเทียบ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	สถิติ เปรียบเทียบ
	(n = 20)	(n = 20)	
	\bar{x} (SD) Range	\bar{x} (SD) Range	
เวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง)			
ระยะปากมดลูก เปิดช้า (Latent phase)	3.2 (1.05) 1.00-5.20	5.4 (2.98) 2.50-13.30	$t = -3.01^{**}$
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)	1.6 (0.64) 0.30-3.20	2.4 (1.10) 0.50-5.30	$t = -2.57^{**}$
ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase)	0.4 (0.42) 0.10-1.40	0.4 (0.37) 0.05-1.30	$t = -0.48$ ns

ns = non significance ; ** $p < .01$

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง เวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งออกเป็นระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ใช้เวลา 1.00-5.20 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 3.2 ชั่วโมง (SD 1.05) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ใช้เวลา 0.30-3.20 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 1.6 ชั่วโมง (SD 0.64) ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) ใช้เวลา 0.10-1.40 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 0.4 ชั่วโมง (SD 0.42) ส่วนกลุ่มควบคุมเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งออกเป็นระยะ ปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ใช้เวลา 2.50-13.30 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 5.4 ชั่วโมง (SD 2.98) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ใช้เวลา 0.50-5.30 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 2.4 ชั่วโมง (SD 1.10) ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) ใช้เวลา 0.50-1.30 ชั่วโมง และใช้เวลาเฉลี่ย 0.4 ชั่วโมง (SD 0.37) เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยเฉพาะระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) ไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด จำนวน 5 ชุด เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะแก่หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ โดยให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีส่วนร่วมสนับสนุนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เนื้อหาในแผนการสอนจะครอบคลุมตามแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของ Dick-Read (1984) และการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะตามแนวทางของ Kayne และคณะ (2001) แผนการสอนแต่ละชุดประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผล ผู้วิจัยจัดแบ่งเนื้อหาที่สอนออกเป็นหัวข้อย่อยๆ และจัดให้มีการสอนทั้งหมด 5 ครั้ง โดยเริ่มสอนเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ แผนการสอนแต่ละชุดมีเนื้อหาและกิจกรรมดังต่อไปนี้

แผนการสอนชุดที่ 1 สอนเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด บทบาทของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในระยะตั้งครรภ์ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดประกอบด้วย การอยู่ในท่าที่ถูกต้อง และการบริหารร่างกาย

กิจกรรม 1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ภาพพลิก สไลด์ ฝึกลูกบิด ใช้เวลาในการสอน 60 นาที

2. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะพาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามนัด ได้รับความรู้และฝึกลูกบิดร่วมกัน ช่วยเหลือให้กำลังใจ ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ให้ความเอื้ออาทรต่อการฝึกลูกบิด ประสานงานกับบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์

แผนการสอนชุดที่ 2 สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการคลอดปกติ ความเจ็บปวดในระยะคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด

กิจกรรม 1. ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ภาพพลิก สไลด์ ฝึกลูกบิด ใช้เวลาในการสอน 60 นาที

2. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ พาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามนัด ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ช่วยเหลือให้กำลังใจ ช่วยให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ คอยดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ประสานงานกับบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์

แผนการสอนชุดที่ 3 สอนเมื่ออายุ 34-36 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาโดยใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องและเทคนิคการหายใจ

กิจกรรม 1. ผู้วิจัยบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาในการสอน 60 นาที

2. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ พาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามนัด ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ช่วยเหลือให้กำลังใจ ช่วยให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ คอยดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ประสานงานกับบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์

แผนการสอนชุดที่ 4 สอนเมื่ออายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บทบาทของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

กิจกรรม 1. ผู้วิจัยบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาในการสอน 60 นาที

2. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ พาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามนัด ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ช่วยเหลือให้กำลังใจ ช่วยให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ คอยดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ประสานงานกับบุคคลอื่น และบุคลากรทางการแพทย์

แผนการสอนชุดที่ 5 สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมของใช้เพื่อการคลอด การปฏิบัติตนเมื่อมาคลอดพร้อมพาเยี่ยมชมห้องคลอด

กิจกรรม 1. ผู้วิจัยบรรยายและพาเยี่ยมชมห้องคลอด เพื่อให้เห็นสภาพทั่ว ๆ ไปของห้องคลอดและขั้นตอนบริการ

2. ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ พาหญิงตั้งครรภ์มารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามนัด ได้รับความรู้และเยี่ยมชมห้องคลอดร่วมกัน

1.2 ภาพพลิก เรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ประกอบด้วยรูปภาพ และข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอนในข้อที่ 1.1

1.3 คู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะกลับไปอ่านทบทวนและใช้ประกอบการฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่บ้าน โดยเนื้อหาในคู่มือจะสอดคล้องกับแผนการสอนเนื่องจากบุคคลอาจจะมีการเรียนรู้ ไม่เท่ากัน การได้กลับไปทบทวนจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเข้าใจยิ่งขึ้น ขั้นตอนในการดำเนินการจัดทำคู่มือประกอบด้วยการศึกษาเนื้อหาในแผนการสอนรวบรวมและเขียนเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และออกแบบ กำหนดเนื้อหาในคู่มือ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

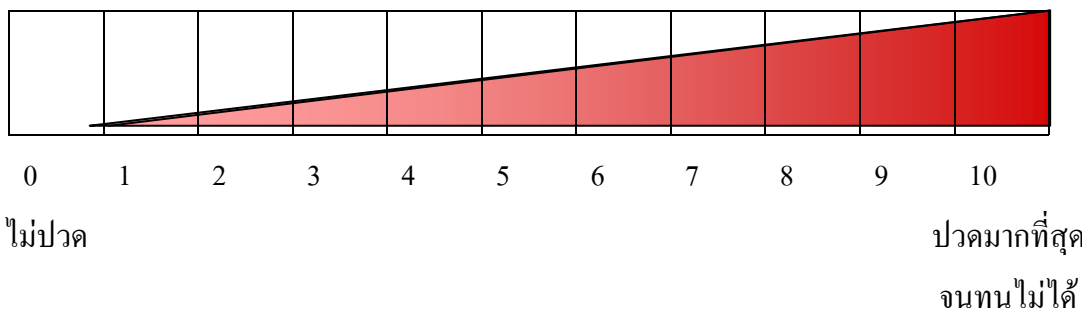
ตอนที่ 2 ขั้นตอนฝึกปฏิบัติ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด ประกอบด้วย การบริหารร่างกาย เทคนิคการลูบหน้าท้อง เทคนิคการหายใจและ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

จากนั้นออกแบบในการนำเสนอเนื้อหาใช้รูปภาพสีสันสวยงาม สื่อความหมายชัดเจน จัดพิมพ์ด้วยตัวอักษรชัดเจน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสนใจง่ายต่อการทำความเข้าใจ และจัดทำรูปเล่มสวยงาม กะทัดรัด สะดวกต่อการพกพา ขนาด 51 หน้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

2.2 มาตรวัดความเจ็บปวดของพรินันด์ สร้างโดยพรินันด์ อุดมถาวรสุข (2528) ใช้วัดระดับความเจ็บปวด จัดลำดับการให้คะแนนระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 0-10 โดยใช้สีแดงแทนความเจ็บปวด และพื้นที่สีแดงเพิ่มมากขึ้นแทนความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าไม่เจ็บปวดเลยจะมีระดับคะแนน 0 จนถึงเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้ มีระดับคะแนน 10 โดยหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ วีรวรรณ ภาษาประเทศ (2541) พบว่า สามารถวัดความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ได้มีความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .97 และจากการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าใช้เวลาในการตอบเพียง 1 นาที เท่านั้น



การแปลผล

คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจากการใช้แบบวัดนี้ได้มาจากการประเมินความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้งคือ เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร เริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และเมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ซึ่งเป็นจุดสิ้นสุดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนแบบสอนแนะเป็นรายบุคคลก่อนหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเข้าร่วมกิจกรรมการคลอด และเมื่อหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 5 โดยใช้แบบวัดความรู้ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เรียนต้องผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ถ้าไม่ผ่านสอนซ้ำในจุดที่ไม่เข้าใจ และประเมินผลจนผ่านเกณฑ์

2. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การวางท่าทางที่ถูกต้อง การบริหารร่างกาย การลดความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการลูบหน้าท้อง การหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประเมินโดยผู้วิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์สิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 5 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หญิงตั้งครรภ์ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 ถ้าไม่ผ่านสอนและฝึกปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลจนผ่านเกณฑ์

3. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ประกอบด้วย ทักษะการลูบหน้าท้อง การหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประเมินโดยผู้วิจัย เมื่อผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 5 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะต้องผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 100 ถ้าไม่ผ่านสอนและฝึกปฏิบัติซ้ำ ประเมินผลจนผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 3 ท่าน พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ครอบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

1.1 แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เนื้อหามีความละเอียดเหมาะสม แต่ให้ปรับแก้ข้อความบางส่วน เพิ่มรายละเอียดของบทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องแทนหญิงตั้งครรภ์ เช่น ท่าทาง การวางมือ ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไข ปรับปรุงแผนการสอนตามคำแนะนำ แล้วนำไปสอนหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครั้ง โดยสอนเป็นรายกลุ่ม มีผู้ฟังจำนวน 5 คู่ ผลปรากฏว่าผู้ฟังมีความเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี

1.2 คู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เนื้อหามีความถูกต้อง เหมาะสม ภาษา และรูปภาพสื่อความหมายได้ชัดเจน การจัดรูปเล่มสวยงาม กระชับและน่าสนใจ

1.3 แบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยข้อสอบแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาถือเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ซึ่งผลการให้คะแนนนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .81

1.4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 21 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาถือเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ซึ่งผลการให้คะแนนนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .95

1.5 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 21 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาถือเกณฑ์ความคิดเห็น

สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ซึ่งผลการให้คะแนนนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .90

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

2.1 แบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปากพ่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คู่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ เท่ากับ .79

2.2 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ผู้วิจัยนำมาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และได้คำนวณหาค่าความเที่ยงของมาตรฐานวัดความเจ็บปวดนี้โดยนำไปวัดกับระดับความเจ็บปวดคู่ขนาน (Parallel test) กับมาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple pain scale) แล้วนำคะแนนที่ได้จากมาตรวัดทั้งสองชุดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยงเท่ากับ .87

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1.1 นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพ่อง เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด

1.2 ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์

กำหนดช่วงเวลาในการศึกษาทดลอง โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และจับฉลากสุ่มวัน ได้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์วันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์ เวลา 07.00 น. ทุกวันอังคาร ศึกษาประวัติหญิงตั้งครรภ์จากสมุดทะเบียน และแฟ้มประวัติการฝากครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์จากเวชระเบียนที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 26-29 สัปดาห์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจครรภ์เรียบร้อยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วยการศึกษาเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และมารดาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

2. หลังจากได้รับความร่วมมือและยินดีจากหญิงตั้งครรภ์แล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำที่สามารถเข้าร่วมการเตรียมการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะนำได้ทุกครั้ง นัดหญิงตั้งครรภ์ครั้งหน้าเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 30-32 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับวันที่มาตรวจครรภ์ตามนัดของโรงพยาบาลและให้นำผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำมาด้วยทุกครั้งในนัดต่อไป โดยผู้วิจัยจัดกลุ่มให้เข้ารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดครั้งละ 5 คู่ ผู้วิจัยทำสัญลักษณ์ติดสติ๊กเกอร์สีเขียวที่มุมบนด้านขวาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

3. ผู้วิจัยจัดทำตารางรายชื่อ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ กำหนดวันนัดการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยศึกษาเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

2. ผู้วิจัยทำสัญลักษณ์ ดิจิตัลเกอร์สีแดงที่มุมบนด้านขวาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ พาหญิงตั้งครรภ์ไปรับการตรวจครรภ์ต่อไป

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 30- 32 สัปดาห์) ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะตามนัด แนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ พูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ และสภาพทารกในครรภ์บอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทดลองพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการทดลอง ประเมินความรู้ก่อนการสอนโดยให้หญิงตั้งครรภ์และมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ทำแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะเป็นรายบุคคลเพื่อประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความรู้และทักษะพื้นฐานเดิมที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ในแผนการสอนอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าผู้เรียนมีพื้นฐานความรู้และทักษะเดิมแตกต่างกันมาก การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอาจไม่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ หากได้รู้ถึงความแตกต่างในพื้นฐานความรู้เดิมของผู้เรียนแต่ละคนแล้วทำการสอนเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้เรียนมีพื้นฐานความรู้และทักษะเท่ากันหรือใกล้เคียงกันเสียก่อน จะช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจากการทดสอบความรู้ก่อนการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ เท่ากับ 6.6 และ 5.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4 ข้อมูลที่ใช้กำกับก่อนการทดลอง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลออด ร่วมกับการสนับสนุนการคลออดแบบสอนแนะก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลออดร่วมกับการ สนับสนุนการคลออดแบบสอนแนะก่อนการทดลอง	\bar{x} (SD)
หญิงตั้งครรภ์	6.6 (2.89)
ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ	5.9 (2.98)

2) ผู้วิจัยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 5 คู่ เรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลออด การสนับสนุนการคลออดแบบสอนแนะ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลออด ประกอบด้วยการอยู่ในท่าที่ถูกต้อง และการบริหารร่างกาย การให้ความรู้เป็นการบรรยายโดยใช้ภาพพลิก สไลด์ และฝึกปฏิบัติ ซึ่งระหว่างการให้ความรู้ผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ให้การเสริมแรงเป็นระยะๆ หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซักถามข้อสงสัยและให้ความสนใจเป็นอย่างดี

3) กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และร่วมฝึกปฏิบัติ โดยผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ แนะนำให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพสบายด้านร่างกาย และการเป็นผู้แทน

4) แจกและแนะนำการใช้คู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลออด

5) แจกบัตรนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 32- 34 สัปดาห์)

ผู้วิจัยทบทวนการเรียนรู้ครั้งที่ 1 พร้อมพูดคุยซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติม หลังจากนั้นดำเนินการสอนตามแบบแผนการสอนชุดที่ 2 เนื้อหาประกอบด้วยกระบวนการคลออด กลไกการคลออดปกติ ความเจ็บปวดในระยะคลออด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ขณะสอนผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเรียนรู้ร่วมกัน ซักถามข้อสงสัย แจกบัตรนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 34- 36 สัปดาห์)

ผู้วิจัยทบทวนการเรียนรู้ครั้งที่ 1 และ 2 พร้อมฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย พุดคุย ซักถาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ดำเนินการสอนตามแบบแผนการสอนชุดที่ 3 เนื้อหาประกอบด้วย เทคนิคการลูบหน้าท้องและการหายใจพร้อมฝึกปฏิบัติ ขณะสอนผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเรียนรู้ร่วมกัน ซักถามข้อสงสัย แจกบัตรนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 35- 37 สัปดาห์)

ผู้วิจัยทบทวนการเรียนรู้ครั้งที่ 2 และ 3 พร้อมฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย เทคนิคการลูบหน้าท้อง การหายใจ พุดคุย ซักถาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม หลังจากนั้นปฏิบัติเช่นเดียวกับครั้งที่ 3 แต่เปลี่ยนเนื้อหาเป็นเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความเจ็บปวดบอบทบาทของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ขณะสอนผู้วิจัยกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเรียนรู้ร่วมกัน ซักถามข้อสงสัย แจกบัตรนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 36- 38 สัปดาห์)

ผู้วิจัยทบทวนการเรียนรู้ครั้งที่ 1, 2, 3, และ 4 พร้อมฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย เทคนิคการลูบหน้าท้อง การหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พุดคุย ซักถาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นแนะนำสถานที่คลอดโดยพาเยี่ยมชมห้องคลอด หลังจากนั้นประเมินทักษะการฝึกปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย ผู้เรียนต้องผ่านประเมินมากกว่าร้อยละ 100 ถ้าไม่ผ่านสอนซ้ำและฝึกปฏิบัติในจุดที่ไม่เข้าใจ ประเมินผลจนผ่านเกณฑ์เมื่อสอนครบ 5 ครั้ง จากการประเมินผลทักษะการฝึกปฏิบัติหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 ในครั้งแรก เมื่อประเมินผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคลทั้งหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ซึ่งการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนเพื่อประเมินว่าผู้เรียนมีระดับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด โดยผู้เรียนต้องผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ถ้าไม่ผ่านสอนซ้ำในจุดที่ไม่เข้าใจ ประเมินผลจนผ่านเกณฑ์ ซึ่งจากการทดสอบความรู้หลังการทดลองพบว่า สามารถผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80 ในครั้งแรกและมีค่าคะแนนเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเท่ากับ 14.8 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบ Paired t-test พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความรู้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะก่อนและหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ Paired t-test

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ	\bar{x} (SD)	<i>t</i>
หญิงตั้งครรภ์		
ก่อนการทดลอง	6.6(2.89)	-12.80***
หลังการทดลอง	14.8(0.52)	
ผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ		
ก่อนการทดลอง	5.9(2.98)	-11.93***
หลังการทดลอง	14.4(0.75)	

*** $p < .001$

หากหญิงตั้งครรภ์ยังไม่คลอด ผู้วิจัยยังคงพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดฝากครรภ์ปกติ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาสงสัย ไม่แน่ใจ การพบหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์สิ้นสุดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี พุดคุยทักทาย พาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมไปรับการตรวจครรภ์ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลขณะให้บริการตรวจครรภ์ แล้วพาหญิงตั้งครรภ์ และ/หรือมารดาไปรับการสอน คำแนะนำ การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ โดยให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มของผู้ที่อยู่ในไตรมาสเดียวกัน กลุ่มละ 15 คน ใช้เวลา 60 นาที ลักษณะการสอนเป็นแบบบรรยาย มีเนื้อหาประกอบด้วย การสังเกตและการนับการดิ้นของทารก การเตรียมของใช้ต่างๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด และหลักฐานสำคัญที่ต้องนำมาโรงพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เช่น

บัตรประจำตัวผู้รับบริการ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประชาชน สมุดบันทึกสุขภาพของมารดาและทารก

2. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดฝากครรภ์ปกติ การพบหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์สิ้นสุดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะเจ็บครรภ์

1. เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เริ่มเจ็บครรภ์และมาถึงห้องคลอด เจ้าหน้าที่ห้องคลอดเป็นผู้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

2. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและผู้สนับสนุนแบบสอนแนะใช้เวลาขณะที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ อธิบายและขอความร่วมมือเกี่ยวกับการบอกระดับความเจ็บปวดในมาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ ซึ่งทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

3. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสอบถามประเมินการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเตรียมตัวเพื่อการคลอด ทบทวนความรู้เรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง สนับสนุนกิจกรรมสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ อธิบายและขอความร่วมมือเกี่ยวกับการบอกระดับความเจ็บปวดในมาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์

4. เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดลงบนแบบวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ 2 ครั้ง คือ เมื่อปากมดลูกเปิด 4 และ 8 เซนติเมตร หลังจากมดลูกคลายตัว

5. เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 4 ประการ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้การสนับสนุนโดยการพูดคุย ปลอบประโลม จับมือ สัมผัสให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ตลอดเวลา 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการแนะนำและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการหายใจหรือการลูบหน้าท้องหรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และสามารถกระทำได้ถูกต้องเนื่องจากได้รับการสอนพร้อมหญิงตั้งครรภ์และผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการปฏิบัติหลังการสอนในครั้งที่ 5 ร้อยละ 100 3) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย โดยการจัดให้ออนในท่าสบายเหมาะสม การนวดสัมผัส และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ โดยการช่วยและกำกับหญิงตั้งครรภ์ใน

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การดูหน้าท้อง และช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องใช้ต่าง ๆ ในการวิจัยนี้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสามารถให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี

6. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยทำการสอนหญิงตั้งครรภ์จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ รวมการสอนทั้งหมด 20 ครั้ง

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ภายหลังได้รับการแนะนำตน บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายว่า ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในระยะคลอดให้มีประสิทธิภาพ ระหว่างการวิจัยหญิงตั้งครรภ์จะไม่ได้รับขอร้องบังคับใดๆแต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือด้วยการใช้ยาระงับปวด การวิจัยยุติลงทันที และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลตามปกติต่อไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนไม่ได้รับขอร้องบังคับใดๆ

การจัดการข้อมูล (Data management) และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มาจัดให้อยู่ในระเบียบวิธีที่เหมาะสม และพร้อมที่จะนำไปวิเคราะห์หาคำตอบตามปัญหาการวิจัย ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลดิบที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล ได้กระทำทันทีหลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละวัน เพื่อติดตาม แก้ไข ปรับข้อมูลที่ผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยพบว่าการลงข้อมูลไม่ครบถ้วนในบางส่วน เช่น ตอบไม่ครบ ผู้วิจัยได้สอบถามเพิ่มเติมพร้อมสอบถามเหตุผลในการไม่ตอบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดคล้มตอบ ผู้วิจัยจึงขอให้ตอบจนครบถ้วน

2. ลงรหัสเพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกในการนับและทำตาราง เช่น ใช้รหัสตัวเลขกลุ่มว่า กลุ่มทดลองเท่ากับ 1 และ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2

3. ร่างตารางสถิติและค่าสถิติที่ต้องการหรือตารางเปล่า (Dummy table) คือการทำตารางสถิติที่ต้องการวิเคราะห์โดยมีสดมภ์ (Column) และแถว (Raw) แต่ไม่มีตัวเลขกรอกอยู่เท่านั้น การทำตารางสถิติจะทำโดยตรงจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS
5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะข้อมูล เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติพารามตริกเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ตัวแปรหรือประชากรที่นำมาวิเคราะห์จะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงในการทดสอบการแจกแจงปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov - Smirnov ผลปกติ (K-S Z 0.95, $p > .05$ และ K-S Z 1.11, $p > .05$) วัดในระดับช่วง (Interval scale) และมีความแปรปรวน (Variance) ของประชากรเท่ากัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical Package Social Science) ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) แจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกแต่ละข้อตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะ และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ตามปกติโดยอาชีพและระดับการศึกษา ใช้การทดสอบไคสแควร์ ส่วนอายุและรายได้ใช้สูตรทดสอบค่าที (Independent t-test)

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic)

- 2.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้กำกับการทดลอง โดยเปรียบเทียบคะแนนแบบทดสอบก่อนและหลังการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะ โดยใช้สูตรทดสอบค่าที (Paired t-test) ซึ่งการวัดประเมิณผลก่อนและหลังการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะ ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะทำแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนการคลอด้แบบสอนแนะก่อนการเรียนการสอนเพื่อประเมิณและมุ่งหาความรู้พื้นฐานเดิม และวัดประเมิณผลหลังการเรียนการสอนเพื่อประเมิณเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะต้องผ่านเกณฑ์ประเมิณมากกว่าร้อยละ 80 หากหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้เป็นอย่างดี จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อย่างถูกต้อง ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะรู้บทบาทหน้าที่

สามารถสนับสนุน ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ลดลง ในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในครั้งที่ 5 หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะผ่านเกณฑ์ประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ในครั้งแรก

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ 2 ครั้ง ที่ระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร และ 8 เซนติเมตร โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) ผลการวิเคราะห์นำเสนอในบทที่ 4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะ ปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุน การคลอดแบบสอนแนะนำกับหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการ คลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะนำ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อ การคลอดตามปกติ กลุ่มละ 20 คู่ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการ คลอดแบบสอนแนะนำ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติเสนอในตารางที่ 6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ เสนอในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ ที่ระยะปากมดลูกเปิด 4 และ 8 เซนติเมตร โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ Independent t- test

ระยะคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t
	\bar{x} (SD)	Range	\bar{x} (SD)	Range	
ระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร	5.4(1.18)	4-7	6.7(1.46)	4-10	-3.09**
ระยะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร	9.0(0.97)	7-10	9.8(0.52)	8-10	-3.24**

** $p < .01$

จากตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ เท่ากับ 5.4 และ 6.7 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตรของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ เท่ากับ 9.0 และ 9.8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การอภิปรายผลนำเสนอในบทต่อไป

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะ ต่อความเจ็บปวดของการคลอດในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอດในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะกับหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอດตามปกติ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอດที่โรงพยาบาลปากพอง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงครรภ์แรก จำนวน 40 คู่ จัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีจับสลากสุ่มวัน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenient Sampling) ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้เข้าเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะ จำนวน 20 คู่ และเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอດตามปกติ 20 คู่ โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องกลุ่มอายุเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีการรับรู้ความรุนแรงจากความเจ็บปวดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก และเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นตามพัฒนาการของวัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะ ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอດจำนวน 5 ชุด ภาพพลิกประกอบด้วยรูปภาพ และข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอน คู่มือสำหรับหญิงตั้งครรภ์และมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการคลอດของ Dick-Read (1984) กับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะของ Kayne และคณะ (2001) หลังจากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารกจำนวน 3 ท่าน พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลห้องคลอດ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา เนื้อหามีความละเอียดเหมาะสม แต่ให้ปรับแก้ข้อความบางส่วน ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไข ปรับปรุง แล้วนำไปสอนหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คู่ ผลปรากฏว่าผู้ฟังมีความเข้าใจในเนื้อหาเป็นอย่างดี

ส่วนเครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของ Dick- Read (1984) กัมกับการสนับสนุนการคลอดของ Kayne และคณะ (2001) หลังจากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ นำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ก่อนและหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ Paired t- test ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ผู้วิจัยประเมินหญิงตั้งครรภ์ใน ครั้งที่ 5 ของการเรียนรู้ หญิงตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 ผู้วิจัยประเมินผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในครั้งที่ 5 ของการเรียนรู้ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ (2528) ผู้วิจัยนำมาตราวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และคำนวณหาความเที่ยงโดยนำไปวัดกับระดับความเจ็บปวดคู่ขนานกับมาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย นำคะแนนที่ได้จากทั้งสองชุดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละและใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 10 เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 2 ครั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4 และ 8 เซนติเมตร โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ Independent t- test ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร และ 8 เซนติเมตร สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

หญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ ผู้วิจัยได้จัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทำโดยการจับคู่ (Matching) โดยใช้ตัวแปรกลุ่มอายุ โดยแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สำหรับระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพไม่นำมาจับคู่เนื่องจากไม่มีความแตกต่างของประชากรในลักษณะระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพ จากการศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลปากผนังย้อนหลัง 1 ปี พบว่าประชากรมีระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 89 และมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 80 ส่วนผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซึ่งเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ไม่นำมาจับคู่เนื่องจากไม่มีความแตกต่างของประชากรที่ศึกษาในลักษณะ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ จากการศึกษาลักษณะกลุ่มตัวอย่างนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในลักษณะระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ส่วนผู้สนับสนุนแบบสอนแนะซึ่งเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในลักษณะอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เช่นกัน ผลการศึกษานำมาอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะกับหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ พบว่า

1. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมีความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01
2. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะมีความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า ระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรเป็นจุดเริ่มต้นของระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่มีการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งนาน 45-50 วินาที มีความถี่ทุก 4 นาที และมีความรุนแรงระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความเจ็บปวดในระยะนี้มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.4 (SD 1.18) ในกลุ่มทดลอง และ 6.7 (SD 1.46) ในกลุ่มควบคุม

ตามลำดับ ส่วนระยะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร เป็นจุดสิ้นสุดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกหดตัว แต่ละครั้งนาน 50-60 วินาที ความถี่ทุก 3 นาที ความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งในทางปฏิบัติถือว่ามดลูกหดตัวดี ผลการศึกษาพบว่า ความเจ็บปวดขณะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.00 (SD 0.97) และ 9.80 (SD 0.52) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลอง รายงานความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีความทนต่อความเจ็บปวดมากกว่า แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสม ใช้กลไกการป้องกันตนเองถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ และเทคนิคการลูบหน้าท้อง ได้อย่างดี และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกและตามการเปิดขยายของปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และทำให้ร่างกายหลั่งสารอะดรีนาลิน (Adrenaline) และสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ซึ่งสารเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานของปากมดลูกและระยะเวลาการคลอด โดยมีผลลดการบีบตัวของมดลูกทำให้การหดตัวของมดลูกมีไม่เพียงพอที่จะทำให้มดลูกขยายตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดระยะเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวล และกลัวการคลอดมากขึ้น การยอมรับในความเจ็บปวดลดลง เป็นสาเหตุทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะทำให้ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกน้อยกว่าการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ เนื่องจากหญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของ Dick-Read (1984) ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด การควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นการให้ความรู้สอดคล้อง และสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาความรู้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา ตรีเนตร (2544) ที่พบว่า การได้รับความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดทำให้ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการให้ความรู้ที่คืบหน้าจะต้องให้

ตรงกับความต้องการของผู้เรียน โดยที่ Moor (1983:260) กล่าวว่า ในระยะที่สามของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะมีความสนใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การเตรียมตัวเป็นมารดา มีความกลัวเกี่ยวกับการคลอด สภาพของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Holmes และ Magiera (1987: 300) ที่กล่าวว่า ความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดที่หญิงตั้งครรภ์กลัวมากที่สุดคือกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด การได้รับความรู้อย่างเพียงพอจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Lavender et al., 1999: 40- 46) ทำให้เห็นว่าการคลอดเป็นกระบวนการปกติ (Hallgren et al., 1995: 130- 137) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงเป็นการให้ความรู้และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความเจ็บปวดลงได้

ส่วนการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการคลอด ประกอบด้วย การฝึกบริหารร่างกาย เพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อ ข้อต่อรวมทั้งระบบต่าง ๆ ทำงานดีขึ้น ร่างกายสดชื่น บรรเทาอาการเมื่อยล้า ความไม่สุขสบายต่าง ๆ โดยเฉพาะระยะใกล้คลอดส่งเสริมให้กล้ามเนื้อแข็งแรงพร้อมสำหรับทำหน้าที่ในระยะคลอด (Reeder, et al., 1983: 343) กล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อหน้าท้อง ทรวงอกแข็งแรง กล้ามเนื้อช่องคลอดและฝีเย็บมีการยืดหยุ่น ยืดขยายได้ดีมากขึ้น ช่วยให้การนิกลูกและการทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ มีน้อยลง เป็นการลดการกระตุ้นพลังประสาทจากไขประสาทขนาดเล็ก การใช้เทคนิคต่างๆ ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เช่น การใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องเป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลให้พลังประสาทจากไขประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากไขประสาทขนาดเล็ก ทำให้ระบบควบคุมประคูดุที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีพลังประสาทความเจ็บปวดขึ้นไปสู่สมองหรือถ้ามีก็เพียงเล็กน้อย ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง ระดับความเจ็บปวดลดลงสำหรับเทคนิคการหายใจ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของหญิงตั้งครรภ์ออกจากกรเจ็บครรภ์ ความเจ็บปวดจะมีมากหากความสนใจจดจ่อกับบริเวณที่ปวด การเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ เนื่องจากเป็นการยับยั้งพลังประสาทจากก้านสมอง โดยการได้รับประสาทสัมผัส (Sensory input) อย่างเพียงพอ มีผลให้ระบบควบคุมประคูดุไขสันหลังปิด ไม่สามารถส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปที่สมองให้รับรู้ความเจ็บปวดได้ (Reeder & Martin, 1987: 500) หรือตามทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายในเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความเจ็บปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เทคนิคการหายใจยังช่วยเพิ่มออกซิเจนให้แก่มารดาและทารกในระยะที่มดลูกหดตัว เกิดความสมดุลของจำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย ลดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง (Gorrie et al., 1994: 251) ส่วนเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เนื่องจากการหดตัวของมดลูก มีผลเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตึงเครียด และมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงย้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางและไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงเครียดมีมากขึ้น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะมีผลในการขัดขวางต่อการย้อนกลับนี้ ระดับความตึงเครียดต่างๆ จะลดลง ทำให้การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นก็ลดน้อยลงด้วย เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลายหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกสบาย ความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสตรีร้อยละ 88 ยอมรับว่าการผ่อนคลายเป็นวิธีในการช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีถึงดีมาก (Chamberlain, 1983 cited in Reeder et al., 1997)

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ และได้รับการสนับสนุนการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจากมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตามแนวทางการสนับสนุนแบบสอนแนะของ Kayne และคณะ (2001) 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะให้การสนับสนุนโดยการพูดคุย ปลอบประโลม สัมผัส ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ตลอดเวลา 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการแนะนำ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการหายใจ หรือการลูบหน้าท้อง หรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้อง จากการศึกษาการให้ความรู้ในผู้สนับสนุนแบบสอนแนะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การสนับสนุนทางด้านร่างกาย สนับสนุนโดยการจัดให้นอนในท่าสบาย เหมาะสม นวดสัมผัส และ 4) การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ โดยการช่วยและกำกับ หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการสนับสนุนทั้ง 4 ประการนี้ ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเนื่องจากการได้รับการสอนพร้อมหญิงตั้งครรภ์ และผ่านเกณฑ์ประเมินทักษะการปฏิบัติหลังการสอนในครั้งที่ 5 ร้อยละ 100 และการได้รับการสนับสนุนเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง การได้รับการสนับสนุนจากมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการพามาฝากครรภ์และมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะต่างๆ ในชั้นเรียนจนมาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดลดลง (Gorrie et al., 1994: 254) การแนะนำให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การเป็นผู้แทนของหญิงตั้งครรภ์ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อควบคุมความเจ็บปวดได้อย่าง เหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายอารมณ์และความเจ็บปวดลดลง (Pillitteri, 1995: 532) การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย การสัมผัส เช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกาย

ส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการอยู่ในท่าที่เหมาะสม ท่าศีรษะสูง (Upright position) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของทารกจะทำให้ระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอตัวลง ความเจ็บปวดลดลง (Simpson และ Greehan, 1996: 160) การสัมผัสทำให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาท โดยไปกระตุ้น โยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการปิดประตูตามทฤษฎีควบคุมประตู ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การสัมผัสสามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคลทำให้เกิด ความสุขสบาย ความพึงพอใจ จากการศึกษาของ Schuiling & Sampsel (1999: 77-81) พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลให้มีความสุขสบายในระยะเจ็บครรภ์ จะทำให้มีการใช้ยาระงับความเจ็บปวดระหว่างคลอดลดลง ความเจ็บปวดลดลง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลลดการกระตุ้น โยประสาทขนาดเล็กทำให้ประตูปิด สัญญาณความเจ็บปวดจึงไม่ถูกส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังสมอง หรือส่งไปได้น้อยทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด หรือเกิดการรับรู้เพียงเล็กน้อย ความเจ็บปวดลดลง

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยแบ่งเนื้อหาการสอนออกเป็น 5 ครั้ง ในการสอนแต่ละครั้งกำหนดสิ่งที่ต้องการให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำเกิดการเรียนรู้คือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสอน เนื้อหา วิธีการสอนที่เหมาะสม ตลอดจนการประเมินผลที่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนให้ความรู้โดยการบรรยายตามเนื้อหา ใช้ภาพพลิกและคู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำ สอดคล้องกัน เนื้อหา ภาษา เข้าใจง่าย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำมีการเรียนรู้ได้ดี และใช้วิธีสาธิต ฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย เทคนิคการลูบหน้าท้อง เทคนิคการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการสนับสนุนแบบสอนแนะนำจากมารดาในการพามารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามกำหนดเวลา และมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนตลอดจนช่วยสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอที่บ้าน มีการจัดการเรียนการสอนในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ ช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์สนใจเกี่ยวกับการคลอด ทำให้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ และได้จัดเตรียมสถานที่สำหรับการสอนในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนแบบสอนแนะนำไว้อย่างเหมาะสมปราศจากบุคคลอื่นหรือเสียงรบกวนต่าง ๆ

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมาจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะนำที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนำให้มีความพร้อมก่อนคลอดตามแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของ Dick-Read (1984) และแนวทางการสนับสนุน การคลอดแบบสอนแนะนำของ Kayne และคณะ (2001) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด มีทัศนคติที่ดีต่อ

การคลอด มีการฝึกปฏิบัติการเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถนำเทคนิคต่าง ๆ ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดลงได้ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ จะได้รับการสอนและคำแนะนำตามปกติ ไม่มีการเตรียมพร้อมทั้งตัวผู้สอน เนื้อหาที่สอน ผู้เรียน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ เกิดการเรียนรู้ไม่ครบถ้วน ไม่ได้ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการลดความเจ็บปวด เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร้องเอะอะโวยวาย ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะไม่ทราบบทบาทการสนับสนุนที่ถูกต้องส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ ไม่สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดลงได้

การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ และมารดาซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ควบคุมความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ รู้บทบาทหน้าที่ สนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย วีระกุล และคณะ (2534) และ ประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ (2544) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการคลอดสูงจะมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงทำให้มีระดับความเจ็บปวดในการคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดต่ำ

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนแบบสอนแนะ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามปกติ ผู้วิจัยพบว่า ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรและ 8 เซนติเมตร กลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Charles และคณะ (1978) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีจำนวนการได้รับยาระงับปวดและใช้ยาระงับความรู้สึกน้อยกว่ามีการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Winslow และ Jacobson (1999) ที่ศึกษาประโยชน์ของกลุ่มทดลอง ที่มีผู้ดูแลสนับสนุนช่วยเหลือตลอดเวลาลดพบที่ใช้เวลาในการคลอดลดลง ความเจ็บปวดระยะคลอดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Madi และคณะ (1999) ที่ศึกษาผลการสนับสนุนของเพศหญิงของครอบครัวที่มีต่อการคลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่าความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ วัสนิกา เผือกโสมภณ (2539) ที่พบว่า หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการศึกษาของ

สุจินดา ตรีเนตร (2544) ที่พบว่า ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอด ทำให้ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ สามารถลดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้ ดังในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอด ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ทั้งนี้เพื่อลดความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่าเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะทราบบทบาทหน้าที่และให้การสนับสนุนอย่างถูกต้องเหมาะสม และทำให้ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ลดลง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เสนอโปรแกรมการเตรียมเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อผู้บริหารจะได้ให้การสนับสนุนในการจัดบริการการเตรียมตัวเพื่อการคลอดขึ้น รวมทั้งการให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ เอกสาร ต่างๆ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

2. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเข้าใจตรงกัน เห็นความสำคัญและจะได้นำความรู้จากการอบรม ไปใช้ในการดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

3. ใช้จุดเน้นของความต่อเนื่องโดยมีการประสานงานที่ดี ระหว่างหน่วยฝากครรภ์กับห้องคลอด เพื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษา

จัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงบทบาทอิสระของพยาบาล และเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการให้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่เน้นการสนับสนุนแบบสอนแนะในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ โดยปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม และหากเป็นไปได้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น
2. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในกลุ่มอื่น เช่น ในสามีหรือบุคคลในครอบครัวกลุ่มอื่น โดยปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม
3. ควรมีการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นที่เกี่ยวกับการลดความเจ็บปวดระยะคลอด เช่น การฟังดนตรี การนวด การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้สามารถลดความเจ็บปวดระยะคลอดได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2538). สตรีและสิทธิในฐานะผู้ให้และผู้รับบริการด้านสุขภาพ.

สารสภากาพยาบาล 10(4): 18-28.

จันทิรา ภาวิไล. (2542). การวิเคราะห์งานเพื่อพัฒนาบริการพยาบาล เรื่องความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยภาคเหนือ 5: 2-9.

จารุวรรณ รังสียานนท์. (2540). ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา บ้านแก่ง. (2533). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย.

เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth Promotion). พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: แพรการพิมพ์.

ณวิวรรณ อยู่สำราญ. (2533). ผลของการจัดทำนอนต่อระยะเวลาของการคลอด ความพึงพอใจของผู้คลอดต่อท่าคลอดและสภาวะของทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชมพูนุช โสภากาจารย์ และสุชาดา รัชชกุล. (2545). ความวิตกกังวลของผู้ที่จะเป็นพ่อแม่ในระหว่างการตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 14(3): 1-10.

ทศมา โรจนประดิษฐ์ มาลี เลิศวงศ์ และอรพินธ์ เจริญผล. (2542). การสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 1(1): 41-48.

นครชัย เพื่อนปฐม. (2538). ความเจ็บปวด. สงขลา: โรงพิมพ์ไทรย่นา.

นิจ์สากร นิ่งคลา. (2546). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นवलสกุล แก้วลาย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุศริน เอี้ยวสีหยก. (2545). ผลของการไต่ช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย
 ศัลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจรัตน์ ชยเสถียร และคณะ. (2542). ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรม
 การเผชิญความเจ็บปวดระยะของการคลอด และคะแนนแอปการ้งของทารกแรกเกิดของ
 สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 17(2): 54- 63.
- ประทุมพร เพ็ชรจริง ละมัย จีรกูล บุญยารังสี ผกา สุขเจริญ และสุทธิพร พรหมจันทร์. (2544).
 ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ
 คลอดในมารดาครรภ์แรก. วารสารสภาพยาบาล 2(3): 25- 36.
- ประนอม ภูศรีทอง อรรถภา พูลศิลป์ สุนีย์ รัชฎาวรรณพงศ์ และทัศนีย์ พุกษาชีวะ. (2546).
 ความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากนักศึกษา
 พยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารการศึกษาพยาบาล 14: 71-72.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิงสุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ
 สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประสิทธิ์ วิเศษสุกการ. (2546). ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและปัจจัยที่พบร่วม
 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 27 (2): 87- 95.
- ปิริยา ศุภศรี. (2540). การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริม
 กรุงเทพ.
- พงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล. (2543). วิสัยทัศน์วิทยาทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาวิสัญญี
 วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. (2528). ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญ
 ความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณิภา รักษ์กุล. (2537). ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญ
 ความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2542). กว่าจะเป็นแม่ คู่มือตั้งครรภ์
 คุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2536). สถิตินอนพาราเมตริกเพื่อการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2.
สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- มณีรัตน์ สุกโชติรัตน์. (2534). คลอดง่าย: คู่มือการเตรียมร่างกายและจิตใจไว้คลอดบุตร. ภาควิชา
จิตวิทยาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยือน ตันนิรันดร. (2544). เวชศาสตร์มารดาและทารก. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. (2530). ผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช ต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์กับสภาพระหว่างมารดาและทารก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละมัย วีระกุล และคณะ. (2534). เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความ
เจ็บปวดระยะคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึก
เตรียมคลอดโรงพยาบาลพะเยา. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ลัดดาวัลย์ จิตรขาว. (2542). ผลของการได้ยาระงับปวดของแม่ขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่ง ของ
การคลอดต่อพฤติกรรมและระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกใน
ระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2546). ความปวด : ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติใน
เอกสารการประชุมวิชาการการจัดการกับความเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง.
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัฒนา ศรีพจนารถ. (2545) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ : แบบแผนสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วันทนา ศรีทับทิม. (2543). Meconium Aspiration Syndrome & Pathumtani hospital.
วารสารวิชาการเขต 1 2 (2): 75 – 83.
- วัสนิกา เผือกโสมณ. (2539). ประสิทธิภาพของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนา
ความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิภาวี ตั้งธรรมนิยม. (2544). ผลกระทบของเพชดินที่มารดาได้รับก่อนคลอดต่อสรีรวิทยา และพฤติกรรมทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ. (2541). ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดา และเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2542). ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิวาพร พานเมือง. (2546) ความรู้สึที่มีคุณค่าต่อตนเอง การสนับสนุนจากมารดากับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 4(3) : 25-29.
- สุกัญญา ประจุศิลป์. (2547). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกชั้นสูง 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา สังฆสุวรรณ. (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ ระยะเวลาในระหว่างที่หนึ่งของการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. พยาบาลทหารบก 1(2): 50-55.
- สุจินดา ตรีเนตร. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิตต์ ศรีสุพรรณราช. (2519). การคาดคะเนกำหนดคลอดและการจับอาการหดตัวของมดลูกด้วยมือทางหน้าท้องของผู้ตั้งครรภ์. วารสารกรมการแพทย์ 1: 4-18.
- สุปราณี อัทธเสรี ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร. (2533). การศึกษาผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพิศ รุ่งเรืองศรี และฉวี เบาทรวง. (2537). ผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. *พยาบาลสาร* 21(4): 18- 25.
- อรุณี ลำเกาทอง. (2538). การเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนของครูประถมศึกษาโดยใช้กระบวนการฝึกอบรมแบบเน้นการสอนแนะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี และสุชาดา รัชชกุล. (2546). การสนับสนุนทางการพยาบาลในการคลอดของหญิงครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 15 (2): 11- 19.
- อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา เชื้อหอม. (2543). การเตรียมครอบครัวเพื่อการคลอด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุษา เชื้อหอม. (2544). การเตรียมครอบครัวเพื่อการคลอด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาษาอังกฤษ

- Adachi, k., Shimada, M, & Uai, A. (2003). The relationship between the parturient 's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research* 52(1): 47-51.
- Barbara, S. (1984). Control of pain in labor. *Nursing Mirror* 7: 31-33.
- Bonica, J. J. (1994). **Text book of pain**. 3rd ed. Churchill Livingstone : Longman.
- Boss, B. J. (1992). Nursing assessment and role in management: Pain, In S.M. Lewis & I.C. Collier. (Eds). **Medical- surgical nursing: Assessment and management of clinical problems**. St. Louis: Mosby Year Book.
- Bourdonnais, F. (1981). Pain assessment : development of tool for the nurse and the patient. *Journal and Advanced Nursing* 6: 277-282.
- Bowsher, D. (1978). Pain : pathways and mechanisms. *Anesthesia* 33: 935-944.
- Charles, A.G. et al., (1978). Obstetrics and psychological effects of psycho prophylactic preparation for childbirth. American. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 131: 44-52.
- Callister, L. C. (1993). The role of the nurse in childbirth: Perceptions of the childbearing women. *Clinical Nurse Specialist* 7: 288-293.

- Carter, J. H. (1992). Coaching nurses effectively. **Nursing** 11: 109-117.
- Cecillia, B. M., Sandall, J. Bennett, R. & Macleod, C. (1999). Effects of female relative support in labor: A Randomized Controlled Trial. **Birth** 26: 5-8.
- Chapman, L. R., & Shyrijala, K. L. (1990). Measurement of pain. In J.J. Bonica et al. (Eds). **The management of pain** pp. 580-594. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Clark, A. L., Affonso, D. D. & Harris, T. R. (1979). **Childbearing: A Nursing Perspective**. 2 nd ed. Philadelphia: R. A. Davis.
- Clarke, E. B., and Spross, J. A. (1996). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross and C. M. Hanson. (Eds). **Advance Nursing Practice: An integrative approach** pp. 139- 164. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Dick – Read, G. (1984). **Childbirth without fear**. New York: Hoper and Rows.
- Dodson, M. E. (1985). **The management of postoperative pain**. London: Edward Arnold.
- Dovorce, N. (1990). Maternal Psychosocial Adaptations to High Risk Pregnancy. In K. Buckley & N. W. Kulb. (ed.). **High Risk Maternity Nursing Manual**. Maryland: Williams& Wikins.
- Feldman, H. R. (1991). Pain In M. L. Patrick et al. (Eds). **Medical- surgical nursing: Path physiological concepts** pp. 32- 115. Philladelphia: J. B. Lippincott.
- Fridh, G. et al. (1988). Factors Associated with More Intense labor Pain. **Research in Nursing & Health** 11: 117-124.
- Gambling. D. R. et al. (1998). A randomized study of combined spinal- epidural analgesia versus intravenous meperidine during labor: impact on cesarean delivery rate. **Anesthesiology** 89: 1336- 1344.
- Gorrie, T. M., Mckinney, E. S. & Murray, S. S. (1994). **Foundation of maternal newborn nursing**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Grealish, L. (2000). The skill of coach are on essential element in clinical learning. **Journal of Nursing Education** 39(5): 231- 233.
- Hair, J. F., Anderson, R.E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). **Multivariate data analysis**. 5 th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hallgren, A. Kihlgren, M., Norberg, A. & Forslin, L. (1995). Women’s perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. **Midwifery** 1: 130- 137.

- Hassid, P. (1984). **Textbook for Childbirth Educators** 2 nd ed. Philadelphia: J. B. Lipincoot.
- Holmes, J., and Magiera, L. (1987). **Maternity and Nursing** . New York: Macmillan.
- Hughes, J. (1975). Lotation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine. **Brain Research** 88: 295- 308.
- Humenick, S. S., Shrock, P. & Libresco. (2000). Relaxation. In F.H. Nichols & S. S. Humenick. (Eds). **Childbirth education: Practice research and theory**. 2 nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jacox, A. X. (1977). **Pain: A source book for nurses and health professional**. 5 th ed. Boston: Little Brown.
- Jensen, M. D. et al. (1981). Benson, R. C. & Bobak, I. M. **Maternity care**. 2 nd ed. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Jimenez, S. L. M. (2000). Comfort and pain management. In F. H. Nichols & S. S. Humenice. (Eds). **Childbirth education: Practice research and theory**. 2 nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Johnson, M. (1977). Assessment of clinical pain. In A.K. Jacox . (Eds). **Pain: A source book for nurses and other health professional**. 5 th ed. pp. 139-166. Boston: little Brown.
- Kan, R. E. et al. (1998). Intravenous remifentanyl: placental transfer, maternal and neonatal effects. **Anesthesiology** 88: 1467- 1474.
- Kartchner, F. D. (1950). A study of emotional reactions during labor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 60: 19- 29.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B. & Albers, L. L. (2001). Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clinical Obstetrics and Gynecology** 44 (4): 692- 703.
- Kennell, J. et al. (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. **The Journal of the American Medical Association** 265(17): 2197- 2201.
- Ladewig, P. W., London, M. L., & Olds, S. B. (1994). **Essentials of Maternal- Newborn Nursing**. 3 rd ed. California Cummings Publishing Company.
- Ladewig, P. W., London, M. L. Moberly, S. M., & Olds, S. B. (2002). **Contemporary Maternal- Newborn Nursing Care**. 5 th ed. New Jersey. Pearson Education.

- Lavender, T., Walkinshaw, A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women 's view of factors contributing to a positive birth experience. **Midwifery** 15: 40-46.
- Leaderman, E. et al. (1981). Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 956- 958.
- Leifer, G. (1999). **Thompson's introduction to maternity and pediatric nursing**. 3 rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Light, H. K., & Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. **American Journal of Obstetric and Gynecology** 118: 45- 50.
- Lowdermilk, D. L., Perry. S. E., & Bobak, I. M. (2000). **Maternity women's Health Care**. 7 th ed. St. Louis. Mosby.
- Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: The Importance of maternal confidence. **Research Nursing & Health** 12: 237- 245.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self efficacy concept. **JOGNN** 20: 457- 463.
- Lowe, N. K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. **Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing** 25(1): 85-92.
- Luckmann, J., & Sorensen, K. C. (1987). **Medical-surgical nursing : A psychobiologic Approach**. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R. & Macleod, C. (1999). Effects of female relative support In Labor: A Randomized Controlled Trial. **Birth** 26: 4- 8.
- Mandario, M., & Beldek, V. M. (1984). Effect of modeling and information. On reaction to pain: A childbirth preparation analogue. **Nursing Research** 33: 9- 10.
- Manniag, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacies expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. **Journal of Personality and Social Psychology** 45: 421- 431.
- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1993). Self-efficacious expectancies outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. **Journal of Personality and Social Psychology** 45: 421- 431.
- Martin, L.L. & Reeder, S. J. (1991). **Maternity nursing family- centered care**. Philadelphia: J.B. Lippincott.

- McCaffery, M. (1972). **Nursing Management of the Patient with Pain**. 2 nd ed. Philadelphia: R.A. Davis.
- McCaffery, M. (1979). **Nursing Management of the Patient with Pain**. 2 nd ed. Philadelphia: R.A. Davis.
- Mcquire, D. B. & Sheidler, V.R. (1990). Pain in Susan L. Ciroenwald, M. Magret Trogge, and G. Michelle. (ed). **Cancer Nursing principles and practice**. 2 nd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Melson, K. A., Jaffe, M. S., Kenner, C. & Amlung, S. (1999). **Maternal- Infant care planning**. 3 rd ed. Pennsylvania: Springhouse.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism:A new therapy. **Science** 89:971-979.
- Moore, M. L. (1983). **Realities in Child Bearing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Pert, C.B., & Synder, S. H. (1973). Opiate: receptor : Demonstration in nervous tissue. **Science** 179: 577-579.
- Pillitteri, A. (1995). **Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing family**. 2 nd ed. New York: J.B. Lippicott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). **Nursing r3esearch: Principles and method**. 3 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Price, D. D. & Harkin, S. W. (1992). Psychophysical approaches to pain measurement. In D.C. Turk, R. Melzack. (Eds). **Handbook of pain assessment**. New York: The Guilford Press.
- Pugh, L.C., Miligan, R.A., Gray, S., & Strickland, O. L. (1998). First stage labor management: An examination patterned breathing and Fatigue. **Birth** 25: 241- 245.
- Puntillo, K. A. (1993). Pain In M.R. Kinney, D.R. Packa, S.B. Dunbar. (Eds). AACN's **Clinical Reference for critical Care Nursing** . 3 rd ed. St Louis: Mosby.
- Reeder, S. R. & Martin, L. L. (1983). **Maternity Nursing**. 15 th ed. Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Reeder, S. J, Martin, L. L. (1987). **Maternity Nursing: Family Newborn, and Women's Health Care**. 17 th ed. Philadelphia: J.B. Lippicott
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (1997). **Maternity-Nursing: Family Newborn, and women heath care**. 18 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rush, J. et al. (1996). The Effects of whirlpool Bath in labor: A Randomized controlled trial. **Birth** 23 (3): 136- 143.

- Schuling, K. D. & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in labor and Midwifery Art. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 31(1): 77- 81.
- Sethaputra. (2540). **New model english- thai dictionary**. Bangkok: Thaiwattanapanich.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A. & Weingarten, C. T. (1991). **Nursing care of the childbirth family**. Norwalk: Appleton & Lange.
- Simikin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress in laor : a guide to nonpharmacologic methods for maturity caregivers. **Birth** 22:161-170.
- Simikin, P. (2002). Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses. **JOGNN** 31: 721- 731.
- Simkin, P. & Frederick, E. (2000). Labor support. In F.H. Nichols & S.S. Humenick. (Eds). **Childbirth education: Practice research and theory**. 2 nd ed. Philadelphia: Saunders.
- Simpson, K. K. and Greehan, P. A. (1996). **Perinatal Nursing**. New York: Lippincott-Raven.
- Sjogren, B. B. (2000). Childbirth; Expectations. Choices, and trends. Retrieved August 15, 2002, from [http://www.proquest.umi.com/pqdweb?ROT=407BackTo=349 & TS=1024382199](http://www.proquest.umi.com/pqdweb?ROT=407BackTo=349&TS=1024382199).
- Somer-Smith, M. J. (1999). A place for the partner?: Expectations and experiences of support during childbirth. **Midwifery** 15: 101- 108.
- Thrope, S., & Clifford, J. (2003). **The coaching handbook** . London: Clay 4 st.Ives.
- Thomas, T. A., Fletcher, J. E., & Hill, R. G. (1992). “**Influence of indication, pain and progress in labor on plasma-endorphin link immunoreactivity**”. *British Journal of Anesthesia* 54: 401-407.
- Voss, T. (1997). **Sharpen your tream’s skills in coaching**. 5 th ed. England: Mc Graw Hill.
- Winkie, D. J. Williams, A. R., Grevstad, R., & Mekwa, J. (1995). Coaching person with lung cancers to report sensory pain. **Cancer Nursing** 18(1): 7-15.
- Winslow, E.H., & Jacobson, A.E. (1999). Benefits of Continuous Support During labor. **AJN** 98: 16.
- Yahia, C., & Ulin, P.R. (1965). Preliminary experience with a psychophysical program of prepared for childbirth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 93: 924- 949.
- Zwelling, E. (1996). Childbirth education in the 1990. And beyond. **Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing** 25: 425- 432.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อาจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. อาจารย์ ดร.งามนิศย์ รัตนานุกูล อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
4. นางกัลยา มณีโชติ พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้างานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช
5. นางสาวอุษา สุขพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาล
หาดใหญ่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๔๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/๑ มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางพิณวดี พานทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอด แบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก” โดยมี อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง อาจารย์พยาบาล
2. อาจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวน อาจารย์พยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง และอาจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวน

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางพิณวดี พานทอง โทร 0-6281-6746

ที่ ศธ 0512.11/ ๐47

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

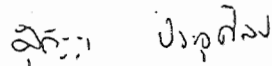
/๐ มกราคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพะนัง

เนื่องด้วย นางพิณเวดี พานทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอด แบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก" โดยมี อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่ห้องคลอด โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 20 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบทดสอบความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสพความสำเร็จ เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพิณเวดี พานทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อ นิสิต

นางพิณเวดี พานทอง โทร 0-6281-6746



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ชุดที่ 1

ผู้สอน นางพิณวดี พานทอง

ผู้เรียน หญิงครรภ์แรกและผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ จำนวน 2- 5 คู่

วิธีสอน บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา 60 นาที

สถานที่ ห้องเตรียมตัวคลอด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปากพ่อง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้หญิงครรภ์แรกและผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมตัวคลอด
2. เพื่อให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะรู้ถึงบทบาท และมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวคลอด
3. เพื่อให้หญิงครรภ์แรกฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะรู้ถึงบทบาท และมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การช่วยเหลือหญิงครรภ์แรกฝึกบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง

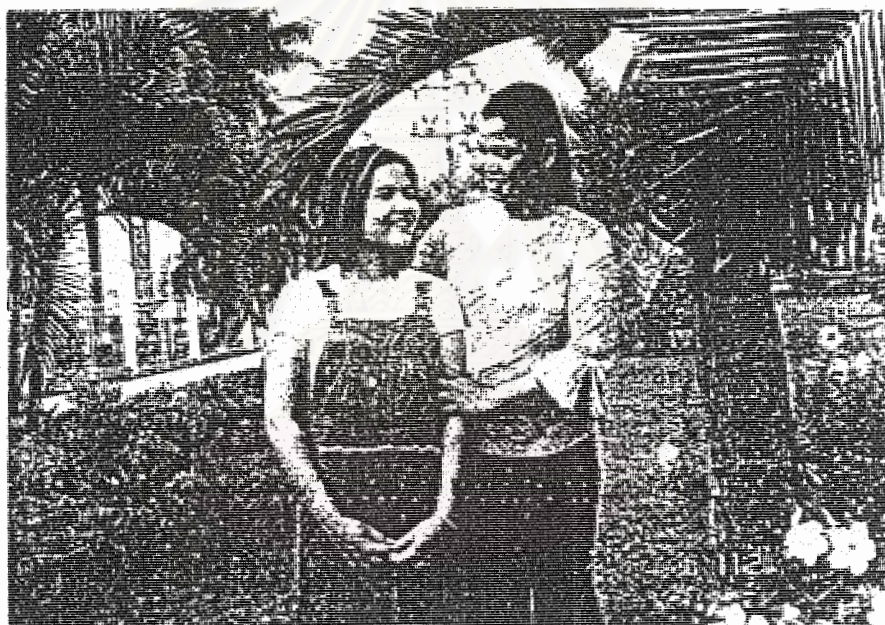
กำหนดการสอน สอนเมื่ออายุครรภ์ 30- 32 สัปดาห์ เนื้อหาที่สอนประกอบด้วยเรื่อง

1. การเตรียมตัวคลอด
2. การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด
 - 1.1 การอยู่ในท่าที่ถูกต้อง
 - 1.2 การบริหารร่างกาย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>- นำเข้าสู่เนื้อหา การเตรียมตัวเพื่อ การคลอด</p>	<p>บทนำ การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น เมื่อทารก รก เชื้อหุ้มทารกเคลื่อนจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าจะเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ แต่หญิงตั้งครรภ์แทบทุกคนยังมีความกลัวการคลอด มีความวิตกกังวล กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และเมื่อมีความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ยิ่งทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจร เรียกว่า วงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด โดยเฉพาะครรภ์แรก ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับการคลอดล่วงหน้า จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจทั้งหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ เป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้เห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ รู้ถึงกระบวนการที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดโดยความตื่นเต้น วิตกกังวล หรือกลัวลดลง สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีความมั่นใจในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความเจ็บปวดลดลง ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง</p>	<p>ขั้นนำ - ผู้สอนกล่าวคำทักทายและแนะนำตัว - ให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะแนะนำชื่อ อาชีพเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเตรียมความพร้อม - ผู้สอนถามหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะถึงความรู้สึกและความพร้อมในการเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์ และการคลอดจากประสบการณ์ และเรื่องที่เคยได้ยินจากคนอื่น - ผู้สอนสรุปและบรรยายเพิ่มเติม</p>	<p>- ภาพพลิกแสดง วงจรของความกลัว ความเครียด ความ เจ็บปวด</p>	

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>ให้ผู้เรียนรับรู้ถึงประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะ</p>	<p>การเตรียมตัวเพื่อการคลอດ</p> <p>การเตรียมตัวเพื่อการคลอດมาจากแนวคิดของสังคมตะวันตก โดยในระยะเริ่มแรก มีลักษณะไม่เป็นทางการ มีอยู่ในครอบครัวของแต่ละสังคม โดยหมอด้าแม่ เพื่อนหญิง หรือผู้หญิงในครอบครัว ผดุงครรภ์หรือแพทย์ดูแลหญิงตั้งครรรค์ การสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอດจึงเป็น “การบอกต่อ” หรือถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของผู้หญิงคนหนึ่งไปยังผู้หญิงอีกคนหนึ่ง จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนรุ่นหนึ่ง ต่อมาสูติแพทย์ชาวอังกฤษ เรียกร้องให้มีการสอน เรื่องการตั้งครรรค์และการคลอດแก่ผู้หญิงจากแนวคิด ความเจ็บปวดในการคลอດสามารถลดลงได้ด้วยการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด โดยเชื่อว่า ร่างกายและจิตใจมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน</p> <p>การเตรียมตัวเพื่อการคลอດ หมายถึง การเตรียมหญิงตั้งครรรค์สำหรับการคลอດโดยทำให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรรค์ การเจ็บครรรค์คลอດ การเตรียมร่างกายให้พร้อมรวมถึงการให้ครอบครัวหญิงตั้งครรรค์มีส่วนร่วมสนับสนุน หรือผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีส่วนร่วมเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล มีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ มีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอດ ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอດลดลง การเตรียมตัวเพื่อการคลอດ จะเริ่มสอนและฝึกทักษะเมื่อหญิงตั้งครรรค์อายุครรรค์ 30-32 สัปดาห์ขึ้นไป ประกอบด้วยการสอน 5 ครั้ง นัดตามการฝากครรรค์ปกติ</p>	<p>ผู้สอนหญิงตั้งครรรค์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ทำไมจึงต้องมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอດ” (10 นาที)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความสนใจและการตอบข้อซักถาม - จากการซักถามหญิงตั้งครรรค์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะบอกประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอດได้อย่างน้อย 80%

คู่มือหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ
เรื่อง
การเตรียมตัวเพื่อการคลอด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย
นางพิณวดี พานทอง
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



	หน้า
ความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด	1
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด	2
* การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย	2
* การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ	6
การคลอด	7
การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด	8
* การวางท่าทางที่ถูกต้อง	8
* การบริหารร่างกาย	15
การเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยการใช้เทคนิคเพื่อลดความเจ็บปวด	24
* เทคนิคการลูบหน้าท้อง	24
* บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในการใช้เทคนิค การลูบหน้าท้อง	26
* เทคนิคการหายใจ	27
* บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในการใช้เทคนิค การหายใจ	29
* เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	30
* บทบาทผู้สนับสนุนแบบสอนแนะในการใช้เทคนิค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	35

คำนำ

การคลอตเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความเจ็บปวดจากการคลอตเป็นปัญหาสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญ ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก วิธีการที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี ลดความกลัว ความวิตกกังวลลง สามารถก้าวสู่กระบวนการคลอตด้วยความมั่นใจ ด้วยการเตรียมตัวเพื่อการคลอตร่วมกับการสนับสนุนการคลอตแบบสอนแนะ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอต สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะนี้จะเป็นประโยชน์ใช้เป็นแนวทางในการทบทวน ฝึกปฏิบัติ ให้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเทคนิคต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอตที่จะเกิดขึ้น

พิณวดี พานทอง

มกราคม 2548

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง
ภาพพลิ๊ก
การเตรียมตัวเพื่อการคลอด

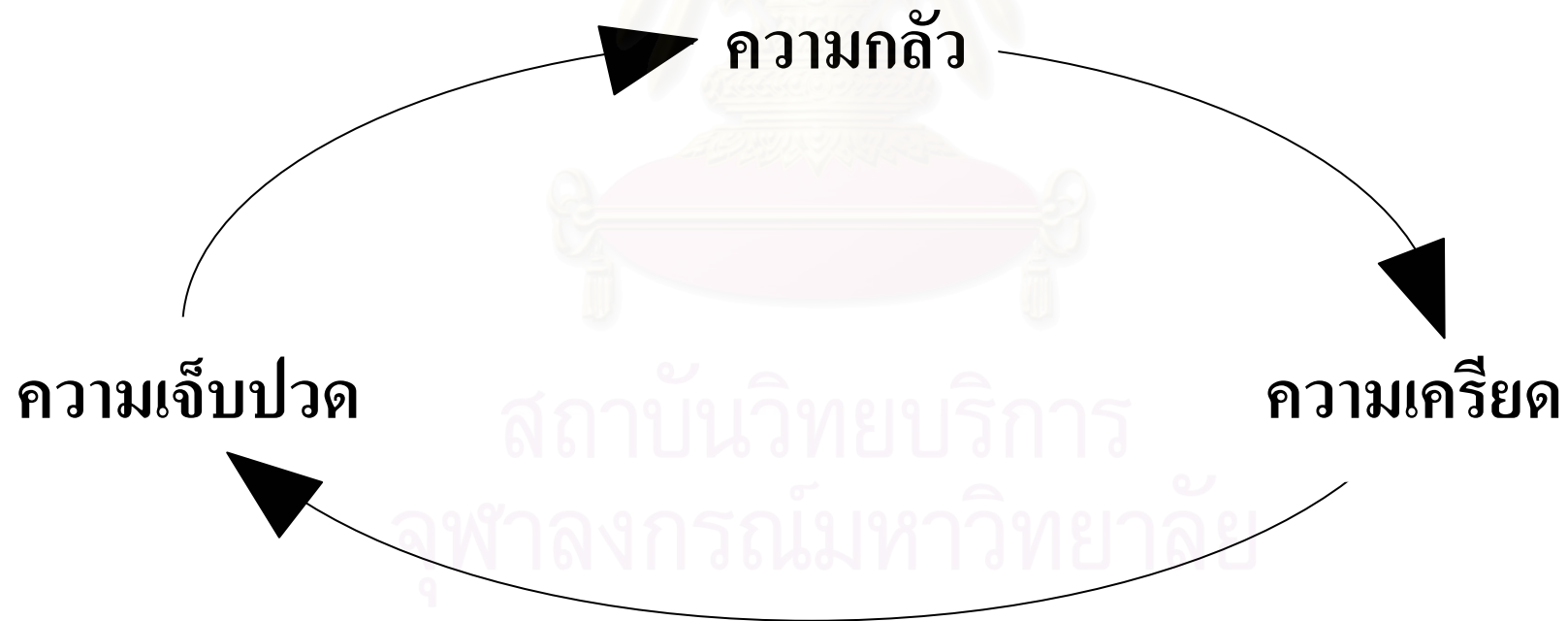


จัดทำโดย
นางพิณวดี พานทอง

นิติตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น เมื่อทารก รก
 เยื่อหุ้มทารก เคลื่อนออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก
 ก่อให้เกิดวงจรความกลัว- ความเครียด- ความเจ็บปวด



แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

เลขที่แบบประเมิน.....

กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม ()

แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

คำชี้แจง

แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดของพรินันด์ร์ ใช้วัดระดับความเจ็บปวดขณะรอคลอด โดยผู้คลอดเป็นผู้ประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

การศึกษา.....อาชีพ.....

รายได้ของครอบครัว.....บาท ต่อเดือน

สำหรับผู้วิจัย

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

อายุครรภ์เมื่อมาคลอด.....สัปดาห์

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....ครั้ง

การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก () ได้รับ () ไม่ได้รับ

วันที่คลอด.....เวลา.....น. น้ำหนัก.....กรัม

ระยะเวลาของการคลอด รวม.....ชั่วโมง.....นาที

ระยะ Latent.....ชั่วโมง.....นาที

ระยะ Active.....ชั่วโมง.....นาที

ระยะ Transition.....ชั่วโมง.....นาที

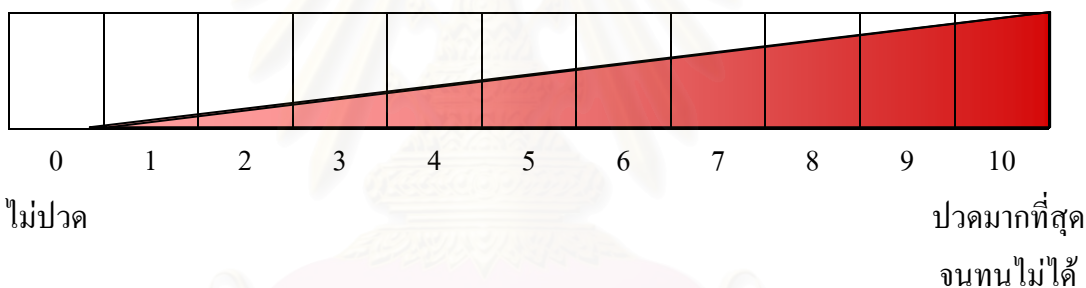
เลขที่แบบประเมิน.....

กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม ()

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์

คำชี้แจง มาตรวัดต่อไปนี้ เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดจากการคลอตามความรู้สึกของท่านตั้งแต่ไม่มีความเจ็บปวดเลย (0) จนกระทั่งเจ็บปวดมากที่สุด (10) ให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของท่านมากที่สุดโดยให้ประเมินทันทีภายหลังจากที่มดลูกมีการคลายตัวจากการหดตัวแล้ว โดยประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร

ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร



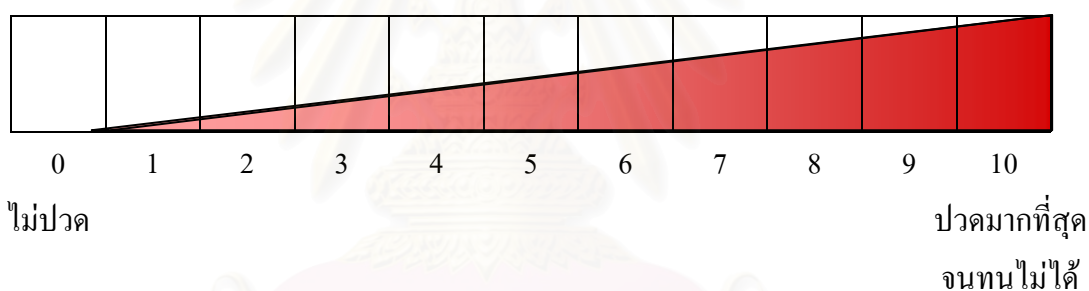
เลขที่แบบประเมิน.....

กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม ()

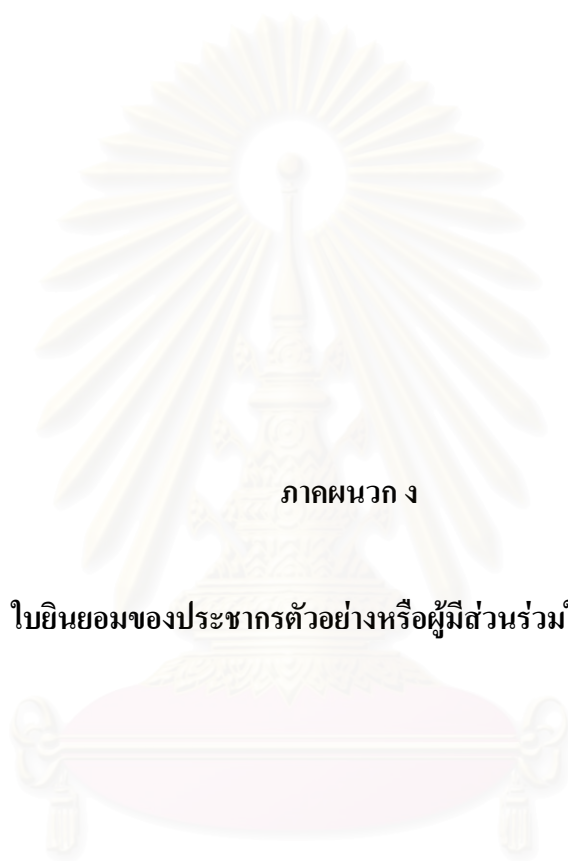
ส่วนที่ 2 แบบวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์

คำชี้แจง มาตรวัดต่อไปนี้ เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดจากการคลอดตามความรู้สึกของท่านตั้งแต่ไม่มีความเจ็บปวดเลย (0) จนกระทั่งเจ็บปวดมากที่สุด (10) ให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของท่านมากที่สุด โดยให้ประเมินทันทีภายหลังจากที่มดลูกมีการคลายตัวจากการหดตัวแล้ว โดยประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร

ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอกร่วมกับการสนับสนุนการคลอรูปแบบสอนแนะต่อ
 ความเจ็บปวดของการคลอในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก
 เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึง
 ผลดีและผลข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษา
 ดังกล่าวนี้นี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษา
 เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีการรักษาใดๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอยู่ และ
 ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะ
 เก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า
 ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน
 ใบยินยอมนี้

.....
 สถานที่ / วันที่ (.....)
 หญิงตั้งครรภ์

.....
 สถานที่ / วันที่ (นางพิณวดี พานทอง)
 ผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่ / วันที่ (.....)
 พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอດในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก

ชื่อผู้วิจัย นางพิณวดี พานทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน ห้องคลอດ โรงพยาบาลปากพ่อง อำเภอบปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ที่ทำงาน 075-517805

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-2816746

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอດในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของการคลอດ ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอດร่วมกับการสนับสนุนการคลอດแบบสอนแนะกับหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอດตามปกติ
2. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ
3. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยในครั้งนี้จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้วิธีการหยิบลากอย่างง่าย

3.1 กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปากพ่อง ประกอบด้วยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระยะตั้งครรภ์ การสังเกตและนับการดิ้นของบุตรในครรภ์ การเตรียมของใช้ต่างๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติต่างๆที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด เมื่อเจ็บครรภ์เข้าห้องคลอດหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบปกติจะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอດและจะมีการประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร และครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร

3.2 กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปากพ่องและจากผู้วิจัยในการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอດ ทั้งหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมร่างกายเพื่อการคลอດ การตั้งครรภ์และการคลอດ กระบวนการคลอດ กลไกการคลอດปกติ ความเจ็บปวดในระยะคลอດ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ

การดูหน้าห้อง กิจกรรมและบทบาทของผู้สนับสนุนแบบสอนแนะ ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการของงานห้องคลอด พร้อมเยี่ยมชมสถานที่คลอด เมื่อเจ็บครรภ์เข้าห้องคลอด หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด และผู้วิจัยทบทวนความรู้หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการหายใจ การดูหน้าห้อง รวมทั้งบทบาทและกิจกรรมการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะ และจะมีการประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร และครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร

4. ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีปัญหาข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัย (นางพิณวดี พานทอง) ที่เบอร์มือถือ 06-2816746

5. หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาของการวิจัย การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

6. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่หญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะที่เข้าร่วมในการวิจัย

7. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของหญิงตั้งครรภ์และผู้สนับสนุนแบบสอนแนะที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88193

ที่ ศธ 0512.25/ 3๒4 /2548

วันที่ 21 เมษายน 2548

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548 ที่ประชุมได้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก" (Effect of Childbirth Preparation with Labor Coaching on Labor Pain During Active-Phase in Primigravidas) ซึ่งมีนางพินวดี พานทอง เป็นผู้วิจัยหลัก ที่ประชุมได้พิจารณาโครงการงานวิทยานิพนธ์ และมีมติให้ผู้วิจัยแก้ไขดังนี้

1. ใบบินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) ให้ตัดมารดาของหญิงตั้งครรภ์ออก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสม และขอให้ผู้วิจัยหลักส่งเอกสารที่ได้รับการปรับปรุงสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว กลับมายังฝ่ายเลขานุการ จำนวน 3 ฉบับ ภายในกำหนดระยะเวลา 2 เดือน หลังจากที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ และเมื่อฝ่ายเลขานุการได้รับเอกสารเรียบร้อยแล้วที่ประชุมจึงจะเห็นควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ โดยมีต้องนำกลับเข้ารับการพิจารณาอีก และขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างดียิ่ง มา ณ ที่นี้



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

ประธานคณะกรรมการฯ

สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพิณวดี พานทอง เกิดวันที่ 1 พฤศจิกายน 2503 สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง ปีการศึกษา 2526 เข้ารับราชการปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างปี พ.ศ.2526-2528 และได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลปากพนัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2529-2534 ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าห้องคลอดตั้งแต่ปี 2535 ถึงปัจจุบัน และในปี 2545 ได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารก) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย