

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อ ความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดใน ผู้คลอดครั้งแรก*

ศิวพร สุดเพชร, พย.ม.**

นันทนา ธนาโนวรรณ, Ph.D. (Nursing)***

ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, Ph.D. (Nursing)****

ชานนท์ เนื่องตัน, พ.บ., ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเจ็บปวด แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดและความเจ็บปวดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ:พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยลดความเครียดและ ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (3) 42-54

คำสำคัญ : การสนับสนุนในระยะคลอดโดย สามี ระยะที่ 1 ของการคลอด ความเครียด ความเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อการคลอด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศิริราช Email: sivapornsudphet@yahoo.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวและมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น¹ ผู้คลอดส่วนใหญ่ยังมีความกลัวเนื่องจากต้องถูกแยกจากครอบครัวและไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมภายในห้องคลอด ผู้คลอดบางรายกลัวว่าทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากการคลอด² สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในระยะคลอดได้โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนเลย³ ความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดด้านร่างกาย เช่น ทำให้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานขึ้น¹ ส่วนผลกระทบต่อทางจิตใจ อาจทำให้ผู้คลอดเกิดความหวาดกลัวต่อการคลอดมากขึ้น หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้ อေးอະ โวยวาย รวมทั้งไม่พึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึก หรือประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้คลอดตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการหรือคาดหวังไว้ในระยะคลอด⁴ สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ อาจทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดปกติจนอาจได้รับอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้¹

จากทฤษฎีของ Dick-Read ที่กล่าวว่า ความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดมีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain cycle) นั่นคือ เมื่อผู้คลอดมีความกลัวเพิ่มขึ้นจะยิ่งทำให้มีความเครียดสูงขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นวิธีลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงต้องตัดวงจรดังกล่าวโดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอด⁵ ทั้งนี้ Kayne และคณะได้นำทฤษฎีของ Dick-Read มาพัฒนาเป็นแนวทาง

การสนับสนุนในระยะคลอดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากให้ความสำคัญของการสนับสนุนในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก⁶

การสนับสนุนในระยะคลอดจัดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เพราะให้การดูแลผู้คลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ปฏิบัติได้ง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ⁷ และยังช่วยลดความกลัวของผู้คลอดได้อีกด้วย จึงเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดตามที่ Dick-Read กล่าวไว้ข้างต้น อีกทั้งยังทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น⁸ ในการสนับสนุนในระยะคลอดดังกล่าวพบว่า มีผู้ให้การสนับสนุนด้วยกันหลายกลุ่มได้แก่ สามีมารดา พี่สาว น้องสาว ญาติหญิงของผู้คลอด พยาบาลผดุงครรภ์ หรือผู้เฝ้าคลอดที่มีความรู้ด้านการพยาบาล (doula) เป็นต้น⁹ ทั้งนี้ Hodnett และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนที่ดีควรเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้คลอด ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการวิจัยพบว่า สามีเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้ทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดมากที่สุด¹¹ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับ ผู้คลอด และยังเป็นบิดาของทารกในครรภ์อีกด้วย ทั้งนี้พบว่า สามียังทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด¹²

เท่าที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนในระยะคลอดในประเทศไทยที่นำสามีมามีเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดจำนวน 3 เรื่อง^{13,14,15} ซึ่งพบว่า งานวิจัยดังกล่าวใช้กรอบแนวคิดและแนวทางการสนับสนุนที่แตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read⁵ เป็นทฤษฎีที่สามารถ

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

อธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และยังพบว่าแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ⁵ เป็นแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดที่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Dick-Read มากที่สุด เพราะเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก

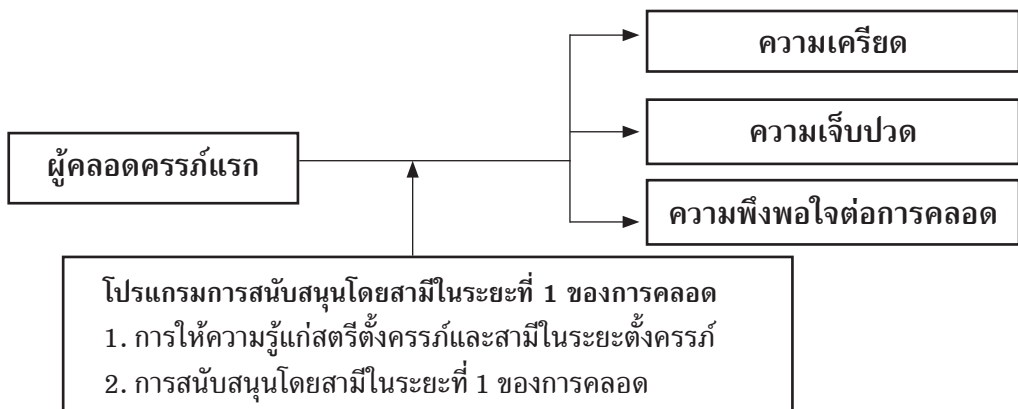
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีของ Dick-Read⁵ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พร้อมทั้งนำแนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ⁶ มาสร้างเป็นโปรแกรมการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยให้สามีทำหน้าที่เป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกเพื่อช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดพบว่า ทฤษฎีของ Dick-Read เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยทำให้มี

ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น กลไกข้างต้นเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain cycle) ดังนั้นวิธีลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงต้องตัดความกลัว โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์⁵ ซึ่ง Kayne และคณะ ได้นำทฤษฎีของ Dick-Read มาพัฒนาเป็นแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ 2) ด้านให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านร่างกาย และการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และ 4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด⁶

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีของ Dick-Read และรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดของ Kayne และคณะ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ และ 2) การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดจะมีความเครียดน้อยกว่า ความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอด สามีญ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ ห้องคลอดสามีญโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปี ถึง 40 ปี ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นการคลอดครั้งแรก อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี สามียินดีและเต็มใจให้การสนับสนุนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด และผู้คลอดยินยอมให้สามีเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.70¹⁶ ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15¹⁷ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย เท่า ๆ กัน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 1) การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที และ 2) การสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ห้องคลอด เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร)

1.2 แผนการสอน เพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ของการสนับสนุนในระยะคลอด การคลอดปกติ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ และแนวปฏิบัติในการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด ตามลำดับ

1.3 สไลด์ประกอบการบรรยาย ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น เพื่อให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 14 สไลด์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

1.4 คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนและมีตัวอย่างคำพูดที่สามีควรใช้กับผู้คลอดระหว่างที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด จำนวน 12 หน้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามี สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการบุตรในครรภ์ จำนวนครั้งที่สามีฝึกปฏิบัติตามคู่มือ

2.2 แบบวัดความเจ็บปวด การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัด Visual Rating Scales (VRS) โดย VRS เป็นเส้นตรงที่แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 และ Wong Baker Faces Pain Rating Scale เป็นรูปใบหน้าคนที่แสดงอารมณ์อันบ่งบอกถึงความเจ็บปวดพร้อมกับมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 เพื่อประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดทุกชั่วโมง โดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร ซึ่งมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 พร้อมทั้งมีรูปใบหน้าที่แสดงความเจ็บปวดซึ่งตรงกับหมายเลขที่ต้องการการแปลผลให้นำค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละรายมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยรวมอีกครั้งหนึ่ง โดยคะแนนมากหมายถึง มีความเจ็บปวดมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความเจ็บปวดน้อย

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาของการคลอด

วิธีการคลอด เพศทารก คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด น้ำหนักทารก ระยะเวลาที่สามีให้การสนับสนุน

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) จำนวน 20 ข้อ ได้รับการพัฒนา โดย Spielberg และคณะ¹⁸ แบบประเมินนี้ใช้ประเมินระดับของความเครียด โดยเฉพาะความเครียดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ความเจ็บปวดในระยะคลอด โดย ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา¹⁹ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back-translation เพื่อใช้ประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเครียดน้อย

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามของ Hodnett (Labor Agency Scale: LAS)²⁰ แปลเป็นภาษาไทย โดย ศิริวรรณ ยืนยง²¹ ด้วยวิธี back-translation จำนวน 10 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแผนการสอน สไลด์ประกอบการบรรยาย คู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดไปตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) สูติแพทย์ 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และ 3) หัวหน้าพยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบวัดความเจ็บปวด แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .85, .97 และ .94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง คือ หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดสามัญของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 30 รายก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย จนกว่าจะแล้วเสร็จ

1. กลุ่มควบคุม

1.1 ที่หน่วยฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับการบริการตามปกติของหน่วยฝากครรภ์

1.2 ที่ห้องคลอด ผู้วิจัยจะเริ่มประเมินข้อมูลส่วนบุคคลหลังจากที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอดเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้คลอดเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยสอบถามระดับของความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้แบบวัดความเจ็บปวดประเมินทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียนผู้คลอดโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความพึงพอใจต่อการคลอด โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด

2. กลุ่มทดลอง

2.1 ที่หน่วยฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับการบริการตามปกติของหน่วยฝากครรภ์ จากนั้นผู้วิจัย

พาสตรีตั้งครรภ์และสามีไปยังห้องสอนสุขศึกษาของหน่วยฝากครรภ์และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นรายคู่โดยใช้เวลา 30 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 บรรยาย โดยใช้สไลด์ประกอบในเรื่องการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.1.2 สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดซึ่งมีทั้งหมด 3 วิธี ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ ให้แก่สตรีตั้งครรภ์กับสามีฝึกปฏิบัติจริงจำนวน 1-2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.1.3 มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอดให้สตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อให้สามีนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.2 ที่ห้องคลอด ผู้วิจัยจะเริ่มประเมินข้อมูลส่วนบุคคลหลังจากที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาลแรกรับในห้องคลอด ผู้วิจัยแนะนำข้อควรปฏิบัติแก่สามีที่ห้องให้คำปรึกษาซึ่งอยู่บริเวณหน้าห้องคลอดเพื่อป้องกันมิให้สามีละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอดรายอื่น เมื่อผู้คลอดเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยสอบถามระดับของความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้แบบวัดความเจ็บปวดประเมินทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) ในขณะที่ผู้คลอดเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตร ผู้วิจัยนำสามีเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการสนับสนุน 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ 2) ด้านให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และ 4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด ทุกครั้งที่ผู้คลอดได้รับการตรวจภายใน

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด
และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

หรือการรักษาใดๆ ผู้วิจัยจะพาสามีออกมาหนึ่งคอย บริเวณที่ให้คำแนะนำข้างต้น หลังจากนั้นจึงพาสามี เข้าไปให้การสนับสนุนต่อเนื่องจนกว่าผู้คลอดจะเริ่มเบ่ง (ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร) จึงนำสามีออกไปหนึ่งคอยบริเวณห้องให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการช่วยคลอดตามปกติ จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียน ผู้คลอดโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนที่จะย้าย ออกจากห้องคลอด ผู้วิจัยประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและประเมิน ความพึงพอใจต่อการคลอดโดยใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำหน่วย ผ่าครรภ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วม การวิจัยและสามีเป็นรายบุคคล แนะนำตัวและสร้าง สัมพันธภาพ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการ เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้ง การรักษาความลับของข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยและ สามีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะต้องลงนามใน เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับตามปกติ ในขณะที่ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ที่เตียงคลอดของ ตนเองซึ่งแบ่งเป็นห้องๆ และมีม่านกั้นจึงมีความเป็น ส่วนตัวสูง หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกที่จะตอบข้อ

คำถามเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์ก็มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบ คำถามในข้อคำถามนั้นๆ ได้ ผู้วิจัยแยกเก็บหนังสือแสดง เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยออกจากแบบสอบถาม โดยนำเอกสารดังกล่าวใส่กล่องที่ปิดมิดชิดเพื่อป้องกัน ความลับของข้อมูล แบบสอบถามทุกชุดจะไม่มีชื่อ- นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะใช้รหัสหมายเลข แทนชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no. Si 666/2012)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความ ถูกต้องและตรวจดูการกระจายตัวของข้อมูลเพื่อให้ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความ แตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และ การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square tests และ Independent t-tests จากนั้นจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ ความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อ การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-tests

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ปี สามีของผู้คลอดมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 26.5 ปี ระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ปี ลักษณะครอบครัวเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.3) เป็น ครอบครัวเดี่ยว ผู้คลอดร้อยละ 43.3 จบการศึกษา

ในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนสามของผู้คลอดครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50) จบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้คลอดร้อยละ 46.6 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 15,000 บาท ส่วน ผู้คลอดในกลุ่มทดลองพบว่ามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 ปี สามของผู้คลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.7 ระยะเวลาสมรสเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ปี ลักษณะครอบครัวร้อยละ 63.3 เป็นครอบครัวขยาย ผู้คลอดร้อยละ 46.7 จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ส่วนสามของผู้คลอดร้อยละ 46.7 จบการศึกษาในระดับชั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้คลอดร้อยละ 43.3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า หรือเท่ากับ 20,000 บาท

1. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 63.4 ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.5 สัปดาห์ และผู้คลอดในกลุ่มนี้ ร้อยละ 56.7 ได้รับยาบรรเทาปวด ส่วนระยะที่ 1 ของการคลอด

ในกลุ่มนี้เฉลี่ยเท่ากับ 8.99 ชม. ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 37.8 นาที และระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.1 นาที ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองพบที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 76.7 ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่ากับ 38.8 สัปดาห์ และ ผู้คลอดในกลุ่มนี้ร้อยละ 66.7 ได้รับยาบรรเทาปวด ส่วนระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มนี้เฉลี่ยเท่ากับ 7.29 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 35.6 นาที และระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 นาที ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่สามของผู้คลอดให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ชั่วโมง

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด ด้วยสถิติ Independent t-tests พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด คะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังคลอด โดยใช้สถิติ Independent t-tests

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความเครียด	60.8	6.19	29.4	4.74	22.010	0.000*
ความเจ็บปวด	7.8	0.94	6.4	1.26	4.770	0.000*
ความพึงพอใจต่อการคลอด	33	9.00	62	4.19	-16.01	0.000*

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ของ Dick-Read⁵ ที่อธิบายว่าร่างกายและจิตใจ

มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้น เมื่อ ผู้คลอดมีความกลัวและความเครียดในระยะคลอดจะทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ กล่าวคือ ระบบประสาทซิมพาเธติกจะหลั่งสารแคทีโกลามีนเพิ่มขึ้น

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอต่อความเครียด ความเจ็บปวด
และความพึงพอใจต่อการคลอในผู้คลอดครั้งแรก

ในกระแสเลือดของผู้คลอด มีผลกระตุ้นเบต้า รีเซพเตอร์ของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูกและรกจะลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนจึงเกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain cycle) ซึ่งการคลอเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ที่มีระดับรุนแรงกว่าความตึงเครียด ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น หากสามารถตัดวงจรความกลัวก็จะทำให้ความเครียดลดลง และเมื่อความเครียดลดลงย่อมทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามไปด้วย ซึ่งวิธีการตัดวงจรดังกล่าวสามารถทำได้โดยการให้ความรู้และให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอแก่ผู้คลอด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีของ Dick-Read มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีในระยะตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ และการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอที่ห้องคลอด การให้ความรู้ช่วยลดความกลัวหรือความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการคลอตามธรรมชาติ ส่วนการสนับสนุน ช่วยลดความกลัวที่เกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวในขณะที่เจ็บครรภ์ รวมทั้งการไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรในห้องคลอด

การวิจัยครั้งนี้ได้นำสามีมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอ เนื่องจากสามีเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอด และใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน และผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอมากที่สุด¹¹ อีกทั้งสามีเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและ

อารมณ์ได้ดีที่สุด¹² ทำให้ลดความกลัวในระยะคลอของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การให้ความรู้และการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอจึงช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด โดยทำให้ความเครียดและความเจ็บปวดลดลง และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอมากขึ้น

ในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามีนั้น ใช้วิธีการบรรยายร่วมกับนำเสนอด้วยเพาเวอร์พอยต์ที่สามารถเปิดย้อนกลับไปมาเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ (เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป) ทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีสามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจก่อนคลอได้เป็นอย่างดี คล้ายคลึงกับการวิจัยของ โสเพ็ญ ชูนวน และคณะ²² ที่มีการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และผู้ที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยใช้สื่อในการสอนได้แก่ วีดีโอและเอกสารคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังมีการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี ในที่นี้ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีได้ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเองและทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มอบคู่มือการสนับสนุนภรรยาในระยะคลอให้กับสตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อให้สามีนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง²¹ ที่มีการมอบคู่มือให้ผู้สนับสนุนในระยะคลอกลับไปทบทวนด้วยตนเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอและได้รับการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอจะให้ความกลัวและความเครียดลดลง เป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่า

ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลัมศิริ¹⁶ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอตร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอต ในผู้คลอตครั้งแรก เมื่อผู้คลอตมีอาการเจ็บครรภ์คลอต โดยเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรขึ้นไป ผู้วิจัยได้เชิญให้สามีของผู้คลอตซึ่งได้รับการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอตโดยใช้แนวทางการสนับสนุนของ Kayne และคณะ⁶ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม โดยเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ด้วยการเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอตอย่างน้อย 3 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้คลอตมีกำลังใจ ให้ความมั่นใจอันเกิดจากที่ต้องอยู่คนเดียว และจากการไม่คุ้นชินกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรในห้องคลอตลดลง นอกจากนี้ สามียังทำหน้าที่เป็นคนกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอต โดยสามีจะเป็นผู้รับทราบข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลแล้วนำมาถ่ายทอดให้กับผู้คลอตอีกทีหนึ่ง การให้การสนับสนุนของสามีจึงช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามทฤษฎีของ Dick-Read สำหรับการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายนั้น สามีของผู้คลอตจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้คลอตในระยะที่ 1 ของการคลอตโดยการลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง ทำโดยวางปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้างจรดกันบริเวณกึ่งกลางเหนือกระดูกหัวหน่าวค่อยๆ ลูบขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้องจนถึงยอดมดลูกพร้อมให้ผู้คลอตหายใจเข้า จากนั้นลูบลงไปตรงๆ ตามแนวกึ่งกลางหน้าท้องไปยังตำแหน่งเดิมพร้อมหายใจออก ซึ่งการลูบหน้าท้องทำให้พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กทำให้สัญญาณที่ส่งต่อไปยังสมอง

ลดลงหรือไม่มี โดยที่ใยประสาทขนาดใหญ่พบมากที่ใต้ผิวหนัง การลูบหน้าท้องทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง จึงช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอตได้ และยังทำให้ผู้คลอตรู้สึกถึงความหวังโย เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และยังลดความเครียดได้อีกด้วย⁷ ส่วนการนวดบริเวณก้นกบเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลังเอนดอร์ฟินทำให้ความเจ็บปวดลดลง โดยสามีใช้มือกดนวดด้วยแรงระดับปานกลาง เป็นวงกลมหรือรูปเลขแปดในขณะที่ยังมดลูกหดตัว บริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณที่ผู้คลอตรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอต เนื่องจากศีรษะเด็กมีการเคลื่อนต่ำลงสู่เชิงกราน⁷ และการใช้เทคนิคการหายใจ เป็นการหายใจอย่างช้าๆ ซึ่งใช้ได้ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอต เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ผ่อนคลาย⁷ เมื่อผู้คลอตมีความเครียดและความเจ็บปวดลดลงย่อมส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอตมากขึ้น เห็นได้จากการที่ผู้คลอตครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอตมากกว่าในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง²¹

เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอตก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอต ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเครียดและความพึงพอใจต่อการคลอตหลังคลอต ช่วงเวลาดังกล่าวมีความเหมาะสมเนื่องจากผู้คลอตมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด คล้ายคลึงกับการวิจัยของ ัญญจิรา วินิจฉัย²³ ที่ทำการเก็บข้อมูลเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอต

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอตซึ่งนำทฤษฎีของ Dick-Read⁵ และแนวทางของ Kayne และคณะ⁶ มาใช้สามารถตัด

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด
และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้
สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการให้ความรู้
ในระยะตั้งครรภ์และการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1
ของการคลอด สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียด
และความเจ็บปวด ทำให้ความเครียดและความเจ็บปวด
ลดลง ในขณะเดียวกัน ผู้คลอดมีความรู้สึกพึงพอใจ
ต่อการคลอดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด
ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1
ของการคลอดไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอด เพื่อ
ช่วยลดความเครียด ความเจ็บปวด และเพิ่มความ
พึงพอใจต่อการคลอดได้

ควรศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของ
สามีเพื่อทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะที่ 1 ของ
การคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ
คันสนียวิทย์กุล. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท
พี. เอ. สี่พ่วง จำกัด; 2552.
2. พิริยา ศุภศรี. การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ:
บริษัท พิมพ์ดี จำกัด; 2546.
3. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with
childbirth among nulliparous women in Turkey.
Midwifery 2007;25(2):155-62.
4. Oweis A. Jordanian mother's report of their childbirth
experience: Findings from a questionnaire survey.
Int J Nurs Pract 2009;15(6):525-33.
5. Dick-Read G. Childbirth without Fear. 5th ed. New
York: Harper & Row; 1984.
6. Kayne MA, Greulich MB, Albers LL. Doulas: An
alternative yet complementary addition to care during
childbirth. Clin Obstet Gynecol 2001;44(4):692-703.

7. ศศิธร พุ่มดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา.
สงขลา: บริษัท อัลลายด์ เพรส จำกัด; 2551.
8. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic
approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J
Midwifery Womens Health 2004;49 (6):489-504.
9. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR.
A randomized control trial of continuous support in
labor by a lay doula. J Obstet Gynecol Neonatal
Nurs 2006;35(4):456-64.
10. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston
J. Continuous support for women during childbirth
(Review). The Cochrane Collaboration 2011; Issue 2.
11. ปิยฉัตร ปธานราชภูริ. ความต้องการการสนับสนุนใน
ระยะคลอดของผู้คลอดและครอบครัว. [วิทยานิพนธ์].
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
12. Price S, Noseworthy J, Thornton J. Women's ex-
perience with social presence during childbirth. Am
J Matern Child Nurs 2007;32(3):184-91.
13. นวพร มามาก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมี
ส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด
ต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์
คลอดของมารดาและความรู้สึกใคร่ผูกพันระหว่างบิดา
มารดาและทารก. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
มหิดล; 2550.
14. บุญส่ง สุประดิษฐ์. ผลการเตรียมสามีเพื่อการสนับสนุน
ภรรยาในระยะคลอดต่อความพึงพอใจของสามีและ
ภรรยาและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของภรรยา.
[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
15. อัจฉรา คำแหง, พิศมัย มากักดี, สิริวรรณ ปิยะกุลดำรง,
อมรเลิศ พันธุ์วัตร, รัชฎา วิหครัตน์. ผลของการให้สามี
มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด. วารสาร
ชมรมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. Retrieved
on July 1, 2011, [http://kv-rit.herokuapp.com/blogs/
posts/2622](http://kv-rit.herokuapp.com/blogs/posts/2622); 2553.
16. บุญทวี สุนทรลิมศิริ. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน
ประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการ
รับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก.
รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552;15(3):361-72.

17. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008;35(2):92-7.
18. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Self-evaluation Questionnaire*. CA: Consulting Psychologist Press, Inc. 1977.
19. ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
20. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health* 1987;10(5):301-10.
21. ศิริวรรณ ยืนยง. ผลของการสนับสนุนจากญาติหญิงที่ใกล้ชิดในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดต่อระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด อุบัติการณ์การคลอดปกติและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
22. โสเพ็ญ ชูนวน, เขียวเรศ สมทรัพย์, สุธรรม ปิ่นเจริญ, ศวิตา ธิติมาพงศ์, สุดใจ นางาม และ ฝนทอง องค์พลาณพัฒน์. ผลของการมีญาติเฝ้าในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอดในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารวิจัยทางการแพทย์* 2552; 13(1): 16-27.
23. ณิชฎจิรา วินิจฉัย. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

Impact of a Husband-Assisted First-Stage Labour Programme on Primigravidae's Labour-Related Stress, Pain and Satisfaction

Sivaporn Sudphet, M.N.S.**

Nanthana Thananowan, Ph.D.(Nursing)***

Chaweewan Yusamran, Ph.D. (Nursing)****

Chanon Neungton, M.D.*****

Abstract: Objective: To examine how a husband-assisted programme applied to the first stage of labour would impact primigravidae's labour-related stress, pain and satisfaction.

Design: Quasi-experimental research.

Implementation: The subjects, purposively sampled, consisted of 60 primigravidae who attended antenatal care and gave birth at a university hospital. The subjects were then equally divided into a control group, to which normal care was given, and an experimental group, to which a husband-assisted programme for the first stage of labour was applied in addition to normal care.

The research instruments consisted of (i) a personal information form; (ii) a pain-assessment form; (iii) a pregnancy-labour information form; (iv) a stress evaluation form; (v) and a labour-related satisfaction form. The data were statistically analysed according to frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square and T-test.

Results: The study found that the experimental group's primigravidae displayed significantly lower degrees of stress and pain than their control-group counterparts ($p < .001$), and showed a significantly higher level of labour-related satisfaction than their control-group equivalents ($p < .001$).

Recommendations: Nurses stationed in an antenatal care unit and delivery room are advised to apply this programme for the purposes of reducing their patients' stress and pain and increasing their satisfaction with their first birth-giving experience.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(3) 42-54

Keywords: husband-assisted programme; first stage of labour; stress; pain; labour-related satisfaction

* A thesis for the degree of Master of Nursing Science in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Corresponding Author, Registered Nurse, Siriraj Hospital, Email: sivapornsudphet@yahoo.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Email: nanthana.tha@mahidol.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Email: chaweewan.yus@mahidol.ac.th

***** Lecturer, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Email: chanon_neungton@hotmail.com