



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก¹

Effects of Continuous Labor Support Programme on Fear of Childbirth and Childbirth Outcomes among Primiparous Women¹

สุดารักษ์ ประสาร² สุพิศ ศิริอรุณรัตน์³ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี³

Sudarak Prasan² Supit Siriarunrat³ Tatirat Tachasuksri³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏ (การผดุงครรภ์)

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²Master student in Nursing science (Midwifery), Faculty of Nursing, Burapha University

³Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author; Supit Siriarunrat; Email: supits@buu.ac.th

Received: June 10, 2020 Revised: July 10, 2020 Accepted: July 16, 2020

บทคัดย่อ

การสนับสนุนในระยะคลอด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่อ อายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 48 คน เลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดระยะตั้งครรภ์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.447, p=.009$) และกลุ่มทดลองมีการได้รับยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=11.11, df=1, p<.001$) จากผลการศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดให้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอด และดูแลการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดเพื่อลดความกลัวและการใช้ยาเร่งคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง; ความกลัวการคลอด; ผู้คลอดครั้งแรก



Effects of Continuous Labor Support Programme on Fear of Childbirth and Childbirth Outcomes among Primiparous Women¹

Sudarak Prasan² Supit Siriarunrat³ Tatirat Tachasuksri³

²Master student in Nursing science (Midwifery), Faculty of Nursing, Burapha University

³Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author; Supit Siriarunrat; Email: supits@buu.ac.th

Received: June 10, 2020 Revised: July10, 2020 Accepted: July16, 2020

Abstract

Labor support is an important independent role of the midwives. This quasi- experimental research aimed to study the effects of continuous labor support on fear of childbirth and outcomes of labor among primiparous women. Participants were 48 primiparous pregnant women who attended at antenatal clinic and gave birth at 38–40 weeks of gestational age in the delivery room at Srisaket hospital. The sample was selected by inclusion criteria and simple a random sampling technique and equally divided into the experiment group and the control group. Each group consisted of 24 pregnant women. Data were collected using a personal and demographic questionnaire, pregnancy and labor records, and the fear of birth scale. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square tests, and independent t-tests. The results found that the experimental group had significantly decreased average score of fear of childbirth during pregnancy period compared to that of the control group ($t=2.447$, $p=.009$). The participants in the experimental group also had a significantly lesser the proportion of oxytocin used than those in the control group ($\chi^2=11.11$, $df=1$, $p<.001$) These findings suggest that the nurse-midwives in labor rooms should provide childbirth preparation and give continuous labor support for parturient, especially the first-time mothers, to decrease fear and oxytocin administration.

Keywords: continuous labor support; fear of childbirth; primiparous women



ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติซึ่ง เกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้นตอนและต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยมีปริมาณฮอร์โมนออกซิโทซินเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงมากขึ้น ทำให้ปากมดลูกบาง เปิดขยายเพิ่มขึ้น เกิดแรงผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลงสู่ช่องเชิงกรานและคลอดออกมาได้ตามกลไกการคลอด อย่างไรก็ตามกระบวนการคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่คุกคามร่างกายและจิตวิญญาณของผู้คลอด และกระตุ้นให้ผู้คลอดเกิดความกลัวขึ้นได้¹

ความกลัวที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเกิดขึ้นจากความรู้สึกของแต่ละบุคคลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดจะส่งผลต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอด เป็นปฏิกิริยาที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันตัวเองในการเผชิญเหตุการณ์ที่กำลังคุกคาม มักเกิดจากความกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และทารกในครรภ์² จะรู้สึกมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด อาจต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด โดยผู้คลอดแต่ละคนจะมีความกลัวแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่มีระดับความกลัวการคลอดสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลังถึง 1.90 เท่า³ มีสาเหตุมาจาก ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน กลัวสิ่งที่ไม่รู้ ไม่อาจคาดคะเน หรือไม่อาจควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับการคลอดได้ กลัวความเจ็บปวด กลัวภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือทารก และกลัวเสียชีวิต^{1,3-4} ได้รับฟังเรื่องราวด้านลบเกี่ยวกับการคลอดที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดจากผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอด ส่งผลให้มีความกลัวการคลอดในระดับที่รุนแรงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง

ความกลัวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับด้านร่างกายเมื่อมีความกลัวการคลอดบุตรเกิดขึ้นจะมีการไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) มีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ในระยะแรกของการคลอด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างทำงานไม่ประสานกัน ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าหรือนานกว่าปกติ และส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลงทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้^{1,5} ส่งผลให้ไม่สามารถคลอดเองได้ จำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด และมีการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินขึ้น ส่วนด้านจิตใจเมื่อผู้คลอดมีความกลัวการคลอดเกิดขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีความตึงเครียด ทำให้รับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ถ้าทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้จะนำไปสู่ความต้องการยาบรรเทาปวด หรือร้องขอการผ่าตัดคลอด⁴ และเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความปลอดภัยต่อผู้คลอดและทารกค่อนข้างสูง⁶ เห็นได้ว่าความกลัวการคลอดส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลผดุงครรภ์ผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการลดความกลัวการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดสามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดตามกระบวนการคลอด

การดูแลผู้คลอดให้สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องให้การสนับสนุนการคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของการคลอด เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีการคลอดดำเนินไปได้ตามกระบวนการคลอด ทั้งนี้การสนับสนุนการคลอดเป็นแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ดูแลผู้คลอดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ จะช่วยให้ผู้คลอดลดความหวาดกลัว สามารถคลอดได้ทางช่องคลอดเกิดประสบการณ์เชิงบวกในการคลอด และลดผลกระทบที่เกิดกับทารกในครรภ์⁷ การสนับสนุนการคลอดตามแนวคิดของ Adams & Bianchi⁸ ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย (physical support) ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และด้านการเป็นผู้แทน (advocacy support) การสนับสนุนด้านร่างกายเป็นการดูแลให้เกิดความสบายและผ่อนคลาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายผู้คลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลและเพาะปัสสาวะว่างและการไม่จำกัดกิจกรรม เป็นต้น การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการคลอด เช่น การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การใช้สัมผัส การยอมรับ และการแสดงความเข้าใจ เป็นต้น การสนับสนุน



ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลและข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้คลอด เช่น บอกให้ทราบกระบวนการคลอด การเปิดของมดลูก ระยะเวลาที่จะคลอด เป็นต้น ผลของการสนับสนุนระยะคลอดโดยเฉพาะด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับความเจ็บปวดในทางบวก มีความเข้าใจธรรมชาติการคลอด เชื่อมมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บคลอดได้⁹ ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมตนเองได้¹⁰ ซึ่งจะส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวดี ทำให้ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง^{1,3} ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้คลอดไม่ได้รับการสนับสนุนระยะคลอด ส่งผลให้ระยะเวลาคอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

การสนับสนุนการคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดต่อผู้คลอดและทารก จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ และการศึกษาในประเทศ สามารถสรุปผลลัพธ์การสนับสนุนการคลอดเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคลอด 2) ด้านความเจ็บปวด และ 3) ด้านจิตสังคม ซึ่งผลลัพธ์ด้านการคลอด ได้แก่ ช่วยลดระยะเวลาของการคลอดให้สั้นลง ลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป¹¹ ลดการใช้ Oxytocin เร่งคลอดในระยะรอคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ผลลัพธ์ด้านความเจ็บปวดคือ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด¹² และลดการใช้ยาเร่งปวดในระยะรอคลอด ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ความวิตกกังวลลดลง¹³⁻¹⁴ นอกจากนี้ทำให้ใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายลงได้

ด้วยความสำคัญของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในห้องคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอดและผลลัพธ์การคลอด ได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ชนิดของการคลอด Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 และการใช้ยาเร่งคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอดของ Adams & Bianchi⁸ โดยการศึกษาวิจัย ณ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีนโยบายการให้บริการการคลอดที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด แต่โครงสร้างของห้องคลอดเป็นห้องรวมไม่เอื้อให้สามี ญาติ เข้าไปอยู่ดูแลในห้องคลอด ผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

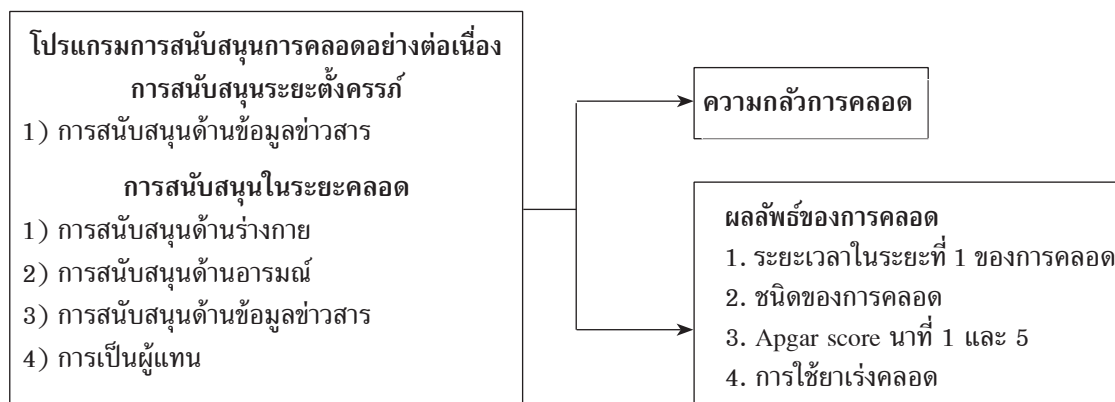
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ชนิดของการคลอด Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 และการใช้ยาเร่งคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ของผู้คลอดครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะคลอด
3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการคลอดปกติสูงกว่ากลุ่มควบคุม
5. กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
6. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน APGAR score ของทารกแรกเกิดของนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการสนับสนุนการคลอด ของ Adams & Bianchi⁸ มาใช้เป็นกรอบการวิจัยแบ่งการสนับสนุน 2 ระยะ ได้แก่ การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนในระยะคลอด การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์เป็นการเตรียมตัวคลอดโดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สำหรับการสนับสนุนระยะคลอด ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การเป็นผู้แทน ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง จะมีความกลัวการคลอดลดลง และมีผลลัพธ์ในการคลอดดี ทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ลดลง มีการคลอดปกติเพิ่มขึ้น ลดการใช้ยาเร่งคลอด และทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย Apgar score นาที 1 และ 5 ปกติเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pretest and posttest design) การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 03-1-2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย 074/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี 2562-2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2562-31 มีนาคม 2563 โดยทำการเลือกแบบวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random selection) ด้วยวิธีการจับฉลาก ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*POWER 3.1.9.2 ใช้ทดสอบ t-test แบบ mean difference between two independent means (two groups) ค่าอิทธิพล (effect size) ที่ .82 จากงานวิจัย Safarzadeh, et al.¹⁶ ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 และระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสุ่มหาช่วงการศึกษาเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 18-34 ปี, อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์, ไม่มีภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์, ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ, เมื่อแรกจับไขว้ในท้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3-4 เซนติเมตร หรือการหดตัวของมดลูก interval 5-10 นาที duration 30-45 วินาที intensity mild และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจดี เกณฑ์การคัดออก



คือ มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม หรือสูติกรรม ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (fetal distress) เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และแรกรับไว้ในห้องคลอด ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามขั้นตอนการวิจัยระหว่างการตั้งครรภ์ และ/หรือ เปลี่ยนใจไม่คลอดที่โรงพยาบาลที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง สร้างขึ้นตามแนวคิด การสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของ Adams & Bianchi⁸ โดยมีการสนับสนุนทั้งในระยะตั้งครรภ์ และ ระยะคลอด ดังนี้

1.1 การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ เริ่มเมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ กิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็น กิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจกระบวนการ คลอด และเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด ใช้เวลา 45-60 นาที ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นการฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายเตรียมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และการ บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้เวลา 40 นาที

1.2 การสนับสนุนในระยะคลอด เมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด และรับไว้ ดูแลในห้องคลอด ให้การสนับสนุนการคลอด ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านการเป็นผู้แทน ตามความต้องการของกลุ่มทดลอง ด้วยการช่วยเหลือ ดูแลความสบายของร่างกาย อยู่เป็นเพื่อน และกระตุ้นให้ ใช้เทคนิคบรรเทาความปวดตามความต้องการด้วยตนเองหรือผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลสนับสนุนตลอดระยะที่ 1 ของคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ ตัณมีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ การเปิดช่องปากมดลูกแรกรับ การหดตัวของมดลูก การได้ รับยาเร่งคลอดระยะรอคลอด การได้รับยาแก้ปวดระยะรอคลอด ชนิดของการคลอด ระยะเวลาดำเนินการเปิดมดลูกเปิดเร็วถึงเปิด หมด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR score นาทีที่ 1 และ 5

2.3 แบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (fear of birth scale) เป็นการวัดปริมาณความรู้สึกกลัว และความรู้สึก หวาดหวั่นของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด ของ Haines¹⁷ ที่กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเอง เป็นมาตรวัดด้วยสายตา 2 ข้อ ลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร คำตอบข้อ 1 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงไม่รู้สึกกลัวเลย ปลายขวาสุดแสดงถึง ความรู้สึกกลัวมากที่สุด คำตอบข้อ 2 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงรู้สึกสงบ ปลายขวาสุดแสดงถึงรู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งค่าความกลัว การคลอดบุตรได้จากค่าเฉลี่ยของคำตอบทั้ง 2 ข้อรวมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์ พยาบาลจำนวน 1 คน และพยาบาลห้องคลอดระดับชำนาญการขึ้นไป จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงเนื้อหา (content validity) ความเป็นปรนัย (objectivity) และความเหมาะสมในการใช้ภาษา ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และเครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่อง ผลลัพธ์การคลอดเป็นแบบบันทึกการคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการคลอดจริง จึงไม่ได้นำ ไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (fear of birth scale) ใช้ของ Haines และคณะ¹⁷ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการ ดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้ ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคูสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดที่แผนกฝากครรภ์ ซึ่งแจ้งการเข้าร่วมวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 1)

2. ขั้นตอนการทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการเตรียมตัวคลอด เป็นการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอด และฝึกบริหารร่างกายเพื่อเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยแจกคู่มือการเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด และปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทบทวนการบริหารร่างกายและการบรรเทาปวดในระยะคลอด ให้ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 2)

2.2 การสนับสนุนในระยะคลอด เมื่อกลุ่มทดลองเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์อีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติไม่ครบทำการคัดออกจากการวิจัย แล้วให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอด ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 3) ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลระยะแรกไว้ในห้องคลอด ผู้วิจัยให้การสนับสนุนในระยะคลอดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก และระยะเปลี่ยนผ่าน เมื่อปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร จะให้ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 4) โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องสิ้นสุดลงเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเมื่อกลุ่มทดลองเกิดความผิดปกติที่แพทย์วินิจฉัยให้คลอดวิธีอื่นก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ผู้คลอดรายนั้นจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดต่อไป

กลุ่มควบคุม ระยะตั้งครรภ์ (ฝากครรภ์) เข้ารับบริการตามกิจกรรมแผนกฝากครรภ์ จากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 2) และได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์ ระยะคลอด (ห้องคลอด) เมื่อกลุ่มควบคุมเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์อีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติไม่ครบทำการคัดออกจากการวิจัย ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 3) และให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอดภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลระยะแรกไว้ในห้องคลอด จากนั้น ได้รับมาตรฐานการพยาบาลระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (3 หรือ 4 เซนติเมตร ถึง ปากมดลูกเปิดหมด) เมื่อปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร ทำแบบมาตรวัดความกลัวการคลอดบุตร (ครั้งที่ 4) สิ้นสุดการวิจัยเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเมื่อกลุ่มควบคุมเกิดความผิดปกติที่แพทย์วินิจฉัยให้คลอดโดยวิธีอื่นก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ผู้คลอดรายนั้นได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดระยะคลอดต่อไป

3. ขั้นตอนประเมินผล ระยะตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา ประเมินก่อน-หลังโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด (ห้องคลอด) ประเมินโดยใช้แบบวัดความกลัวการคลอดด้วยสายตา เมื่อระยะแรกไว้ในห้องคลอด และระยะรอคลอดที่ปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร และประเมินผลลัพธ์ของการคลอดเมื่อสิ้นสุดการคลอด ผู้วิจัยจะบันทึกระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 ชนิดการคลอด Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 และการได้รับยาเร่งคลอดจากแพทย์ผู้คลอด



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และข้อมูลการคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความถี่การคลอด และผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับระยะเวลาในระหว่างที่ 1 ใช้สถิติทดสอบค่าทีอิสระ (Independent t-test) ผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับระยะเวลาในระหว่างที่ 1 ใช้สถิติค่าที (Independent t-test) ผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับชนิดของการคลอด และการได้รับยาเร่งคลอด ใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 โดยใช้สถิติ Man-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 23 ปี (SD=4.80) สถานภาพสมรส คู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100.00 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษามากที่สุด ร้อยละ 41.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,062.50 บาท (SD=8,148.50) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54.20 รับรู้ความสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 58.30 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 22.71 ปี (SD=4.39) สถานภาพส่วนใหญ่สมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 95.80 มีอาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 33.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,025 บาท (SD=8,746.79) ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 58.30 รับรู้ความสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 50.00

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองเริ่มเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 66.70 ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 21.50 (SD=2.30) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ที่ 10.28 กิโลกรัม (SD=2.31) เจ็บครรภ์จริงมาคลอดที่ห้องคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในท้องคลอดอยู่ที่ 3 เซนติเมตร ร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ที่ 3,102.92 กรัม (SD=360.61) ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะคลอด ร้อยละ 100.00 และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการวิจัยเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 45.80 ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 21.34 (SD=3.87) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ที่ 11.08 กิโลกรัม (SD=3.64) เจ็บครรภ์จริงมาคลอดที่ห้องคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 62.40 การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับในท้องคลอดคือ < 3 เซนติเมตร 3 เซนติเมตร และ 4 เซนติเมตร ร้อยละ 33.34 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ที่ 3,195.83 กรัม (SD=376.45) ได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 8.30 และมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ร้อยละ 20.80 ภาวะแทรกซ้อน ที่พบคือ CPD ร้อยละ 8.33 รองลงมาคือ mild meconium, thick meconium และ fetal distress ร้อยละ 4.17, 4.17 และ 4.17 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติค่าอิสระที และสถิติโคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความถี่การคลอด เนื่องจากก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความถี่การคลอดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงใช้สถิติทดสอบค่าที ทดสอบค่าเฉลี่ยของความถี่การคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (d) พบว่า ในระยะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความถี่การคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{46}=2.447$, $p=.009$) ส่วนในระยะคลอดค่าเฉลี่ยของค่าความแตกต่างของคะแนนความถี่การคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t_{46}=.216$, $p=.830$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความกลัวการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะของการดำเนินโปรแกรม/ ความกลัวการคลอด		n	(d)	SD	Mean Difference	t	df	p- value
ระยะตั้งครรภ์								
ความกลัวการคลอด	กลุ่มทดลอง	24	-10.02	13.67	10.31	2.447	46	.009
	กลุ่มควบคุม	24	.29	15.48				
ระยะคลอด								
ความกลัวการคลอด	กลุ่มทดลอง	24	14.75	16.10	.97	.216	46	.830
	กลุ่มควบคุม	24	13.78	15.01				

4. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่า ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด สัดส่วนของการคลอดปกติ APGAR score นาทีก่อนที่ 1 APGAR score นาทีก่อนที่ 5 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t_{41} = -.369$, $p = .714$; $X^2 = 3.048$, $df = 46$ $p = .188$; $Z = 288.00$, $p = .05$; $Z = 288.00$, $p = .05$ ตามลำดับ) ขณะที่การได้รับยาแรงคลอด พบว่า กลุ่มทดลอง มีการได้รับยาแรงคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 11.111$, $df = 46$ $p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลลัพธ์การคลอด		n	$\bar{x}$	SD	Mean Difference	t	df	p- value
ระยะเวลาใน ระยะที่ 1 ของ การคลอด	กลุ่มควบคุม	20	374.90	161.75	-17.491	-.369	41	.714
	กลุ่มทดลอง	23	392.39	149.08				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับ APGAR score ของทารกนาทีก่อนที่ 1 และ 5

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Rank	Mann-Whitney U test	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		Z	p-value
APGAR score นาทีก่อนที่ 1					24.50	288.00	.50
8 คะแนน	2	8.30	1	4.15			
9 คะแนน	20	83.40	22	91.70			
10 คะแนน	2	8.30	1	4.15			
APGAR score นาทีก่อนที่ 5					24.50	288.00	.50
9 คะแนน	1	4.15	1	4.15			
10 คะแนน	23	95.75	23	95.75			



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับชนิดของการคลอดและการได้รับยาเร่งคลอด

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Fisher'sExact	df	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	χ^2		
ชนิดของการคลอด							
คลอดปกติ	23	95.80	19	79.20	Fisher 's	1	1.88
คลอดผิดปกติ	1	4.20	5	20.80	Exact = 3.048		
การได้รับยาเร่งคลอด							
ได้รับ	1	4.20	13	54.20	χ^2	1	<.001
ไม่ได้รับ	23	95.80	11	45.80	=11.111		

อภิปรายผล

โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องช่วยลดความกลัวการคลอดเมื่อวัดในระยะตั้งครรภ์ คือ กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีผลลดความกลัวการคลอดในระยะคลอด อย่างไรก็ตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องช่วยลดการได้รับยาเร่งคลอด โดยกลุ่มทดลองมีการได้รับยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ในระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลวิชาชีพด้วยการให้ข้อมูลเพื่อการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ช่วยให้ผู้คลอด มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้วยการทำให้ตั้งใจความกลัวออกไปได้จากสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจนในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดลดความกลัวเกี่ยวกับการคลอด^{2,10} สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip และคณะ¹⁸ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดโปรแกรมการสอนกลยุทธ์ในการเผชิญความปวดในระยะคลอด มีระดับความวิตกกังวล และความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความกลัวการคลอดในระยะคลอดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดขยายอย่างรวดเร็ว ประมาณ 6-7 เซนติเมตร มดลูกจะมีการหดตัวรุนแรงขึ้น ผู้คลอดจะมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่พูดตอบคำถาม ไม่ให้ความร่วมมือ เกิดจากกลัวกับเหตุการณ์ในสถานการณ์จริงในห้องคลอด ถึงแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ ก็ไม่สามารถที่จะลดความกลัวในระยะคลอดลงได้ นอกจากนี้ยังมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัว ในห้องคลอดที่มีผู้คลอดรายอื่นที่เจ็บครรภ์คลอดใกล้เคียงกันร้องขอการผ่าตัดจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือเห็นผู้คลอดที่เจ็บครรภ์มาก ๆ แล้วได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วน และผู้คลอดครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอดความเจ็บปวดที่มีการหดตัวรุนแรงขึ้น ปากมดลูกเปิดขยายรวดเร็วมีผลต่อจิตใจทำให้เกิดกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (fear-tension-pain-syndrome)^{1,3} ความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดาภา เนียมปัสชา และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาในผู้คลอดที่มีระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร พบว่า ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและความกลัวในระยะคลอด ยิ่งเจ็บมากก็ยิ่งมีความกลัวมาก

ระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดเริ่มมีความเจ็บปวดจากการที่มดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น จะต่อรองในการลุกเดิน ทำท่าผิเสื่อสั้น ๆ เพียง 5 นาที ไม่อยากเปลี่ยนท่า อีกทั้งผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่คุ้นชินกับการคลอดไหวในระยะคลอด ผู้คลอดอยู่แต่บนเตียงไม่เคลื่อนไหว ซึ่งการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทางอยู่



ในท่าศีรษะสูงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนตัวของทารกและคลอดเร็วขึ้น^{1-2,4-5} ข้อจำกัดของผู้คลอดทำให้การดำเนินโปรแกรมทำได้ไม่สมบูรณ์เพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้คลอดมีผลทำให้การได้รับโปรแกรมสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อการลดระยะที่ 1 ของการคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์พร ฤกษ์เจริญ และคณะ²⁰ ที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ระยะที่ 1 ของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-10 เซนติเมตร ไม่แตกต่างจากผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษา Kumud Rana & Chopra²¹ พบว่า การจัดทำลำตัวและศีรษะสูง (upright position) ในระยะที่ 1 ของการคลอดมีระยะเวลาการคลอดที่สั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการจัดทำ แต่ระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำลำตัวและศีรษะสูง (upright position) จะกระตุ้นให้ผู้คลอดทำ 10-20 นาที แล้วสลับให้ผู้คลอดนอนบนเตียง 10-15 นาที สลับกัน ผู้คลอดให้ความร่วมมือจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความต้องการของผู้คลอด ดังนั้น เมื่อผู้คลอดรับรู้ถึงมดลูกที่หดรัดตัวรุนแรงขึ้นจึงต้องการนอนพักที่เตียงไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหวร่างกายตามโปรแกรม

การคลอดปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงต่ำ ไม่มีความผิดปกติของปัจจัยการคลอดด้านช่องทางคลอด ส่วนนำ และขนาดของทารกในครรภ์ซึ่งโดยทั่วไปจะสามารถคลอดปกติได้¹¹ อย่างไรก็ตามผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีร้อยละของการคลอดโดยใช้หัตถการน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลปกติ และไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งเป็นไปได้ว่า หากทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น ผลของโปรแกรมการสนับสนุนระยะคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการคลอดปกติเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องได้รับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และข้อมูลข่าวสารจากผู้ดูแลนั้นจะทำให้ผู้คลอดคลายกังวลได้¹⁶ ดังนั้น ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถเข้าใจกระบวนการคลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์และผ่านกระบวนการการคลอดไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennell และคณะ²² ที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวตลอดระยะเวลาของการคลอด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้นต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่มีสมาชิกครอบครัวสนับสนุน

การใช้ยาเร่งคลอด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้คลอดที่ใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีผลในการลดการใช้ยาเร่งคลอดในระยะคลอด อภิปรายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ การดูแลสุขภาพสบายทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การช่วยเหลือทั่วไป และให้กำลังใจผู้คลอดในระยะคลอด จะทำให้ผู้คลอดได้รับกำลังใจ มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ส่งเสริมการคลอด ช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย¹³ นอกจากนี้ยังจะไปขัดขวางความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามวงจรของ Dick-read ตามการศึกษาของมณี จันทร์โสภา²³ พบว่า การที่ผู้คลอดด้วยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) เมื่อการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง ผู้คลอดจะผ่อนคลาย ที่รู้สึกลดท้อภัย ลดการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) อะดรีนาลิน (adrenalin) และแคทีโกลามีน ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกปกติจึงไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด สอดคล้องกับ Hodnett²⁴ ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่องพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดการใช้ยาเร่งคลอดจะลดลง

คะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 เมื่อคลอดทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน คะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบกับทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาในระยะที่ 1



ของการคลอดปกติ (6 ชั่วโมง 54 นาทีและ 6 ชั่วโมง 25 นาที) โอกาสที่ทารก จะเกิดภาวะเครียดต่ำ ทารกแรกเกิดทุกคนจึงมี APGAR score อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกคนในครรภ์จึงไม่เกิดความเครียด

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพ ควรนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์และในระยะคลอด เพื่อส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการคลอดปกติ และช่วยลดการใช้ยาเร่งคลอดในระยะรอคลอด

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการเตรียมบุคลากร (ให้มีความพร้อมทั้งด้านกำลังคนและความสามารถในการสนับสนุนการคลอด) เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด และลดการใช้ยาเร่งคลอดโดยไม่จำเป็นสำหรับผู้คลอดทุกราย

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics (23rd ed.). New York: McGraw-Hill. 2014.
2. Sansiriphun N. Fear of childbirth. Nursing Journal 2013;40:103-12. (in Thai)
3. Nilsson C, Lundgem I, Karlstrom A, Hildingsoon I. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women and Birth 2011;25(3):114-21. doi:10.1016/j.wombi.2011.06.001
4. Perry SE, Lowdermilk DL, Cashion K, Alden KR. Maternity and newborn nursing: clinical companion. (2nd ed). St. Louis: Elsevier Mosby. 2012.
5. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing & childbearing family (6thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2010.
6. Maneein M. Comparative study of postpartum quality of life between patients having normal vaginal delivery and cesarean section. Journal of Health Science 2015;24(4):648-58. (in Thai)
7. Soontornlimsiri B, Phumonsakul S, Chareonpol O. The effect of nursing support during labor on laboring stress and perception of childbirth experience of first-time teenage mothers. Ramathibodi Nursing Journal 2009;15(3):361-72. (in Thai)
8. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2008;37(1):106-15. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x.
9. Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. Journal of Midwifery & Womens Health 2010;55(3):234-42.
10. Simkin P, O'Hara, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;186:131-59.doi:10.1016/S0002-9378(02)70188-9.
11. Akbarzadeh M, Masoudi Z, Zare N, Kasraeian M. Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure (at BL32 Acupoint) on labor length and infant's apgar score. Global Journal of Health Science 2016;8(3):236-44. doi:10.5539/gjhs.v8n3p236.
12. Sukkay V, Baosoung C, Sansiriphun N. Effects of labor support on pain and pain coping among parturients undergoing oxytocin augmentation. Nursing Public Health and Education Journal 2018;19(1):49-60. (in Thai)



13. Chuchua, B. The effects of continuous support program in labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents. [Master thesis]. Songkla: Prince of Songkla University, 2015. (in Thai)
14. Peomsook A, Deoieres W, Chimongkol N. The effects of labor support by a female family member on childbirth outcomes of primigravidas. [Master thesis]. Burapha: Burapha University, 2007. (in Thai)
15. Jaroensook C, Siriarunrat S, Tachasuksri T. The effects of labor support by a female relative on suffering from labor pain, coping with labor pain, and satisfaction with childbirth experiences among primiparous parturients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018;26(2):67-75.
16. Safarzadeh A, Beigi M, Salehian T, Khojasteh F, Burayri T, Navabirigi SD, Ansari H. The effect of doula support on labour pain and outcomes in primiparous women in Zahedan, Southeastern Iran: a randomized controlled trial. *Journal of Pain & Relief* 2012;1(5):1-4. doi:10.4172/2167-0846.1000112.
17. Haines H, Pallant JF, Karlstrom A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27(4):560-7. doi:10.1016/j.midw.2010.05.004.
18. Ip W, Tang C, Goggins W. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal Clinical Nursing* 2009;18(15):2125-35. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x.
19. Neumpadcha C, Anusornteerakul S, Ungpansattawong S. The relationships between fear of childbirth, labour pain and postpartum fatigue. *Journal of Nursing Science & Health* 2011;34(4):56-64. (in Thai)
20. Kritcharoen, S., Pongpaiboon, P., Phon-In, K., Chatchawet, W., Keawpimon, P., Maksuwan, M. (2019). Effectiveness of continuous labor support from village health volunteers on pain and duration of labor among primiparous women. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 2013;39(4), 16-25. (in Thai)
21. Kumud Rana AK, Chopra S. Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2013;9(1), 10-20.
22. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 1991;265(17), 2197-201.
23. Junsopa M, Baosoung C, Parisunyaku S. The effects of social support on labor pain and perception of childbirth experience among primiparous adolescent parturient. *Nursing Journal* 2012;39(4):71-84. (in Thai)
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review) [internet]. 2012[cited 2017 July 6]. Available: http://www.Cochrane.org/PREG_continuous-support-women-during-childbirth.