

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งผลลัพธ์การคลอดประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวดชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด จากการศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องได้เสนอหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด ประกอบด้วย ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด แนวคิดพื้นฐานของการสนับสนุนในระยะคลอด แหล่งของการสนับสนุนในระยะคลอด องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด บทบาทของการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงในแต่ละระยะของการคลอด และผลลัพธ์ของการสนับสนุนในระยะคลอด รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (Concept of Labor Support)

ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนและการสนับสนุนในระยะคลอดดังต่อไปนี้

ฮอดเน็ตท์ และออสบอน (Hodnett & Osborn, 1989) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) หมายถึง การดูแลและอยู่กับผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง ให้การสัมผัสปลอบโยน การสร้างความมั่นใจในการคลอด และการให้เกียรติผู้คลอด

ฮอดเน็ตท์ (Hodnett, 1996) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ว่าเป็นคุณลักษณะหรือเทคนิคหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี น่าจดจำและทำทลายความรู้สึกของผู้คลอด

เคย์นี่ และคณะ (Kayne et al., 2001) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนในระยะคลอด คือการที่มีบุคคลอาจเป็นเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญกับผู้คลอดอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด ไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสบาย หรือตอบสนองความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย

เมอริเบท (MeriBeth, 2004) ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) หมายถึง การที่บุคคลใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา น้อง เพื่อน แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยจัดความกลัวคอยช่วยเหลือในขณะคลอด สามารถเข้าใจถึงปัญหา และเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา

โรบิน (Robin, 1997) กล่าวถึงการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง บุคคลใดก็ตามอาจเป็นสามี มารดา พี่สาว หรือเพื่อน ที่ผู้คลอดต้องการ และสามารถอยู่ดูแลได้ตลอดเวลา สามารถช่วยจัดความกลัว ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ คอยช่วยเหลือในขณะคลอด

ซิมกิน (Simkin, 2002) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนในระยะคลอดว่า หมายถึง การดูแลแบบไม่ใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล เกิดความสุขสบาย ไม่โดดเดี่ยวอ้างว้างหรือเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า แต่มีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความมั่นใจและมีความหวังที่จะได้รับความรู้และได้รับการเอาใจใส่

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่วิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับผู้คลอดและสามารถอยู่กับผู้คลอดได้ตลอดระยะเวลาการคลอด โดยที่ผู้คลอดเป็นผู้เลือก ให้การสนับสนุนในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาสามารถสรุปความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอด ได้ว่า การที่บุคคลใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นผู้แทนผู้คลอด เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกทั้งทางด้านคลอด และจิต-สังคม

ความเป็นมาของการสนับสนุนในระยะคลอด

การสนับสนุนเป็นทัศนคติ (Support as Attitude) โดยมีการรับฟัง การยอมรับ การเข้าใจ การสนับสนุนเปรียบเสมือนการปฏิบัติ (Support as an Intervention) เพื่อช่วยให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเกิดความสุขสบาย ทางด้านร่างกาย และจิตใจ (Byne & Sebastain, 1994 อ้างถึงใน บังอร ศิริบูรณะภานนท์, 2540) เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดซึ่งเป็นพัฒนาการช่วงหนึ่งในชีวิตที่ผู้คลอดต้องการการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้คลอดจำได้ตลอด และมีผลกระทบต่อไปในอนาคต ซึ่งคุณภาพของการสนับสนุนในที่มการพยาบาลมีความสำคัญต่อประสบการณ์การคลอดทั้งในทางบวกและลบ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) นั้นได้เริ่มมาเมื่อไม่นานมานี้ คือช่วงหลัง ๆ ของ คศ. 1970 โดยดิค-รีด (Dick-Read, 1984) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติและการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการมีผู้สนับสนุนอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด และขยายไปถึงสมาชิกในครอบครัว ต่อมามีการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ (Family Centered Care: FCC) (Hutchfield, 1999) กับผู้คลอด โดยอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด มีบทบาทในการให้คำแนะนำผู้คลอด (Labor Coach) ซึ่งเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดรวมถึงสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย แต่เนื่องจากในต่างประเทศลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ความคาดหวังจึงอยู่ที่สามีมากกว่า และหวังว่าสามีเป็นบุคคลแรกที่จะปฏิบัติตามบทบาทของผู้ให้คำแนะนำที่ดี (Labor Coach) (Klaus, Kennell, Berkowitz et al., 1992 cited in Kayne et al., 2001) แต่ปรากฏว่าไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากสามีมีความเครียด อากาเร่ตื่นเต้น หงุดหงิด วิตกกังวลและกลัวมาก เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์ส่งเสียงร้อง หรือมีพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวด ทำให้สามีไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ (Klaus, Kennell, Berkowitz et al., 1992 cited in Kayne et al., 2001) แต่อย่างไรก็ตามสามีก็เป็นบุคคลสำคัญที่เข้าใจถึงอารมณ์ของผู้คลอดได้ดี จากปัญหาดังกล่าวคลาส เคลเนล และคลาส (Klaus, Kennell, & Klaus, 1993 cited in Kayne et al., 2001) จึงได้มีแนวคิดหรือโครงการการดูแลผู้คลอดจากผู้รับจ้างดูแล (Doula) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์และคลอด แต่พบว่าผู้รับจ้างดูแล (Doula) ให้การดูแลคนละแบบกับสมาชิกในครอบครัว ถึงแม้ว่าผู้รับจ้างดูแล (Doula) สามารถเข้าใจถึงอารมณ์ของผู้คลอดและสามีในระยะคลอดได้ก็ตาม แต่ผู้รับจ้างดูแล (Doula) จะเน้นในการปฏิบัติตามบทบาทหรือหน้าที่ของตน และจากการศึกษาพบว่าผู้คลอดและสมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่มีผู้รับจ้างดูแล (Doula) ไม่ได้มีความรักใคร่อ่อนโยนแตกต่างไปจากครอบครัวที่ไม่มีผู้รับจ้างดูแล ดังนั้นการรู้ใจ เข้าใจความต้องการของผู้คลอด สมาชิกในครอบครัวย่อมเข้าใจได้ดีกว่า จึงไม่ได้คิดจะกันสามีออกจากกระบวนการคลอด เพียงแต่ในบางเวลาสามีไม่สามารถที่จะตอบสนองผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม (Simkin, 1992 cited in Kayne et al., 2001) และโครงการดังกล่าวนี้ พบว่ามีข้อจำกัดสำหรับผู้คลอดที่มีรายได้น้อย ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลร่วมสนับสนุนผู้ดูแลตลอดระยะเวลาการคลอดได้ ดังนั้นนักวิชาการจึงพิจารณาเห็นว่าบุคคลในครอบครัวที่เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอด หมายถึง บุคคลใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา พี่สาว หรือเพื่อน ที่ผู้คลอดต้องการและสามารถอยู่ดูแลได้ตลอดเวลา สามารถช่วยขจัดความกลัว ช่วย

ระดับประคองด้านจิตใจ คอยช่วยเหลือในขณะคลอดหรือตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม (Kayne et al., 2001)

แนวคิดพื้นฐานของการสนับสนุนในระยะคลอด

แนวคิดพื้นฐาน (Core Concepts) ที่เป็นการสนับสนุนสำหรับการพยาบาลและมีความหมายสำหรับผู้ที่ได้รับการสนับสนุน (Simkin, 2002) มีดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดและการได้รับการดูแลจากพยาบาลจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกถึงความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในระยะยาว มากกว่าโครงสร้างต่าง ๆ ภายนอกของการคลอด (Simkin, 1991, 1992 cited in Simkin, 2002)

2. พยาบาลสามารถใช้เทคนิค เช่น เป็นแบบอย่าง การใช้เทคนิคการฟัง การให้การดูแลผู้คลอดแต่ละคนและคู่สมรสหรือผู้ที่มีส่วนร่วม การทดลองทำให้ดูเป็นตัวอย่าง และการประเมินย้อนกลับ เทคนิคการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายทั่วไป แต่การจะประสบความสำเร็จในการสนับสนุนนั้นไม่ได้อยู่ที่การสนับสนุนอย่างเดียวหากแต่การกระทำนั้นต้องทำด้วยความเต็มใจ และร่วมมือกับผู้สนับสนุนในการให้การดูแล ซึ่งเป็นบทบาทของการสนับสนุน

3. การพูดคุย การสัมผัส จับมือ การตบเบา ๆ ที่หลัง ไหล่ หรือการมองหน้าสบตาที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม เป็นวิธีหนึ่งของการสนับสนุนถึงแม้จะใช้ระยะเวลาไม่นานนัก แต่พบว่าสามารถช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกในทางบวกแก่ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนหรือผู้คลอดได้

4. ความวิตกกังวลของผู้คลอด ความเจ็บปวด หรือการขาดประสบการณ์ ซึ่งทำให้ผู้คลอดมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า หรือไม่มีความสามารถ การสนับสนุนเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยผู้คลอดเหล่านี้ได้

จากแนวคิดหลักของการสนับสนุนดังกล่าวข้างต้น จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งมีนักวิชาการนำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนผู้คลอดซึ่งในบทบาทของพยาบาลต้องคำนึงถึงความสำคัญของบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย ในการนำแหล่งสนับสนุนมาใช้สามารถปฏิบัติได้ 2 ทาง คือ

1. ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอให้มีเพียงพอ โดยผ่านโครงสร้างหน้าที่และเครือข่ายทางสังคมของผู้คลอด และ

2. ใช้เพื่อการสนับสนุนโดยตรง โดยให้ความช่วยเหลือบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น ในภาวะเครียด ภาวะวิกฤติ เป็นต้น ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ การช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ และทางด้านสิ่งของให้แก่ผู้รับบริการบางราย ตามปัญหาและความจำเป็น ซึ่งการคลอดซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติตามพัฒนาการ (Holmes & Magiera, 1987) บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมหรือจากเครือข่ายทางสังคมด้วย โดยเน้นความสำคัญจากสมาชิก

ครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อม และมีความใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนผู้คลอดอาจแตกต่างกันไป ดังนี้

แหล่งของการสนับสนุนผู้คลอด

เนื่องจากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ส่วนใหญ่ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และเรียกผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้คลอด ซึ่งบราวน์ (Brown, 1986) ได้กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญของการประเมินการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้คลอด อยู่ที่ผลลัพธ์การคลอด ที่แตกต่างซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน สิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ดังกล่าว ก็คือแหล่งสนับสนุนและชนิดของการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด มากกว่า ประโยชน์ตามแนวคิดทางคลินิก ซึ่งมีนักวิชาการได้ศึกษาแหล่งสนับสนุนในระยะคลอดสามารถแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

บราวน์ (Brown, 1986) กล่าวว่าโดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งได้ดังต่อไปนี้ เป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพหรือสังคมอื่น ๆ

นิโคล และฮูมินิช (Nichols & Huminich, 1988) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมของผู้คลอด ประกอบด้วยกลุ่มสังคมดังนี้

1. สามี และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญแก่ผู้คลอดมากที่สุดและถือว่าเป็นอันดับแรกของเครือข่ายทางสังคม เมื่อผู้คลอดมีปัญหา ก็จะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บิดา มารดา เป็นต้น ดังนั้นในครอบครัวจึงเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดและสามี ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว และเป็นความสัมพันธ์ที่ผู้คลอดมีความพึงพอใจและต้องการมากที่สุด ผู้คลอดจึงต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในกลุ่มนี้ เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

2. ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ เป็นเครือข่ายทางสังคมอันดับรองลงมาของผู้คลอด ถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดกับสามีหรือสมาชิกในครอบครัวไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจเนื่องจากความขัดแย้งหรือมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้คลอดเพื่อรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดต่อไป

3. สมาชิกในชุมชน ถือว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมอันดับสาม ผู้คลอดอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี สมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง และเพื่อน ๆ จึงมีความต้องการช่วยเหลือจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการปรึกษาเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพตลอดจนแหล่งให้บริการด้านสุขภาพ

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นเครือข่ายทางสังคมอันดับสุดท้าย ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือในด้านสุขภาพจากบุคคลในระดับนี้และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

ซิมคิน (Simkin, 1999) ได้กล่าวถึงแหล่งของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ที่รับจ้างดูแล (Doula) เป็นบุคคลที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในทุกๆระยะของการคลอดมาก่อน สามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล
2. สามี เป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดกับผู้คลอด และผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในกลุ่มนี้ เพื่อเป็นกำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน ในการคลอดบุตร
3. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ อาจเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์หรือแพทย์ เป็นต้น
4. ญาติหรือเพื่อน ผู้คลอดสามารถเลือกบุคคลที่ผู้คลอดคิดว่ามีความสัมพันธ์และสามารถอยู่กับผู้คลอดได้ตลอดเวลา สามารถให้ความอบอุ่น ผ่อนคลาย และช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลลงได้ในระยะคลอดลงได้

จากการศึกษาของโมซาลเลม และคณะ (บรวณาริการ) (Mosallam et al., 2004) โดยศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อทัศนคติของผู้คลอดและความเอาใจใส่ทางจิตสังคมในระยะคลอดในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (United Arab Emirates) และสอบถามถึงแหล่งการสนับสนุนในระยะคลอด พบว่า แหล่งสนับสนุนในระยะคลอดในกลุ่มทดลอง มาจากมารดามากที่สุด รองลงมาเป็นผู้สาว/ น้องสาว เพื่อน สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ

การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง

จากแหล่งการสนับสนุนในระยะคลอด เมื่อพิจารณาจะพบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญและมีความใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด และจากการศึกษาพบว่า บุคคลในครอบครัวที่เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอด หมายถึงบุคคลใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา พี่สาว หรือเพื่อน แต่ควรเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ (Significance Person) โดยผู้คลอดเป็นผู้ระบุ และสามารถ อยู่สนับสนุนผู้คลอดได้ตลอดระยะเวลาการคลอด สามารถช่วยขจัดความกลัว ช่วยประคับ ประคองด้านจิตใจ (Kayne et al., 2001; Robin, 1997; WHO, 2003) ประกอบกับ วัฒนธรรมบางแห่ง ผู้หญิงจะมีบทบาทของการสนับสนุนดูแลมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นจึงได้มีผู้ศึกษาถึงการนำสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้าไปร่วมสนับสนุนในระยะคลอดตลอดระยะเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดและวัฒนธรรม (Campbell et al., 2006; Madi et al.,

1999) โดยลักษณะของการสนับสนุนนั้น สมาชิกครอบครัวจะเข้าไปด้วยความรักในผู้คลอดและทารก ซึ่งเป็นความต้องการตามธรรมชาติในการปกป้องคุ้มครองสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ผู้คลอดก็ต้องการกำลังใจ ความรู้สึกร่วมและการสนับสนุนช่วยเหลือ (Copstick, Hayes, Taylor, & Morris, 1986) และจากการศึกษาดังกล่าวนอกจากพบผลลัพธ์การคลอดในทางบวกแล้ว ยังพบว่าสามารถค่าใช้จ่ายของผู้คลอดและของโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้คลอด รู้สึกมีปฏิสัมพันธ์กับการคลอดที่ดี และมองว่าเป็นหน้าที่ที่สมาชิกครอบครัวควรให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนในระยะคลอด ที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน ดังนั้นบุคคลที่จะมาร่วมในการสนับสนุนดูแลผู้คลอดอาจมีสามี มารดา พี่สาว น้องสาว เพื่อน ตามที่ผู้คลอดต้องการ (Julie, 2002; Robin, 1997; WHO, 2003) ความต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะมีความสำคัญต่อผู้คลอดมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้คลอดแต่ละคน ซึ่งได้มีผู้ศึกษาองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด อาจแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละคนดังต่อไปนี้

องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด

องค์ประกอบของการสนับสนุนก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน จากการศึกษาแนวคิดของการสนับสนุนในระยะคลอด พบว่ามีการแบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละคน ดังนี้

คาห์น และแอนโทนูซซี่ (Kahn & Antonucci, 1981 cited in Brown, 1986) ได้แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดเป็น 2 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านร่างกายและด้านอารมณ์

คาห์น (Kahn, 1979 cited in Tarkka & Paunonen, 1996) กล่าวว่า การสนับสนุนเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล และแบ่งการสนับสนุนเป็น 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Affect) เช่น การสัมผัส จับมือ เป็นต้น
2. ด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Affirmation) เช่น การรับฟังผู้คลอดและให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือชมเชย เป็นต้น
3. ด้านการช่วยเหลือ (Aid) เช่น การเงิน และเวลา เป็นต้น

ผู้ที่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการสนับสนุนในระยะคลอด โดยสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Davies & Hodnett, 2002; WHO, 2003) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เน้นการให้ความมั่นใจ ปลอดภัย ให้กำลังใจ

2. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Tangible Assistance) เน้นความสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Advice and Information Support)

ส่วนผู้ที่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการสนับสนุนในระยะคลอดแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ (Carr, 1994; Hodnett, 1996; Enkin, Keirse, Lumley et al., 1989; England & Horowitz, 1998; Keenan, 2000; Keirse, Enkin & Lumley, 1996; Kayne et al., 2001; Simkin, 1992 cited in Madi et al., 1999; Madi et al., 1999)

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ/ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Tangible Assistance) เป็นการช่วยเหลือในเชิงเครื่องมือสิ่งของที่สามารถมองเห็นได้ จับต้องได้ โดยเน้นด้านความสบายของผู้คลอด

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การสนับสนุนด้านความรัก ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่า การช่วยให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. การสนับสนุนด้านคำแนะนำ/ ข้อมูลข่าวสาร (Advice/ Information) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารและการประเมินย้อนกลับ

4. การเป็นสื่อกลางหรือเป็นผู้แทน (Advocacy) เช่น การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นต้น

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ได้แบ่งการสนับสนุนในระยะคลอด ออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนด้านความรัก อยู่เป็นเพื่อน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) เป็นการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับกระบวนการคลอด

3. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical Support) ดูแลด้านความสบายของผู้คลอด

4. การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้คลอด หรือสมาชิกครอบครัว

5. การสนับสนุนด้านการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ (Immediate Contact Between Mother and Child) ระหว่างผู้คลอดและทารก หรือสมาชิกในครอบครัว

จากที่กล่าวข้างต้นพบว่านักวิชาการมีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนในระยะคลอดที่สอดคล้องกันมากที่สุด 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร/ คำแนะนำ และ 4) การสนับสนุนในด้านการเป็นสื่อกลางหรือเป็นผู้แทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮอดเน็ต (Hodnett, 1996 cited in Rosen, 2004) และแม็กเคย์และสมิท (Mckay & Smith, 1993) ที่พบว่าในแต่ละระยะของการคลอดผู้คลอดมีความต้องการการสนับสนุนที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้คลอดมีความต้องการการสนับสนุนด้านร่างกายเพื่อให้เกิดความสบาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้คลอดต้องการได้รับการปลอบโยน กระตุ้นเตือน และกำลังใจ ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกระบวนการคลอดเพื่อช่วยให้คลายวิตกกังวลจากการไม่รู้ ตลอดจนการสนับสนุนด้านการเป็นผู้แทนผู้คลอดเพื่อช่วยในการติดต่อ สื่อสารกับสมาชิกครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ห้องคลอด เป็นต้น (Brown & Lumley, 1994; Hodnett, 1996 cited in Rosen, 2004) นอกจากนี้เคย์นีย์ (Kayne et al., 2001) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการร่วมกันสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดี อาจเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่รับจ้างการดูแล เป็นต้น เพื่อให้ผู้คลอดคลายความกลัว ความวิตกกังวล และได้รับการตอบสนองตามความต้องการในระยะคลอดได้ครอบคลุมมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเคย์นีย์ และคณะ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นการสนับสนุนในระยะคลอด ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมสนับสนุนในระยะคลอด โดยที่สมาชิกครอบครัวจะเป็นใครก็ได้ ระบุโดยผู้คลอด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ตลอดระยะการคลอด ซึ่งการสนับสนุนในระยะคลอดครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (Kayne et al., 2001)

1. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical Support) เป็นกิจกรรมการสนับสนุนความสบายของร่างกายผู้คลอด ประกอบด้วย ดูแลความสบายของร่างกายทั่วไป เช่น การช่วยเช็ดหน้า เช็ดตัว เมื่อมีเหงื่อ การพาไปห้องน้ำ ช่วยผู้คลอดในการด้านการเคลื่อนไหว ช่วยเปลี่ยนท่าหรืออิริยาบถ การพลิกตะแคงตัว ช่วยพยุงเดิน ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอด โดยช่วยนวดบริเวณกระดูกก้นกบเพื่อผ่อนคลายอาการปวดหลัง การช่วยลูบหน้าท้อง การใช้เทคนิคการหายใจ การช่วยสนับสนุนในเรื่องของอาหาร เครื่องดื่ม ในขณะที่ยังอนุญาตให้รับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มได้ ตลอดจนการดูแลความสะอาดปาก ฟันของผู้คลอด

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) กิจกรรมการสนับสนุนเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและความมั่นใจ ช่วยให้ผู้คลอดคลายความกลัว ความวิตกกังวล ประกอบด้วยการสนใจ เอาใจใส่ (Attention Focusing) ดูแลอย่างใกล้ชิด (Visualization) การสัมผัสจับ

มือ อยู่เป็นเพื่อนเผื่อคลอดในทุกๆระยะเวลาการคลอด ตลอดจนการพูดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) โดยสนับสนุนในการให้ข้อมูลส่งต่อแก่ผู้คลอดและให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย เมื่อพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การดูหน้าท้อง เทคนิคการหายใจ แจ่มเรื่องความก้าวหน้าของการคลอด การเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ร่วมรับฟังและช่วยชี้แนะให้ผู้คลอดทราบหรือปฏิบัติตาม ช่วยควบคุมผู้คลอดในการใช้เทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด นอกจากนี้ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อยืนยันตนเอง และช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในตนเอง

4. การเป็นผู้แทน (Advocacy) เป็นการสนับสนุนเพื่อเป็นสื่อกลาง เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ รวมถึงการประสานหรือติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ตลอดจนการพูดคุยที่ใช้คำศัพท์ง่าย ๆ ให้ผู้คลอดเข้าใจได้ง่ายขึ้น

บทบาทของการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงในแต่ละระยะของการคลอด

ในการวิจัยครั้งนี้เน้นการสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 1 ช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) และ 2 ของการคลอด (ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จนกระทั่งทารกคลอด) เนื่องจากในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) และ 2 ของการคลอดเป็นระยะที่ผู้คลอดจะมีความเครียด ความวิตกกังวล และต้องการการสนับสนุนมากกว่าในระยะอื่น ๆ (Rubin, 1984 cited in Sleutel, 2003; Gottlieb, 1992) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการสนับสนุนในระยะที่ 1 ช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) และ 2 ของการคลอด โดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ใช้แนวทางสนับสนุนผู้คลอดใน 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการเป็นผู้แทนของผู้คลอด ตามแนวคิดของ (Kayne et al., 2001) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด (Callister, 1991; Hodnett, 1996 cited in Rosen, 2004) เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ ลดความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และสามารถรับรู้สถานการณ์การคลอดอย่างถูกต้องในทางบวก โดยแบ่งการให้การสนับสนุนตามระยะของการเจ็บครรภ์ ดังนี้

1. บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงในระยะที่ 1 ของการคลอด

1.1 บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase)

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ลักษณะการหดตัวของมดลูกจะรุนแรงขึ้นตามลำดับ ในระยะต้น ๆ การหดรัดของมดลูกมีความรุนแรงระดับปานกลางและรุนแรงมากขึ้นในระยะท้าย ๆ ของปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดจะรู้สึกกระสับกระส่าย หรือตื่นเต้นมากขึ้น การสังเกตว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วแล้ว คือการที่ผู้คลอดใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจไม่ได้ผล เนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้น

หลักการสำคัญของการสนับสนุน คือช่วยให้ผู้คลอดมีการผ่อนคลาย บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง คือ ช่วยเช็ดหน้า เช็ดเหงื่อผู้คลอดหรือดูแลความสุขสบายด้านร่างกายอื่น ๆ ควบคุมหรือสั่งการให้ผู้คลอดหายใจตามจังหวะของการหายใจในระยะเจ็บครรภ์ ช่วยถนอม บริเวณที่ผู้คลอดต้องการและใช้กิจกรรมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ โดยเน้นให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด งดน้ำและอาหารผู้คลอดจนกว่าจะเสร็จสิ้นการคลอดและต้องดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ โดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพราะการคั่งของปัสสาวะจะไปขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้การคลอดล่าช้าได้ พยายามลดความวิตกกังวลของผู้คลอด โดยการพูดคุยกับผู้คลอดด้วยความเข้าใจ หรือการไม่ทอดทิ้งให้ผู้คลอดอยู่ลำพังคนเดียว

1.2 บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวในระยะเจ็บครรภ์มาก อยากร่ง (Transition)

ระยะ Transition เป็นระยะสุดท้ายในระยะที่หนึ่งของการคลอด ในระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดช้าลง แต่การเคลื่อนตัวของส่วนนำจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในระยะนี้การหดรัดตัวของมดลูกแต่ละครั้งจะรุนแรงและยาวนาน มีความรุนแรงระดับมาก ทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดมาก มีภาวะเครียด ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มมากขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกปวดหน่วงที่ก้น รู้สึกอยากร่ง เริ่มรู้สึกไม่สุขสบายมากขึ้น พักผ่อนได้น้อยลง

หลักการสำคัญของการสนับสนุน คือให้ความสนใจและดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากระยะนี้ผู้คลอดจะเจ็บปวดมากที่สุด บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง คือ พยายามให้ผู้คลอดได้พักมากที่สุดขณะที่มดลูกคลายตัว ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบาย ได้แก่ ช่วยเช็ดตัว เช็ดเหงื่อ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ถ้าผ้าเปื้อน กระตุ้นให้ผู้คลอดลืมตาและเพ่งความสนใจไปจุด

ใดจุดหนึ่ง พุดจาปลอบประโลมสนับสนุนและให้กำลังใจผู้คลอด นวด ภูมิภาคที่ผู้คลอดต้องการ และใช้กิจกรรมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ โดยเน้นให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจให้มากที่สุด หากผู้คลอดอยากแบ่งใช้เทคนิควิธีการควบคุมการหายใจในระยะอยากแบ่ง อย่างถูกวิธี

2. บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวในระยะที่ 2 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นช่วงของการขับทารกออกมาจากโพรงมดลูก การหดตัวของมดลูกในระยะนี้จะรุนแรงและถี่มาก (Walsh, 2000b) ผู้คลอดกลัวการถูกทอตั้งแต่ขณะเดียวกันต้องการความเจ็บสงบ การผ่อนคลายในระยะนี้เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการผ่อนคลาย บริเวณอุ้งเชิงกรานเพื่อให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำได้ดีขึ้น

หลักการสำคัญของการสนับสนุน คือให้ความสนใจและดูแลอย่างใกล้ชิด บทบาทการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง คือ ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบาย ได้แก่ ช่วยเช็ดตัว เช็ดเหงื่อ วางผ้าเย็นที่หน้าผาก ให้ผู้คลอดบ้วนปากด้วยน้ำแต่ไม่ให้ดื่มน้ำ พยายามให้ผู้คลอดได้พักหลับในขณะที่มดลูกคลายตัว พุดจาปลอบประโลมสนับสนุนและให้กำลังใจผู้คลอดหรือ การยืนยันเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ช่วยเชียร์เบ่งคลอด ช่วยพยุงศีรษะผู้คลอดในขณะที่เบ่งคลอด จะเห็นได้ว่า บทบาทหลักสำคัญของผู้สนับสนุนในระยะคลอดคือการสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสารและการเป็นผู้แทนผู้คลอด ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้คลอดในการตัดวงจรความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น การนวด การประคบร้อน/ เย็น เป็นการช่วยลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด การสนับสนุน ด้านอารมณ์เป็นการลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ตลอดจนความไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากร การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ กระบวน การคลอด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การบริหารการหายใจ ช่วยลดความตึงเครียด จากการตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเป็นผู้แทนตัดสินใจ เมื่อผู้คลอดไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยให้ผลลัพธ์การคลอดเป็นไปในทางบวกมากขึ้น

การสนับสนุนในระยะคลอดต่อผลลัพธ์การคลอด (Childbirth Outcomes)

จากการศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอดโดยผู้สนับสนุน เป็นเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ที่มีสุขภาพการทางแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ พบผลลัพธ์ของการคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเวลาการคลอด

จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงอยู่หลาย การศึกษา เช่น

แคมป์เบล และคณะ (Campbell et al., 2006) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ รัฐนิวเจอร์ซีย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปากมดลูกเปิด 1-2 เซนติเมตร จำนวน 598 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 298 ราย ซึ่งมีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ เป็นผู้หญิงเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด และกลุ่มควบคุม 300 ราย ไม่ได้รับการสนับสนุน จากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีระยะที่ 1 ของการคลอด สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (10.4 ± 4.3 ต่อ 11.7 ± 4.8 ชั่วโมง; $p < .01$) ส่วนระยะที่ 2 ของการคลอด (58 ± 51 min ต่อ 64 ± 57 min, $p > .05$) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โคแกน และสปินนาโต (Cogan & Spinnato, 1988) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในรัฐเท็กซัส โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก อายุครรภ์ 26-37 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดที่ได้รับการฝึกมาก่อน และกลุ่มควบคุม 11 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลา การคลอดในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ (Latent Phase [0-4 เซนติเมตร]) สั้นกว่า (6.9 ชั่วโมง ต่อ 13.4 ชั่วโมง; $p < .01$) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase [4-8 เซนติเมตร]) สั้นกว่า (2.4 ต่อ 4.2 ชั่วโมง; $p < .01$) และระยะปากมดลูกเปิดช้าลง (Transition Phase [8-10 เซนติเมตร]) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (0.7 ต่อ 2.3 ชั่วโมง; $p < .01$) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ล่าช้าลดลง (ร้อยละ 0 ต่อ 43; $p < .01$) ส่วนเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เคนเนล และแม็กกราธ (Kennell & Mcgrath, 1993) ทำการศึกษาที่ Cleveland, Teaching Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน มีจำนวน 570 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 300 ราย มีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ ได้รับการเตรียมมาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 270 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดรวม (ระยะที่ 1 และ 2) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (13.4 ชั่วโมง ต่อ 14.4 ชั่วโมง; $p < .01$)

คลาส และคณะ (Klaus et al., 1986) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอด ครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย จำนวน 417 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 168 ราย ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว (Friend or

Family Member) ตลอดระยะเวลาของการคลอด และกลุ่มควบคุม 249 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุม (7.7 ต่อ 15.5 ชั่วโมง; $p < .001$)

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านสังคมจิตใจในระหว่างเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในแม็กซิโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีรายได้น้อย จำนวน 724 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 361 ราย โดยมีผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอดและกลุ่มควบคุม 363 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุม (4.56 ต่อ 5.58 ชั่วโมง; RR 1.07 CI (95 %) = -1.52 to-0.51)

โมซาลเลม และคณะ (บรณาริการ) (Mosallam et al., 2004) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อทัศนคติของผู้คลอดในสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวและคลอดทางช่องคลอดในระยะ 2 เดือนหลังคลอด จำนวน 400 คน ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดและความพึงพอใจเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด ผลการศึกษาพบว่าหญิงหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุน (อยู่เป็นเพื่อน) อย่างต่อเนื่องในระยะคลอด มีจำนวน 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.3 โดยได้รับการสนับสนุนจากมารดาคิดเป็นร้อยละ 59.5, พี่สาว/ น้องสาวร้อยละ 31.2, เพื่อนร้อยละ 7.2, สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวร้อยละ 1.3 หรือสามีร้อยละ 0.8 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต่อเนื่องในระยะคลอด มีจำนวน 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.7 โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 56.4 จากมารดาร้อยละ 25.8 พี่สาว/ น้องสาว 16.6 หรือสามีร้อยละ 1.2% ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง ($p < 0.0001$)

พาสโค (Pascoe, 1993) ศึกษาที่รัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาที่ไม่ใช่การสุ่มตัวอย่าง (not Randomized) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุครรภ์ครบกำหนด จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 58 ราย ได้รับการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน หรืออาสาสมัครมาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 8 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดรวม (ระยะที่ 1 และ 2) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (632 ± 51 min ต่อ 965 ± 206 min; $p = .03$)

โซซา และคณะ (Sosa et al., 1980) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ในเขตเมือง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย จำนวน 127 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

32 ราย ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง ซึ่งไม่ได้รับการฝึกมาก่อน (Untrained Female Relative Support) ตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 95 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่าในกลุ่มควบคุม (8.7 ต่อ 19.3 ชั่วโมง; $p < .001$)

นอกจากงานวิจัยดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาวินิจฉัยวิเคราะห์ (Meta Analysis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยาระคลอด (Labor Support Studies) เช่น

ฮอดเน็ตท์ (Hodnett, 2001 cited in Simkin & O'Hara, 2002) ที่ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยาระคลอด (Support During Labor) จำนวน 14 เรื่อง รวมจำนวนตัวอย่าง 5000 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยาระคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน (Women's Friends or Family) คนเดียว ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดไม่ต่อเนื่อง พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดไม่ต่อเนื่องอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คลอส และคณะ (Klaus et al., 1992 cited in Sauls, 2002) ได้ทำการรวบรวมการวิจัยจำนวน 5 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1252 คน โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยาระคลอด (Continuous Labor Support) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยาระคลอด มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร้อยละ 25 ($p < .00001$)

สก๊อทท์ เบอริโควิทซ์ และคลอส (Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยาระคลอด (Labor Support) ซึ่งได้รับการเตรียมพร้อมมาก่อนต่อผลลัพธ์การคลอดและหลังคลอด จำนวน 11 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดอย่างต่อเนื่อง (Continuous) ในด้านร่างกายและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยาระคลอดไม่ต่อเนื่อง (Intermittent) พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยาระคลอด มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสนับสนุนอย่างไม่ต่อเนื่อง (เฉลี่ย 1 ชั่วโมง 38 นาที)

แซง และคณะ (Zhang et al., 1996) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยาระคลอด (Labor Support) จำนวน 4 เรื่อง โดยศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกอายุน้อย และมีรายได้น้อย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยาระคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม

ตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยเน้นการสนับสนุนในด้านอารมณ์ กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยเฉลี่ย 2.8 ชั่วโมง (95 % CI 2.2-3.4)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ได้มีผู้นำสมาชิกครอบครัวเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดแต่เป็นสามี เช่น ประกายแก้ว กำคำ (2534) ได้ศึกษาผลการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ ต่อ การควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกมาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากสามีในระยะเจ็บครรภ์ และกลุ่มควบคุม 30 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในหออคลอด ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

สรุปผลการศึกษากการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ทั้งจากรายงานการวิจัยและการวิเคราะห์งานวิจัย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด

2. การใช้ยาบรรเทาปวด

จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงอยู่หลายการศึกษา ได้แก่

แคมป์เบล (Campbell et al., 2006) ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงครรภ์แรกที่ไม่มีการแทรกซ้อน ปากมดลูกเปิด 1-2 เซนติเมตร จำนวน 598 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 298 ราย ซึ่งมีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด และกลุ่มควบคุม 300 ราย ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการใช้ยาชาเข้าทางไขสันหลังลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ร้อยละ 85 ต่อ 88; $p > .05$) และมีขนาดความกว้างของปากมดลูกเป็นเซนติเมตรในขณะที่ให้ยาระงับปวดมากกว่าในกลุ่มควบคุม (4.3 ± 1.3 : 3.9 ± 1.2 เซนติเมตร; $p < .01$)

โคแกน และสปินนาโต (Cogan & Spinnato, 1988) ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในรัฐเทกซัส โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ 26-37 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ทั้งหมด 25 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 14 ราย ได้รับการสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดที่ได้รับการฝึกมาก่อน

และกลุ่มควบคุม 11 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีขนาดของการใช้ยา Narcotic น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ร้อยละ 43 ต่อ 82; $p < .05$)

เคลเนล และแม็กกราธ (Kennell & Mcgrath, 1993) ทำการศึกษาที่ Cleveland, Teaching Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีจำนวน 570 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 300 ราย มีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการเตรียมมาก่อนเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 270 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้าหาวิชาชีพหลังคลอดน้อยกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 67 ต่อ 76; $p > .05$)

คลาส และคณะ (Klaus et al., 1986) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีรายได้ต่ำ จำนวน 417 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 168 ราย ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว (Friend or Family Member) ตลอดระยะเวลาของการคลอดและกลุ่มควบคุม 249 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีการใช้ยาาระงับปวดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 1 ต่อ 4; $p > .05$)

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านสังคมจิตใจ ในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในเม็กซิโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีรายได้ต่ำ จำนวน 724 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 361 ราย โดยมีผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 363 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการเข้าหาวิชาชีพหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (RR 1.01 CI [95 %] = .95-1.07)

เมดิ และคณะ (Medi et al., 1999) ศึกษาที่บอทสวานา แอฟริกาใต้ (South Africa) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 109 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 53 ราย มีญาติสนิทที่เป็นผู้หญิงโดยไม่ได้รับการฝึกมาก่อน (Untrained Close Female Relative Support) เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด และให้การสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนการติดต่อสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุม 56 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีความต้องการในการใช้ยาาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53 ต่อ 73; $p < .05$)

โมซาลเลม และคณะ (บรณนาธิการ) (Mosallam et al., 2004) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อทัศนคติของผู้คลอดในสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวและคลอดทางช่องคลอดในระยะ 2 เดือนหลังคลอด จำนวน 400 คน ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดและความพึงพอใจเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงหลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุน (อยู่เป็นเพื่อน) อย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัว มีจำนวน 237 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต่อเนื่องในระยะคลอด มีจำนวน 163 ราย ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดในระยะคลอด มีการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า ($p < 0.0001$)

โซซา และคณะ (Sosa et al., 1980) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ในเขตเมือง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่รายได้น้อย จำนวน 127 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย ได้รับการสนับสนุนจากจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว ซึ่งไม่ได้รับการฝึกมาก่อน (Untrained Female Relative Support) ตลอดระยะเวลาของการคลอด และกลุ่มควบคุม 95 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากงานวิจัยดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ (Meta Analysis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support Studies) เช่น

โกลบอล เฮลท์ เคาน์ซิล (Global Health Council, 2003 อ้างถึงใน ริระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2548) ได้ศึกษาวิจัยวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงผลการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์การคลอด จำนวน 15 เรื่อง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า (RR 0.87; [95%] CI 0.79 to 0.96 [11 trials, n = 11,051])

ฮอดเน็ทท์ (Hodnett, 2001 cited in Simkin & O'Hara, 2002) ที่ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอด (Support During Labor) จำนวน 14 เรื่อง รวมจำนวนตัวอย่าง 5,000 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน (Women's Friends or Family) คนเดียว ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะ

คลอดอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ยาระงับปวดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าทางไขสันหลัง (Epidural Analgesia) น้อยกว่า (Odds ratio [OR] 0.59; [95 %] CI, 0.52-0.68)

คลอส และคณะ (Klaus et al., 1992 cited in Sauls, 2002) ได้ทำการรวบรวมงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1,252 คน โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Continuous Labor Support) มีการใช้ยาระงับปวด (Use of Analgesia) ลดลงร้อยละ 30 ($p < .05$) และใช้ยาระงับปวดเข้าทางไขสันหลัง (Spinal Block) ลดลงร้อยละ 60 (ไม่มีรายงานระดับนัยสำคัญทางสถิติ)

สก๊อทท์ เบอริโควิทซ์ และคลอส (Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999) ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง (Labor Support) โดยผู้สนับสนุนที่ได้รับการเตรียมมาก่อนต่อผลลัพธ์การคลอดในระยะคลอดและหลังคลอด จำนวน 12 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง (Continuous) จากผู้หญิง โดยสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง (Intermittent) พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ยาฉีดบรรเทาปวดลดลง ($p < .01$) การใช้ยาเข้าทางไขสันหลังลดลง (ร้อยละ 36; $p < .05$) และอัตราความเจ็บปวดในระดับรุนแรงลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง ($p < .05$)

ซาง และคณะ (Zhang et al., 1996) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) จำนวน 4 เรื่อง โดยศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกอายุน้อย และมีรายได้น้อย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสนับสนุนในด้านอารมณ์ กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง (ร้อยละ 50, $p < .01$)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย จากการศึกษาค้นคว้าได้มีผู้นำสมาชิกครอบครัวเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด แต่เป็นสามี เช่น ประกายแก้ว กำคำ (2534) ได้ศึกษาผลการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวดระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการสนับสนุนจากสามีในระยะเจ็บครรภ์ โดยกิจกรรมของสามี ประกอบด้วย การนวดบริเวณก้นกบ การสัมผัสหน้าท้อง ให้

กำลังใจ และการควบคุมการหายใจ กลุ่มควบคุม 30 ราย ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองดีกว่า ความต้องการยาระงับปวดน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีรวรรณ ภาษาประเทศ, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และ วัฒนา ศรีพจนารถ (2540) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ที่โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมความเจ็บปวดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และระดับความเจ็บปวดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี

สรุปผลการศึกษากการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ทั้งจากรายงานการวิจัยและการวิเคราะห์งานวิจัย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจะมีการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง

3. ชนิดของการคลอด

จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้สนับสนุนที่เป็นผู้หญิงอยู่หลาย การศึกษา ได้แก่

แคมป์เบล (Campbell et al., 2006) ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่ไม่มีการผ่าคลอด ปากมดลูกเปิด 1-2 เซนติเมตร จำนวน 598 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 298 ราย ซึ่งมีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด และกลุ่มควบคุม 300 ราย ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 18.9 ต่อ 17.9; $p > .05$)

เคนเนลและแม็กกราท (Kennell & Mcgrath, 1993) ทำการศึกษาที่ Cleveland, Teaching Hospital ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 570 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 300 ราย มีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการเตรียมมาก่อนเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 270 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า (ร้อยละ 15.4 ต่อ 24.4; $p < .01$)

คลาส และคณะ (Klaus et al., 1986) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีรายได้เล็กน้อย จำนวน 417 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 168 ราย ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว (Friend or Family Member) ตลอดระยะเวลาของการคลอด และกลุ่มควบคุม 249

ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 7 ต่อ 17; $p < .01$) อัตราการคลอดปกติมากกว่า (ร้อยละ 73 ต่อ 41; $p < .01$) ส่วนอัตราการใช้เข็มช่วยคลอดน้อยกว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 1 ต่อ 3; $p > .05$)

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านสังคมจิตใจ ในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในแม็กซิโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย จำนวน 724 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 361 ราย โดยมีผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 363 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (RR 0.87 CI [95 %] = .68-1.12) อัตราการใช้เข็มช่วยคลอดลดลง (RR 0.86 CI [95 %] = .38-1.96)

เมดิ และคณะ (Medi et al., 1999) ศึกษาที่บอทสวานา แอฟริกาใต้ (South Africa) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 109 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 53 ราย มีญาติสนิทที่เป็นผู้หญิงโดยไม่ได้รับการฝึกมาก่อน (Untrained Close Female Relative Support) มาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดและให้การสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนการติดต่อสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุม 56 ราย ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 6 ต่อ 13; $p < .05$) อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 91 ต่อ 71; $p < .05$) อัตราการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอดลดลง (ร้อยละ 4 ต่อ 16; $p < .05$)

โซซา และคณะ (Sosa et al., 1980) ศึกษาที่กัวเตมาลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ในเขตเมือง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีรายได้น้อย จำนวน 127 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว ซึ่งไม่ได้รับการฝึกมาก่อน (Untrained Female Relative Support) ตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 95 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 19 ต่อ 27) อัตราการใช้เข็มช่วยคลอดลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 3 ต่อ 4) อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63 ต่อ 21) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากงานวิจัยดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ (Meta Analysis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support Studies) เช่น

โกลบอล เฮลท์ เคาน์ซิล (Global Health Council, 2003 อ้างถึงใน วีระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2548) ได้ทำการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงผลการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์การคลอด จำนวน 15 เรื่อง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีการคลอดปกติทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น (RR 1.08; CI [95%] = 1.04-1.13 [14 trials, n = 12,575]) การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการลดลง (RR 0.89; CI [95%] = 0.83-0.96 [14 trials, n = 12,757]) และการผ่าตัดคลอดลดลง (RR 0.90; CI [95%] = 0.82-0.99 [15 trials, n = 12,791])

ฮอดเน็ตท์ (Hodnett, 2001 cited in Simkin & O'Hara, 2002) ทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอด (Support During Labor) จำนวน 14 เรื่อง รวมจำนวนตัวอย่าง 5,000 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน (Women's Friends or Family) คนเดียว ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดลดลง (Odds Ratio [OR] 0.77; CI[95 %] = 0.65-0.90) การผ่าตัดคลอดลดลง (Odds Ratio [OR] 0.77; CI[95 %] = 0.64-0.91)

สก๊อทท์ เบอริโควิทซ์ และคลอส (Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Labor Support) ซึ่งได้รับการเตรียมตัวมาก่อนต่อผลลัพธ์การคลอดในระยะคลอดและหลังคลอด จำนวน 12 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง (Continuous) จากผู้หญิง โดยสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง (Intermittent) พบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า ($p < .001$)

แซง และคณะ (Zhang et al., 1996) ได้วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) จำนวน 4 เรื่อง โดยศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกอายุน้อย และมีรายได้น้อย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสนับสนุนในด้านอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด มีการใช้คีม

ช่วยคลอดน้อยกว่า (RR 0.46 CI [95 %] = 0.3-0.7) และอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า (RR 0.54 CI [95 %] = 0.4-0.7)

สรุปผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ทั้งจากรายงานการวิจัยและการวิเคราะห์งานวิจัย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจะมีอัตราการคลอดปกติมากกว่า ส่วนอัตราการผ่าตัดคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการน้อยกว่า

จากการศึกษารายงานการวิจัยและการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถกล่าวได้ว่าการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ช่วยให้มีผลลัพธ์ทางสูติศาสตร์เป็นไปในทางบวก (Obstetric Outcomes) ได้แก่ ระยะเวลาการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวด และชนิดของการคลอด จึงควรให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด

4. ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เนื่องจากประสบกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้คลอดในขณะที่เจ็บครรภ์และคลอด โดยผู้คลอดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะของภาวะรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวายใจและตึงเครียดหรือรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย จากการศึกษาของ เมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางบวกจะช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและมีพฤติกรรมความเป็นมารดาในทางที่ดี ขณะที่ลีเดอร์แมน (Leaderman, 1979) ซึ่งทำการศึกษความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์กับความก้าวหน้าของการคลอดพบว่า ความวิตกกังวลของผู้คลอดมีความสัมพันธ์กับการทำงานของมดลูกในขณะปากมดลูกเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลจะทำให้การเปิดของปากมดลูกล่าช้า

ในปี 1989 อัลเบิร์ต และเรนคิน กับ เคมป์ และฮัทมาเกอร์ (Albrecht & Rankin, 1989; Kemp & Hatmaker, 1989 cited in Schaeffer et al., 1981) พบว่า ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหรือแหล่งประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียดหรือวิตกกังวลได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโลวี (Lowe, 1987; McNiven & Gijsbers, 1984; Reading & Cox, 1985 cited in Lowe, 1996) ที่พบว่า เหตุผลสำคัญที่ผู้คลอดมีความวิตกกังวลในระยะคลอดคือการไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งแหล่งสนับสนุนของผู้คลอดนั้น

อาจเป็น สามี ญาติ พี่น้องและเพื่อน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ รพ. ที่ให้การดูแล ให้ข้อมูลข่าวสารหรือ คำแนะนำ ตลอด จนให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคย์นีย์ และคณะ (Kayne et al., 2001) ที่พบว่า ในระยะคลอดผู้คลอดจะมีความกลัว ความวิตกกังวล จึงควรได้รับการสนับสนุน ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด (Significance Presons) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ฮอฟไมเยอร์ และคณะ (Hofmeyr et al., 1991) โดย ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและการให้นมแม่ ที่โรงพยาบาลโคโรเนชั่น (Coronation Hospital) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ในแอฟริกาใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 189 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย ได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครจากชุมชนมาอยู่เป็นเพื่อน (Volunteers From the Community) ตลอดระยะเวลาของการคลอด โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะได้รับการเตรียมในการอยู่เป็นเพื่อน ผู้คลอดมาก่อน และกลุ่มควบคุม 97 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ (Routine Intrapartum Care) ทำการวัดปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อ ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โดยวัดความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด (State Anxiety Score) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger, 1983 cited in Hofmeyr et al., 1991) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .00001$) มีความเจ็บปวดในระดับรุนแรงลดลง ($p < .001$) การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง ($p < .00001$) ส่วนความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety Score) ใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p = .86$)

โวล์แมน และคณะ (Wolman et al., 1993) ทำการศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าหลัง คลอด ที่แอฟริกาใต้ (South Africa) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 6 เซนติเมตร จำนวน 189 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย ได้รับการสนับสนุนจากหญิงในชุมชนโดยการอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลาของการคลอด (Labor Companion Throughout Labor) และสนับสนุนใน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และ ด้านการติดต่อสื่อสาร ส่วนในกลุ่มควบคุม 97 ราย ไม่ได้รับการสนับสนุน โดยวัดความวิตกกังวล ในวันที่ 1 และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์ เบร์เจอร์ (Speilberger State-Trait Anxiety Scale) ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนน ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดในวันที่ 1 และ 6 สัปดาห์หลังคลอดลดลง (28.29 ต่อ

37.8; $p < .001$; 28.0 ต่อ 40.4; $p < .001$) ส่วนความวิตกกังวลแบบแฝงในวันที่ 1 (Trait-Anxiety Day 1) หลังคลอด ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.858$)

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านสังคมจิตใจใน ระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในเม็กซิโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย จำนวน 724 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 ราย โดยมีผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 363 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ โดยวัดความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดทันที (Immediate Postpartum Period) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล ในคะแนนของความวิตกกังวลในระดับปานกลางและระดับสูงต่อระดับต่ำ (RR 1.05 CI [95 %] = 0.90-1.23; RR 1.05 CI [95 %] = 0.90-1.23)

สก๊อทท์ เบอริโควิทซ์ และคลอส (Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999) ได้วิเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับผลการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ซึ่งได้รับการเตรียมมาก่อนต่อ ผลลัพธ์การคลอดในระยะคลอดและหลังคลอด จำนวน 12 เรื่อง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง (Continuous) ในด้านร่างกายและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดไม่ต่อเนื่อง (Intermittent) ผลการศึกษาพบว่า 8 ใน 12 เรื่อง พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดเกิดประโยชน์ในด้านจิตสังคม คือ ลดคะแนนความวิตกกังวล ในขณะเผชิญ (Reductions In State Anxiety Scores) เกิดความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด ในทางบวก (Positive Feelings About The Birth Experience) ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าได้มีผู้ศึกษาโดยนำสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นสามี เข้ามาสนับสนุน เช่น ปราณีย์ รุ่งแสงนภาพรรณ (2531) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีใน ระยะเจ็บครรภ์ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาครรภ์แรก โดย กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์และมาคลอดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากสามีในระยะเจ็บครรภ์เพียงระยะ เดียว และกลุ่มควบคุม 20 ราย ที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในห้้องคลอดตามปกติ ผลการวิจัย พบว่าสามีมีการพูดคุย ปลอดภัย ให้กำลังใจ สัมผัสมือ และช่วยให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย ได้แก่การบีบนวด การเปลี่ยนท่า สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้คลอดกลุ่มที่สามีเขาไปอยู่ด้วยเกิดความอบอุ่น มีกำลังใจและสามารถเผชิญภาวะเครียด และความวิตกกังวลได้ดีกว่าผู้คลอดที่สามีไม่มีส่วนร่วม ในระยะเจ็บครรภ์

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด ส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และการคลอดลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดเพิ่มขึ้น

5. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง รวมถึงการควบคุมความรู้สึกของตนเองในระยะเจ็บครรภ์และคลอด ซึ่งเกิดการแปลความหมายของเหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์และขณะคลอดของผู้คลอด (Marut & Mercer, 1979) ดังนั้นจึงพบว่า ประสบการณ์การคลอดมีทั้งทางบวกและลบ โดยผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก มีการรับรู้เหตุการณ์ในขณะเจ็บครรภ์และคลอดตามความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองในขณะเจ็บครรภ์และคลอดได้ ในความพึงพอใจต่อการคลอด เห็นว่าการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสิ่งที่สนุกสนานและมีความหมายสำหรับตนเองและครอบครัว จากการศึกษาของ กอร์ดอน และคณะ (Gordon et al., 1999 cited in Simkin & O'Hara, 2002) พบว่าผู้คลอดมีการรับรู้ต่อ ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น สามารถเผชิญกับ เหตุการณ์การคลอดได้ดีขึ้น ส่วนผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางลบ จะรับรู้ว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว คุกคามชีวิต ทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและไม่พึงพอใจต่อการคลอด (Hallgren et al., 1995) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายในระยะเจ็บครรภ์และคลอด วิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ การคลอดทางบวกได้ คือ การสนับสนุนในระยะคลอด (Kayne et al., 2001) จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่าผู้คลอดที่มีผู้สนับสนุนหรืออยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดจะมีความพึงพอใจต่อ ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Murray et al., 2002) ดังต่อไปนี้

ฮอฟเมเยอร์ และคณะ (Hofmeyr et al., 1991) ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะ คลอดโดยการอยู่เป็นเพื่อนต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์ การคลอดและการให้นมแม่ ที่โรงพยาบาลโคโรเนชั่น (Coronation Hospital) ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ชุมชน ในแอฟริกาใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 189 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย ได้รับการสนับสนุนโดยอาสาสมัคร จากชุมชนมาอยู่เป็นเพื่อน (Volunteers From the Community) ตลอดระยะเวลาของการคลอด โดยอาสาสมัครเหล่านี้จะได้รับการเตรียมในการอยู่เป็นเพื่อนมาก่อน และกลุ่มควบคุม 97 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ (Routine Intrapartum Care) ทำการวัดปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่

ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่า โดยมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น ($p < .01$) สามารถเผชิญกับเหตุการณ์การคลอดได้ดีขึ้น ($p < .001$) และความรู้สึกตึงเครียดลดลง ($p < .001$)

กอร์ดอน และคณะ (Gordon et al., 1999 cited in Simkin & O'Hara, 2002)

ทำการศึกษาที่โรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง (3 HMO hospital) ในแคลิฟอร์เนีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ที่มีอายุ ≥ 18 ปี อายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตร และคลอดปกติ จำนวน 314 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 149 ราย ได้รับการสนับสนุนโดยผู้หญิงที่ได้รับการฝึกมาก่อนตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม มีจำนวน 165 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (ร้อยละ 82.5 ต่อ 67.4; $p < .01$) มีความรู้สึกต่อการคลอดในทางบวกมากขึ้น (ร้อยละ 58 ต่อ 43.7; $p < .05$) คิดว่าตนเองแข็งแรงและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี (ร้อยละ 58 ต่อ 41; $p < .01$)

แลงเกอร์ และคณะ (Langer et al., 1998) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านสังคมจิตใจ ในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดทันที ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในเม็กซิโก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย จำนวน 724 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 ราย โดยมีผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด และกลุ่มควบคุม 363 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ของระดับความพึงพอใจต่อการคลอดในระดับปานกลางและระดับต่ำต่อระดับสูง (RR 0.91 CI [95 %] = .58-1.44; RR 1.05 CI [95 %] = .65-1.70)

นอกจากงานวิจัยดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ (Meta Analysis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support Studies) เช่น

แซง และคณะ (Zhang et al., 1996) ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกอายุน้อย และมีรายได้น้อย เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสนับสนุนในด้านอารมณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากพบผลลัพธ์ทางบวกในด้านการคลอดแล้ว ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและมีความรู้สึกที่ดีในระยะหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โกลบอล เฮลท์ เคาน์ซิล (Global Health Council, 2003 อ้างถึงใน ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2548) ได้วิเคราะห์งานวิจัย ผลการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดเพื่อศึกษาถึงความพึงพอใจและผลลัพธ์การคลอด จำนวน 15 เรื่อง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (RR 0.73; CI [95%] = 0.65-0.83 [6 trials, n = 9,824])

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบว่าได้มีผู้นำสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นสามีเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด เช่น ปรกษาแก้ว กำคำ (2534) ศึกษาผลการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลการศึกษากการสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) ทั้งจากรายงานการวิจัยและการวิเคราะห์งานวิจัย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจะเกิดผลลัพธ์ทางบวกในด้านสังคม-จิตใจของผู้คลอด (Psychosocial Outcomes) เช่น ความวิตกกังวล ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด แม้แต่การสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) จากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ อาสาสมัครจากชุมชน ก็พบผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน การสนับสนุนในระยะคลอดจึงมีคุณค่าและพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด

จากการศึกษาของ นิตยา คชภักดี (2540) ที่ได้ทำการสำรวจ " ประสบการณ์การคลอดครั้งแรก" ของผู้คลอด ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวน 320 คน พบว่าในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีสามีอยู่ด้วยร้อยละ 51.7 และพบว่าผู้คลอดรู้สึกดีต่อการที่มีสามีเข้ามาอยู่ด้วย โดยให้กำลังใจช่วยเหลือร้อยละ 49.7 แต่พบถึงร้อยละ 50.3 ที่ผู้คลอดมีความคิดเห็นต่อการแสดงออกของสามีขณะผู้คลอดอยู่ในกระบวนการคลอดว่า สามีจะมีอาการตื่นเต้น กระสับกระส่าย ร้อยละ 25.4 ไม่อยู่ ร้อยละ 11.7 ใจเย็น ร้อยละ 8.4 นิ่งเงียบ ร้อยละ 3.9 พุดมาก ร้อยละ 0.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้คลอดรู้สึกวิตกกังวลต่อการที่มีสามีเข้ามาอยู่ด้วยอาจทำให้การคลอดยุ่งยากมากขึ้น ร้อยละ 3.3 และพบว่าสามีบางคนอาจไม่สะดวกใจหรือไม่อยากเฝ้าคลอดเนื่องจากมีความกลัวและวิตกกังวลไม่อยากเห็นผู้คลอดเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และไม่สามารถจะให้การช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม

กล่าวได้ว่า การสนับสนุนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น นอกจากจะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดกับผู้คลอดในระยะคลอดแล้ว ยังช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดและมี

พฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่สนับสนุนนั้นเป็นบุคคลที่ผู้คลอดพึงประสงค์
สามารถที่จะเป็นที่พึ่งได้ ตลอดจนให้การดูแลให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ (Ip WY, 2000 cited in
Rosen, 2004) ผู้คลอดทุกคน จึงควรได้รับคำแนะนำให้มีการเลือกแหล่งสนับสนุน (Enkin et al.,
2000 cited in Rosen, 2004) บนพื้นฐานความต้องการของผู้คลอดแต่ละคน เนื่องจากผู้คลอดจะ
มีวิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน นอกจากนี้ควรปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี ตลอดจน
เหมาะสมกับบริบทของโครงสร้างหน่วยงาน เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการการคลอดได้ดียิ่งขึ้น

จากการพิจารณาพบว่าการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเข้ามาสนับสนุน
ในระยะคลอดเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย และ
บริบทของโครงสร้างหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดดังกล่าวมาใช้ในการ
การศึกษาครั้งนี้ โดยศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิง
ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งผลลัพธ์การคลอดประกอบด้วย ระยะเวลาการคลอด
การเข้ายารรเทาปวด ชนิดของการคลอด ความวิตกกังวลของในระยะเจ็บครรภ์และคลอด และ
ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการบริการ
การคลอดและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

ตารางที่ 1 สรุปผลการศึกษา

ชื่อผู้วิจัย	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	กลุ่มตัวอย่าง (N) Study Population	กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	
แคมป์เบล (Campbell et al., 2006) New Jersey	หญิงครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้น้อย ปากมดลูกเปิด 1-2 ซม. จำนวน 598 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 298 ราย และกลุ่มควบคุม 300 ราย	ให้เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทดลอง 2 ครั้ง ของการคลอด โดยสนับสนุน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและด้านอารมณ์	ในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการคลอด รวมสั้นกว่า ($p < .01$) ส่วนเวลาในระหว่างที่ 2 ของการคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การใช้ยาบรรเทาปวด ลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ชนิดของการคลอด โดยการผ่าตัดคลอดลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
โคแกนและสปีนนาโต (Cogan & Spinnato, 1988) Texas, USA.	เป็นผู้คลอดครั้งแรก อายุครรภ์ 26-37 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ปากมดลูกเปิด ≤ 3 ซม. จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย และกลุ่มควบคุม 11 ราย	ได้รับการสนับสนุนโดยมารดาของผู้คลอดที่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน	ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการคลอด โดยระยะ Latent Phase (0-4 เซนติเมตร), ระยะ Active Phase (4-8 เซนติเมตร) และระยะ Transition Phase (8-10 เซนติเมตร) ลดลง ($p < .01$) ส่วนในระหว่างที่ 2 ของการคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	กลุ่มตัวอย่าง (N) Study Population	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
ฮอฟไมเยอร์ และ ดอนะ(Hofmeyr et al., 1991), South Africa	เป็นผู้คลอดครั้งแรก ในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีรายได้น้อย จำนวน 189 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย และกลุ่มควบคุม 97 ราย	สนับสนุนจากอาสาสมัครจากชุมชน อยู่เป็นเพื่อน (Volunteers From The Community) ตลอดระยะเวลาของการคลอด	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี คะแนนความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด (State Anxiety Score) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .00001$) และความเจ็บปวดในระดับรุนแรงลดลง ($p < .001$) การรับรู้การเจ็บป่วยในระยะคลอด ($p < .00001$) การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง ($p < .00001$) ส่วนความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety Score) เมื่อ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่แตกต่างกัน ($p = .86$)
เคลเนล และ แม็กกราท (Kennell & McGrath, 1993) Cleveland, Teaching Hospital, USA.	เป็นผู้หญิงครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุครรภ์ครบกำหนด มีรายได้ปานกลาง จำนวน 570 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 300 ราย กลุ่มควบคุม 270 ราย	มีเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ได้รับ การเตรียมคลอดมาอยู่ เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอด ระยะเวลาของการคลอด	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาการคลอด (ระยะที่ 1 และ 2) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (13.4 ชั่วโมง ต่อ 14.4 ชั่วโมง, $p < .01$) การใช้ยาบรรเทาปวด โดยมีอัตราการใช้ยาเข้าทางเส้นหลังลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 67 ต่อ 76; $p \geq .05$) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชนิดของการคลอด มีอัตราผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 15.4 ต่อ 24.4; $p < .01$)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	กลุ่มตัวอย่าง (N)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
กอร์ดอน และคณะ (Gordon et al., 1999 cited in Simkin & O'Hara, 2002)	โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีอายุ ≥ 18 ปี ครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตร และคลอดปกติทั้งหมด 314 ราย แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 149 ราย	ได้รับการสนับสนุน ได้รับผู้จ้างการดูแลที่ปรึกษา การฝึกอบรมตลอดระยะเวลาการคลอด	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมีผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอัตราการรับรู้ต่อการคลอดในประเด็นของการเห็นใจ ความเจ็บปวดในระยะคลอดดีขึ้น (ร้อยละ 46.8 ต่อ 28.3; $p < .05$) มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด (ร้อยละ 82.5 ต่อ 67.4; $p < .01$) มีความรู้สึกต่อการคลอดในทางบวกมากขึ้น (ร้อยละ 58 ต่อ 43.7; $p < .05$) มีความแข็งแรงและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี (ร้อยละ 58 ต่อ 41; $p < .01$)
คลาสและคณะ (Klaus et al., 1986)	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกในเขตเมือง มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีรายได้ ≤ 3	กลุ่มทดลองได้รับ การสนับสนุนจากเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัว (Friend or Family Member) ตลอดระยะเวลาของการคลอด	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการคลอด ลดลง (7.7 ต่อ 15.5 ชั่วโมง; $p < .001$) การใช้กระบังปวด น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 1 ต่อ 4) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Guatemala	จำนวน 417 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 168 ราย และกลุ่มควบคุม 249 ราย	ครอบครัว (Friend or Family Member) ตลอดระยะเวลาของการคลอด	ชนิดของการคลอด โดยอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 7 ต่อ 17; $p < .01$) อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 73 ต่อ 41; $p < .01$) ส่วนอัตราการใช้เข็มช่วยคลอดลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 1 ต่อ 3) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (N)		Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	Study Population	Cervical Dilatation (ชม.)	กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
แดงเกอร์ และ คณะ (Langer et al., 1998)	โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในเม็กซิโก โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 724 ราย		โดยให้มีผู้หญิงอยู่ เป็นเพื่อน (A Female Companion) ในระยะเวลาของการคลอด	ไม่ได้รับ การสนับสนุน	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาของการคลอด สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (4.56 ต่อ 5.58 ชั่วโมง; RR 1.07 CI [95 %] = -1.52 To-0.51)
Mexico	แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 ราย และ กลุ่มควบคุม 363 ราย				การเข้ารับการเข้าทางเข้าทางเข้าหลัง (RR 1.01 CI (95 %) = .95 -1.07) และระดับความเจ็บปวดในระดับ ปานกลางและระดับสูงต่อระดับต่ำ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ (RR 1.05 CI (95 %) = .94-1.16; RR 1.02 CI [95 %] = .98-1.06) ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด การสนับสนุนในระยะคลอด มีความสัมพันธ์กับคะแนนวิตกกังวลและความเชื่อมั่นของตนเอง โดยคะแนนของความวิตกกังวลในระดับปานกลางและ ระดับสูง ต่อ ระดับต่ำ RR 1.05 CI (95 %) = 0. 90-1.23; RR 1.05 CI (95 %) = 0. 90-1.23) และคะแนนความเชื่อมั่นของตนเองในระดับต่ำต่อปานกลาง ลดลง (RR 1 CI (95 %) =0. 83-1.20) ความพึงพอใจต่อการคลอด ในระดับปานกลางและระดับ ต่ำต่อระดับสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 0.91 CI (95 %) = .58-1.44; RR 1.05 CI (95 %) = .65-1.70)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	กลุ่มตัวอย่าง (N)	กลุ่มควบคุม	
เมติ และคณะ (Medi et al., 1999) Botwana, South Africa	กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด ตั้งครรภ์ เดียว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 1-6 จำนวน 109 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 53 ราย	มีญาติสนิทที่เป็นผู้หญิงมาอยู่ เป็นเพื่อนในระยะเวลาคลอด การสนับสนุนใน 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุน การติดต่อสื่อสาร	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี การใช้ยาบรรเทาปวด ลดลง (ร้อยละ 53 ต่อ 73; $p < .05$) ชนิดของการคลอด โดยอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 6 ต่อ 13; $p < .05$) อัตราการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 91 ต่อ 71; $p < .05$) อัตราการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วย คลอดลดลง (ร้อยละ 4 ต่อ 16; $p < .05$)
โมซาเลม และ คณะ (Mosalam et al., 2004)	กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ เดี่ยวและคลอดทางช่องคลอดใน ระยะ 2 เดือนหลังคลอด จำนวน 400 คน จำนวน 237 ราย มีจำนวน 163 ราย	ได้รับการ สนับสนุนใน ระยะคลอด จากสมาชิกใน ครอบครัว ไม่ต่อเนื่อง	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา มีระยะเวลาการคลอด ลดลง ($p < 0.0001$) การใช้ยาบรรเทาปวด ลดลง ($p < 0.0001$)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
พาสโค (Pascoe, 1993), Michigan, USA.	กลุ่มตัวอย่าง (N) Study Population ที่ไม่ใช่การสุ่มตัวอย่าง (Not Randomized) มีจำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 58 รายและกลุ่มควบคุม 8 ราย	มีผู้สนับสนุนในระยะ คลอด โดยเป็นญาติ เพื่อน หรืออาสาสมัคร มาอยู่เป็นเพื่อน ผู้คลอด ตลอด ระยะเวลาการคลอด ได้รับการสนับสนุน จากจากเพื่อนหรือ สมาชิกครอบครัว ซึ่ง ไม่ได้รับการฝึกมา ก่อน (Untrains Female Relative Support) ตลอด ระยะเวลาของ การคลอด	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาการคลอด (ระยะที่ 1 และ 2) ของการคลอดสั้นกว่า กลุ่มควบคุม (632 ± 51 min ต่อ 965 ± 206 min; p = .03)
โซซาและคณะ (Sosa et al., 1980) Guatemala	ตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกในเขต เมือง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่รายได้ น้อย 1-2 จำนวน 127 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 95 ราย	ได้รับการดูแล ตามปกติ ได้รับการดูแล ตามปกติ	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาของการคลอดที่สั้นกว่าในกลุ่มควบคุม (8.7 ต่อ 19.3 ชั่วโมง; p < .001) การใช้ยาบรรเทาปวดลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชนิดของการคลอด โดยอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (ร้อยละ 19 ต่อ 27) อัตราการใช้เครื่องมือช่วยคลอดลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 3 ต่อ 4) อัตราการคลอดปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63 ต่อ 21) แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (N) Study Population	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
		กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
ไวต์แมน และ คณะ (Wolman et al., 1993)	กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 189 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 92 ราย และ กลุ่มควบคุม 97 ราย	ในกลุ่มทดลอง ได้รับ การสนับสนุนจาก อาสาสมัคร (ในชุมชน จำนวน 1 คนโดยการอยู่ เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลา ของการคลอด)	ส่วนในกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับ การสนับสนุน	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี ความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์และคลอด ในวันที่ 1 และ 6 สัปดาห์ หลังคลอดในกลุ่มทดลองลดลง (28.29 ต่อ 37.8; $p < .001$; 28.0 ต่อ 40.4; $p < .001$) ส่วนความวิตกกังวลแฝงในวันที่ 1 (Trait Anxiety Day 1) หลังคลอด ทั้ง 2 กลุ่ม ($p = 0.858$) และ คะแนนความเชื่อมั่น ในตนเอง เมื่อ 1 วันหลังคลอด ไม่แตกต่างกัน ($p = .62$)
โกลบอล เฮลท์ เคาน์ซิล (Global Health Council, 2003 cited in Sauls, 2002)	การสนับสนุนในระยะคลอด (Support During Labor) จำนวน 14 เรื่อง รวมจำนวนตัวอย่าง 5000 ราย	ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน	ในกลุ่มทดลองมี	ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองมี การเจ็บครรภ์ปวด (RR 0.87; 95% CI 0.79 To 0.96 [11 Trials, n = 11,051]) ชนิดของการคลอด โดยคลอดปกติเพิ่มขึ้น (RR 1.08; 95% CI 1.04 To 1.13 [14 Trials, n = 12,575]) ส่วนการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์ หัตถการ (RR 0.89; 95% CI 0.83 To 0.96 [14 Trials, n = 12,757]) การผ่าตัดคลอด (RR 0.90; 95% CI 0.82 To 0.99 [15 Trials, n = 12,791]) ลดลง เช่นเดียวกัน (ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการคลอด เพิ่มขึ้น (RR 0.73; 95% CI 0.65 To 0.83 [6 Trials, n=9,824])

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (N)		Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
	Study Population	กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)		
ฮอดเน็ตท์ (Hodnett, 2001 cited in Simkin & O'Hara, 2002)	การสนับสนุนในระยะ คลอด (Support During Labor) จำนวน 14 เรื่อง รวมจำนวนตัวอย่าง 5000 ราย	การสนับสนุนใน ระยะคลอดอย่าง ต่อเนื่องขณะที่กอยู่ ในโรงพยาบาล โดย สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน (Women's Friends or Family)	การสนับสนุนไม่ ต่อเนื่อง		ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดคนเดียวอย่างต่อเนื่อง มี ระยะเวลาการคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีการใช้ยาจะจับปวดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าทาง ไขสันหลัง (Epidural Analgesia) ลดลง (Odds Ratio [OR] 0.59; 95 % CI, 0.52 - 0.68) มีชนิดของการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์ที่การทางช่องคลอดลดลง (Odds Ratio [OR] 0.77; 95 % CI, 0.65, 0.90) การผ่าตัดคลอดลดลง (Odds Ratio [OR] 0.77; 95 % CI, 0.64, 0.91) ต่อมา มีระยะเวลาการคลอดลดลงร้อยละ 25 ($p < .00001$) การใช้ยาจะจับปวดลดลงร้อยละ 30 ($p < .05$) ใช้ยาจะจับปวดเข้าทาง ไขสันหลังลดลงร้อยละ 60
คอด และคณะ (Klaus et al., 1992 cited in Sauls, 2002)	การวิจัยจำนวน 5 เรื่องที่ ศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1252 คน	ผู้คลอดที่ได้รับ การสนับสนุน	ไม่ได้รับ การสนับสนุน		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (N) Study Population	Intervention (Type of Support)		ผลการศึกษา Childbirth Outcomes
		กลุ่มทดลอง (Experimental Gr.)	กลุ่มควบคุม (Control Gr.)	
สก็อทท์, เบอริโค วิทท์ และคอลลิส (Scott, Berkowitz, & Klaus, 1999)	การสนับสนุนในระยะคลอด (Support During Labor) จำนวน 12 เรื่อง	กลุ่มที่ได้รับ การสนับสนุนใน ระยะคลอดอย่าง ต่อเนื่อง (Continuous) เน้น การสนับสนุนด้าน ร่างกายและอารมณ์	กลุ่มที่ได้รับ การสนับสนุน ในระยะคลอด ไม่ต่อเนื่อง (Intermittent)	มีการใช้การจับปวดเข้าทางขั้วหลังลดลง (ร้อยละ 36; $p < .05$) ชนิดของการคลอด ให้อัตราการผ่าตัดคลอดลดลง ($p < .001$) และ การใช้บรรเทาปวดลดลง ($p < .01$) และอัตราการเจ็บปวดในระดับ รุนแรงลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ผลการศึกษพบว่า 8 ใน 12 เรื่อง ที่พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอด เกิดประโยชน์ในด้านจิตสังคม คือ ลดคะแนนความวิตกกังวลในขณะ เผชิญ (Reductions in State Anxiety Scores) เกิดความรู้สึกลด ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Positive Feelings About the Birth Experience) และเพิ่มอัตราการดูนมแม่ ดดภาวะซึมเศร้าหรือปรับปรุง ความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ผลที่เกิดขึ้นจากการได้รับสนับสนุนในระยะคลอดเป็นไปในทางบวก ชนิดของการคลอด ใช้ทีมช่วยคลอด (RR 0.46 (95 % CI 0.3 - 0.7) อัตราการผ่าตัดคลอด ใช้ทีมช่วยคลอด (RR 0.54 (95 % CI 0.4 - 0.7) ผลที่เกิดขึ้นจากการได้รับสนับสนุนในระยะคลอดเป็นไปในทางบวกแล้ว นอกจากนี้ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุน ได้รายงานว่ามีความพึงพอใจ มากขึ้นและมีความรู้สึกที่ดีขึ้นในระยะหลังคลอด
แซง และคณัง (Zhang et al., 1996)	การสนับสนุนในระยะคลอด (Labor Support) จำนวน 4 เรื่อง ที่ศึกษาใน ผู้คลอดครบวัยแรกอายุน้อย มีรายได้ น้อย	กลุ่มที่ได้รับ การสนับสนุนใน ระยะคลอดอย่าง ต่อเนื่อง	ไม่ได้รับ การสนับสนุน	