

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก

ชุลีพร การะภักดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

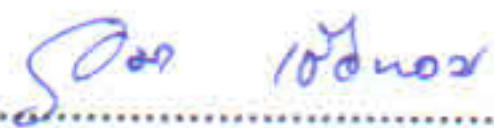
สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

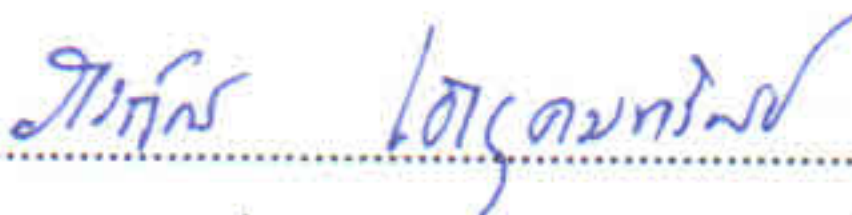
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชุติพร การะภักดี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

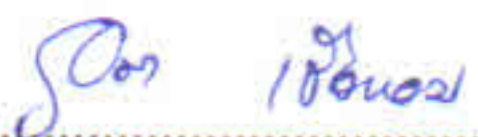

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

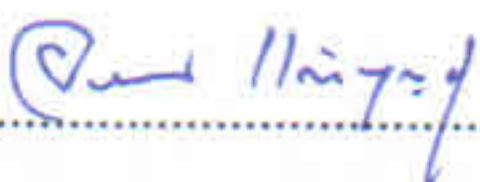

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ แก้วบุญชู)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี จากความกรุณา และให้การดูแลเป็นอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เคียววิเศษ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษาแนวทางที่ถูกต้องในการทำวิทยานิพนธ์ คอยกระตุ้นเตือนให้แนวคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มาตลอดรวมทั้งคอยชี้แนะในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และอาจารย์ในสาขาการผดุงครรภ์ทุกท่าน ที่คอยให้ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ คอยให้ความรู้แก่นิสิตตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้อนุเคราะห์ให้นำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ให้การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ฝ่ายครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด ทุกท่านที่ช่วยเป็นกำลังใจและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มาโดยตลอด และสุดท้ายขอขอบคุณ เพื่อนร่วมรุ่น โดยเฉพาะเพื่อนร่วมอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ทั้ง 3 คนที่ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมาตลอด ขอขอบพระคุณ คุณธรรมชาติ อินทร์จันทร์ และดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ รุ่นพี่ที่คอยส่งพลังและให้คำปรึกษาตลอดเมื่อมีปัญหาหรือข้อแก้ ที่สำคัญ ขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้กำลังใจ เสริมพลังให้ผู้วิจัยอย่างไม่มีขีดจำกัด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงกราบขอบพระคุณทุกท่านที่กล่าวมาไว้ ณ โอกาสนี้

ชุลีพร การะภักดี

56920226: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: โปรแกรม/ การสนับสนุนในระยะคลอด/ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก/ ความกลัวการคลอด/
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ชูลิพร การระกัถิ: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก (EFFECTS OF LABOR SUPPORT BY A FEMALE RELATIVE PROGRAM ON FEAR OF CHILDBIRTH AND PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST TIME ADOLESCENT MOTHERS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., อุษา เชื้อหอม, Ph. D. 90 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การมีญาติผู้หญิงคอยดูแลผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกอาจช่วยลดความกลัวการคลอด และส่งเสริมให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดวัยรุ่นแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและมาคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 47 คน เป็นกลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ทั้งการดูแลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความกลัวการคลอด และแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างข้อมูลด้วยสถิติ ไคสแควร์ ฟิชเชอร์เอ็กแซกท์ และทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกมารดาตนเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะปากมดลูกเร็ว ($t_{45} = 3.61, p < .01$) และตลอดระยะเวลาของการคลอด ($t_{45} = 5.95, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = -3.86, p < .001$)

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลห้องคลอดควรจัดให้ญาติผู้หญิงเข้าไปให้การสนับสนุนดูแลผู้คลอดในระยะคลอดโดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นครั้งแรก เพื่อช่วยลดความกลัว และส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีแก่ผู้คลอด

56920226: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: PROGRAM/ LABOR SUPPORT/ FIRST TIME ADOLESCENT MOTHERS/
FEAR OF CHILDBIRTH/ PERCEPTION CHILDBIRTH OF EXPERIENCE

CHULEEPHORN KARAPAKDEE: EFFECTS OF LABOR SUPPORT BY A
FEMALE RELATIVE PROGRAM ON FEAR OF CHILDBIRTH AND PERCEPTION OF
CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG FIRST TIME ADOLESCENT MOTHERS: WANNEE
DEOISRES, Ph.D., USA CHUAHORM, Ph.D. 90 P. 2018.

First-time adolescent parturients having a labor support from their female relatives might help parturients decrease their childbirth fear and contribute their positive childbirth experience. Purpose of this quasi experimental research was to compare fear of childbirth and perception of childbirth experience between first time adolescent mothers who received labor support by a female relative program and those who received only routine nursing care. Participants were 47 of first-time adolescent mothers who met study inclusion criteria and had given birth at Sawanpracharak hospital during February to May 2018. Twenty two participants were assigned into control group, 25 were assigned into experimental group. Control group received only routine nursing care, experimental group received both routine care and labor support by a female relative program. Data were collected by demographic questionnaire, delivery fear scale, and perception of childbirth experience questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistic. Data comparison were analyzed by Chi-square test, Fisher's exact test, and independent *t*-test.

Study results showed that adolescent mothers in the experimental group chose their mothers to provided labor support. Experimental group had mean score of childbirth fear during active phase ($t_{45} = 3.61, p < .01$) and throughout delivery process ($t_{45} = 5.95, p < .001$) significantly lower than control group. Also, experimental group had mean score of perceived positive childbirth experience significantly higher than control group ($t_{45} = -3.86, p < .001$)

Findings suggest that midwives might offer female relatives to provide labor support for parturients especially for first-time adolescent mothers. It would help them decrease their childbirth fear and enhance their perceived positive childbirth experience.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น	11
ความกลั้วการคลอด.....	14
แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอด.....	22
การดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด.....	26
แนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด.....	27
โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	37
การเลือกตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	40
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การดำเนินการวิจัย.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
4 ผลการวิจัย.....	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
5 สรุปและอภิปรายผล.....	52
สรุปผลการวิจัย.....	52
อภิปรายผล.....	53
ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	57
ภาคผนวก.....	65
ภาคผนวก ก.....	66
ภาคผนวก ข.....	68
ภาคผนวก ค.....	78
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	90

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ..	47
2	ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก.....	48
3	ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด.....	49
4	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	50
5	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอด ภาพรวมของผู้คลอดวัยรุ่น ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	51
6	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น ครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	51

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติการตั้งครรภ์ และคลอดในแต่ละปีของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีจำนวนสูงถึง 16 ล้านคนหรือประมาณ ร้อยละ 11 ของการคลอดทั่วโลกและในจำนวนนี้เป็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 15 ปี สูงถึง 1 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปีต่อจำนวนประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 คิดเป็น 47.9, 44.8 และ 42.59 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) สำหรับข้อมูลของจังหวัดนครสวรรค์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2558 มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เป็น 2.2 และ 2.2 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และมีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็น 53.5 และ 50.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (บุญฤทธิ์ สุจริตน์ และปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, 2560)

การคลอดอาจเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการแต่สำหรับผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก การคลอดถือเป็นภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) ที่สำคัญเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้วางแผนมาก่อนองค์การอนามัยโลกได้ศึกษาข้อมูลผู้คลอดวัยรุ่นใน 29 ประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราการคลอดทางช่องคลอดสูงกว่าการคลอดวิธีอื่น ๆ คือ ร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็นการผ่าตัดคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ร้อยละ 23.2 และการผ่าตัดคลอดจากผู้คลอดวัยรุ่นที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว ร้อยละ 18.2 (Ganchimeg et al., 2014) แต่มีผู้คลอดวัยรุ่นบางคน ที่มีการเติบโตไม่เต็มที่ ไม่พร้อมสำหรับการคลอด เกิดภาวะผิวดัดส่วนของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าหรือบางรายอาจต้องได้รับการช่วยคลอดด้วยหัตถการเครื่องดูดสุญญากาศ จากความเหนื่อยล้าของการคลอดซึ่งเป็นผลจากวงจรความกลัว ความเครียดและความปวด (Fear-tension-pain)

ความกลัวการคลอด (Fear of childbirth) เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ จิตใจ และความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ซึ่งเป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง และทารกในครรภ์ ความกลัวการคลอดนี้เกิดขึ้นได้กับผู้คลอดทั้งครั้งแรกและครั้งหลัง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด ในระยะคลอดผู้คลอดส่วนใหญ่

จะรู้สึกกลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการสูญเสียความสามารถของตนเอง ก็จะไม่สามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ (Saisto, Ylikorkala, & Halmesmaki, 1999)

ความกลัวการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก จัดเป็นความกลัวการคลอดระยะแรก (Primary fear of childbirth) เนื่องจากเป็นความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และสามารถเกิดต่อเนื่องไปจนถึงวัยหมดประจำเดือน (Hofberg, 2003; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ความกลัวการคลอดนี้ เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้คลอด ต่อการจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองในระหว่างการคลอด เนื่องจากไม่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน จึงมักรู้สึก ตกใจ กลัว กลัวสิ่งต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ความกลัวการคลอดนี้ มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องเป็นวงจรกับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูก ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด (Tension) จากนั้นจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารอะดรีนาลีน (Adrenaline) ไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ หดตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกจึงขาดออกซิเจน ผู้คลอดจึงรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เกิดเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain cycle) (Dick-Read, 1984) ถ้าผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก เดิมมีความกลัวการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เมื่อต้องเผชิญความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกซึ่งเป็นความเจ็บปวดชนิดรุนแรง ผู้คลอดจึงมีระดับความเจ็บปวดในระดับสูง อาจทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ร้องโวยวาย นอนคืนไปมา เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวยิ่งเพิ่มความเครียดให้กับผู้คลอด ทำให้มดลูกหดตัวน้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะคลอดยาวนาน เกิดความเหนื่อยล้าหลังคลอด (ชนิดภาณีนิยมปีชชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญาตวงศ์, 2554) เกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ได้ (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012) ซึ่งผู้คลอดที่ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการคลอด ได้รับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการหรือการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Wijma et al., 1997 อ้างถึงใน นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556)

ความกลัวการคลอด มีปัจจัยที่สัมพันธ์ได้แก่ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ความกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และคลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอด

และความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและมั่นคงทางเศรษฐกิจและปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น การดูแลการคลอดในรูปแบบทางการแพทย์มองว่าเป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลาทำให้ในการดูแลผู้คลอดจะได้รับรู้ความเสี่ยงต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวว่าตนเองและทารกจะปลอดภัยหรือไม่ (Saisto & Halmesmaki, 2003) ระดับความกลัวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เช่น พัฒนาการด้านจิต สังคมของตัวผู้คลอด การยอมรับของครอบครัว และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

การจัดการกับความกลัวการคลอด การทบทวนงานวิจัยที่มีคุณภาพ พบว่า ในระยะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการเตรียมตัวก่อนคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการคลอด การเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด (Saisto & Halmesmaki, 2003; Rouhe et al., 2012) ซึ่งการเตรียมตัวคลอดที่สมบูรณ์ประกอบด้วยหลายกิจกรรมซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมตัว โดยรวมอาจนานถึง 12 ชั่วโมง การศึกษาผลการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กชกร ตัมพวิบูลย์, 2548; นภภรณ์เพิ่มทรัพย์, 2559) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดในระดับที่สูง อาจได้รับการบำบัดให้ความรู้ทางจิตวิทยาทั้งแบบเดี่ยวและกลุ่ม ซึ่งจะช่วยลดระดับความกลัวการคลอด เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rouhe et al., 2012; Saisto & Halmesmaki, 2003; Toohill et al., 2014) สำหรับประเทศไทย การเตรียมตัวคลอดส่วนใหญ่จัดเป็นกิจกรรมหนึ่งใน โครงการ โรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งมีการอบรม 4 ครั้ง โดยการเตรียมตัวคลอดเป็นการอบรมในครั้งที่ 4 เน้นรูปแบบของการสอนมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การสังเกตอาการที่ควรมาโรงพยาบาลเมื่อใกล้คลอด การมารับบริการ การบรรเทาปวดในห้องคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที ทำให้รูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจึงไม่สมบูรณ์ และจากการทบทวนของผู้วิจัยพบว่าการจัดบริการ การเตรียมตัวคลอดในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นยังไม่แพร่หลาย อาจพบได้บ้างในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งเท่านั้น

ในระยะคลอด การดูแลผู้คลอดด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดความกลัวในระยะคลอด สิ่งที่น่ามาใช้คือ แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแล ที่ให้บุคคล ซึ่งอาจเป็นบุคลากรใน โรงพยาบาล บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใดก็ได้ที่ผู้คลอดเลือก อยู่กับผู้คลอดอย่างต่อเนื่องให้การสัมผัส ปลอดภัย สร้างความมั่นใจในการคลอด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2012) การสนับสนุนในระยะคลอดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ซึ่งแต่ละด้าน

ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำเทคนิคในการปฏิบัติเพื่อให้เผชิญการคลอดได้ 3) การสนับสนุนด้านความสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสบายจากการสัมผัส การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อเรียกร้องในสิ่งอื่น ๆ ที่ผู้คลอดต้องการ (Hodnett et al., 2012)

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่ผู้คลอดเลือกเอง เป็นที่ยอมรับแพร่หลายในต่างประเทศ และเป็นแนวคิดสำคัญอันดับต้น ที่หน่วยบริการสุขภาพควรนำมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการมารดาและทารก (Khreshch, 2010) แต่จากการทบทวนเกี่ยวกับผู้ที่สนับสนุนในระยะคลอด บางวัฒนธรรมไม่มีความต้องการให้สามีหรือคู่สมรสเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดเนื่องจากกลัวการสูญเสียสภาพลักษณะของตนเอง แม้จะเป็นสามีของตนก็ตาม (Oboro, Oyeniran, Akinola, & Isawumi, 2011) ผู้หญิงจึงมีบทบาทในการสนับสนุนมากกว่าผู้ชาย การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติที่เป็นผู้หญิง จึงเกิดขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 สำหรับญาติผู้หญิงที่ถูกเลือกเข้ามาให้การสนับสนุน ได้แก่ มารดา ผู้คลอด มารดาสามีหรือคู่สมรส พี่สาว หรือเพื่อนผู้หญิงที่มีความสนิทกับผู้คลอดเสมือนญาติ ซึ่งหากผู้ให้การสนับสนุนมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนจะยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้น (Yuenyong, Brien, & Jirapeet, 2012) จากการศึกษาผลการสนับสนุนโดยญาติผู้หญิง พบว่า มีการคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่า ได้รับยาบรรเทาปวดและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกน้อยกว่า รวมทั้งมีอัตราการผ่าตัดน้อยกว่า สามารถลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้คลอด ลดระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด มีการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง เพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด และมีประสบการณ์การคลอดทางบวก (Campbell, Lake, Falk, & Backstrand, 2006; Madi, Sandll, Bennett, & Macleod 1999; ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัสรักไทย, 2554; Khreshch, 2010; อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550; Hodnett et al., 2012) และสำหรับผู้คลอดวัยรุ่นการสนับสนุนในระยะคลอดจากมารดาผู้คลอด ญาติที่เป็นผู้หญิง จะช่วยลดความกลัวการเจ็บครรภ์ และการคลอดได้เช่นเดียวกัน (Montgomery, 2003)

ในต่างประเทศได้นำแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องมาใช้ในผู้คลอดครรภ์หลังที่มีความกลัวการคลอดระดับสูง โดยให้ผดุงครรภ์ซึ่งผ่านการอบรม การดูแลความกลัวการคลอดด้วยกระบวนการทางจิตวิทยา สนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการดูแลตามปกติของ

โรงพยาบาล จากนั้นประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนมีระยะเวลาการคลอดสั้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Sydsjo, Sydsjo, Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012) แต่สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาเพื่อลดความกลัวการคลอดในระยะคลอดน้อย

ในด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลอด โดยครอบคลุมถึงความกลัวการคลอด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด (Marut & Mercer, 1979) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดทั้งทางบวกและทางลบนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยในผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก ผู้คลอดจะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เกิดสัมพันธภาพและทัศนคติในทางบวกกับทารก แต่สำหรับผู้คลอดที่มีประสบการณ์ทางลบนั้น ระยะแรกผู้คลอดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีสัมพันธภาพในทางลบระหว่างมารดา และทารก ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทของตนเองได้ จนอาจเกิดเป็นภาวะเครียดภายหลังการคลอด (Posttraumatic stress disorder after childbirth) รวมทั้งทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปหรือไม่ต้องการมีบุตรอีก (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008) สำหรับผู้คลอดวัยรุ่น ส่วนใหญ่มักจะมีประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Waldenstrom, Hildingsson, & Robertsson, 2004) เนื่องจากการไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน เมื่อเผชิญกับความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดซึ่งเป็นความเจ็บปวดรุนแรงทำให้รู้สึกเจ็บปวดที่สุดในชีวิต ซึ่งถ้าในระยะคลอดผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเองหรือแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม (Saul, 2010) แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของวัยรุ่นอาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุน ยกย่อง ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอด

การสนับสนุนในระยะคลอด หลายประเทศอาจมีการปฏิบัติเป็นกิจวัตรแต่สำหรับบางประเทศรวมถึงประเทศไทยยังมีการนำผลการศึกษามาใช้ในปฏิบัติจริงน้อย อาจเนื่องจากระบบการดูแลของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นเรื่องความปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ โครงสร้างของสถานที่และการปฏิบัติไม่อนุญาตให้ญาติหรือบุคคลอื่นเข้ามาในห้องคลอด การปฏิบัติดังกล่าว ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวต่อสถานที่ และบุคลากรที่ดูแล จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดในประเทศไทยพบมี จำนวนมากโดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดจากสามี หรือญาติซึ่งเป็นใครก็ได้ที่ผู้คลอดเลือก แต่สำหรับการศึกษาที่เลือกให้ญาติผู้หญิงเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดนั้นยังมีน้อยและเป็น การศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ทั้งสิ้น

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 653 เตียง มีเตียงรอกคลอด 9 เตียง เตียงคลอด 5 เตียง ให้บริการผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป จากข้อมูลของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีอัตราการคลอดเฉลี่ย 300 คน ต่อเดือนในจำนวนนี้มีอัตราการคลอดในวัยรุ่น เฉลี่ยร้อยละ 20 ของผู้คลอดทั้งหมด การสนับสนุนในระยะคลอดที่ผ่านมา หน่วยงานได้อนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด สามารถเข้าเยี่ยมผู้คลอด ที่อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ห้องรอกคลอดในเวลาที่กำหนด ครั้งละไม่เกิน 15 นาที แต่เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก หรือเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดจะไม่อนุญาตให้เข้าเยี่ยม การสนับสนุนในระยะคลอดจึงปฏิบัติโดยพยาบาลซึ่งมีความรับผิดชอบงานทั้งการดูแลผู้คลอด และงานเอกสารอื่น ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ขาดทักษะในการสนับสนุนระยะคลอดซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคลากรทางสาธารณสุขจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกได้น้อยกว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคคลใกล้ชิดหรือมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้คลอดและเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้การสนับสนุน (World Health Organization [WHO], 2016) ในส่วนของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การคลอดไม่ดีขึ้นหนึ่งตัดสินใจเลือกวิธีคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด แบบไม่มีข้อบังชี้ ทำให้อัตราผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์สูงขึ้นถึง ร้อยละ 50 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

แม้โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครสวรรค์ แต่การจัดบริการเพื่อเตรียมตัวก่อนคลอดของยังเป็นรูปแบบเพียงการสอนตามโครงการ โรงเรียนพ่อแม่ ส่วนการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติที่สามารถให้อยู่ด้วยตลอดการคลอด ก็ยังไม่มีการจัดบริการเช่นกันประกอบกับโครงสร้างของห้องคลอดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่เป็นห้องรอกคลอดและห้องคลอดรวมอาจไม่เอื้อต่อการให้สามีซึ่งเป็นเพศตรงข้ามกับผู้คลอดเข้ามาดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

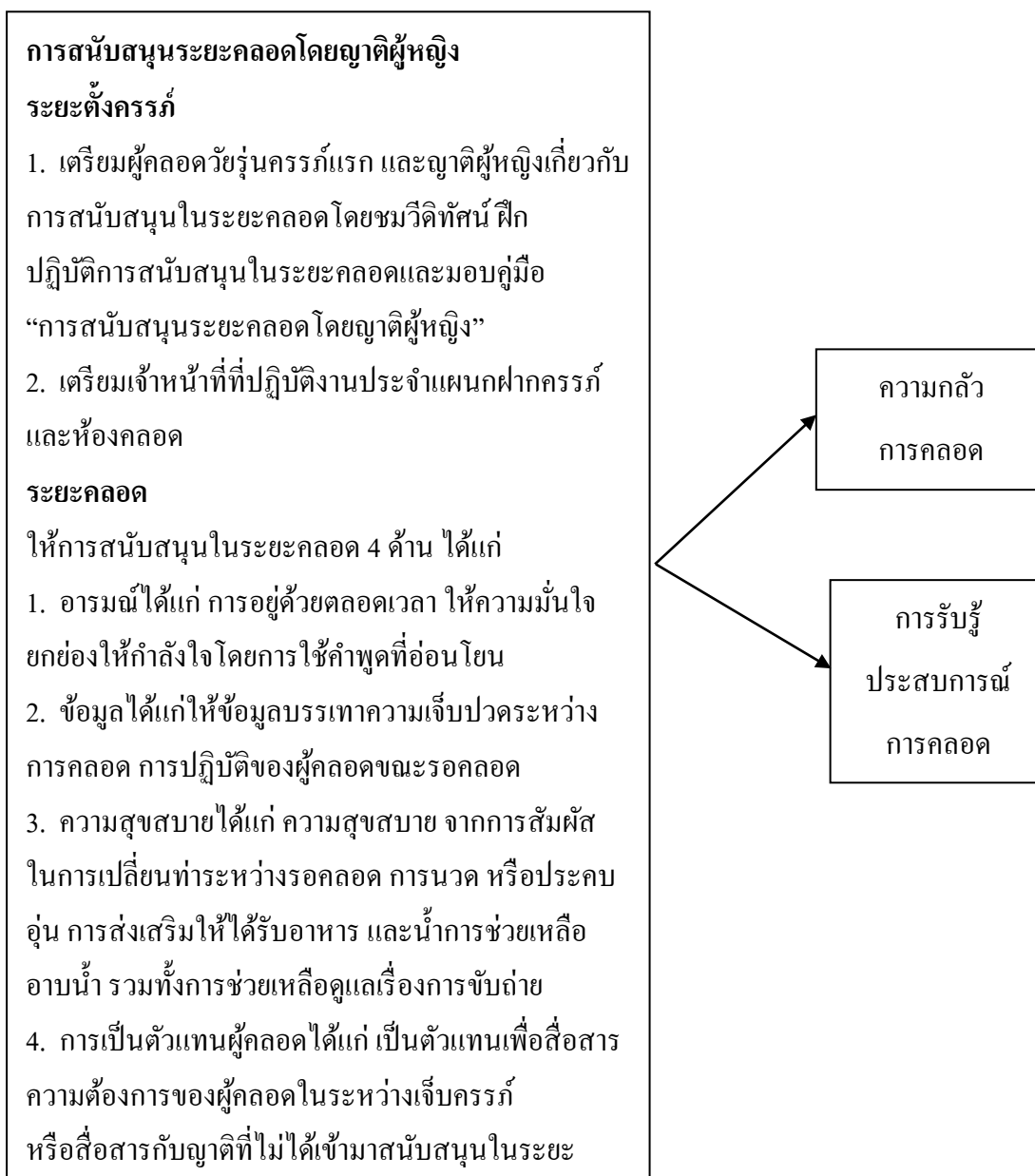
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติ ผู้หญิงมีระดับความกลัวในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติที่เป็น ผู้หญิงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, and Weston, (2013) เนื่องจาก เป็นกรอบแนวคิดที่ได้ทำการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดจากฐานข้อมูลงานวิจัยที่มีคุณภาพจาก Cochrane library มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 และทำการทบทวนครั้งล่าสุด เมื่อ ค.ศ. 2013 มาใช้สร้าง โปรแกรม การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้าน อารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้า ของการคลอด คำแนะนำ เทคนิคการปฏิบัติเพื่อให้เผชิญการคลอดได้ 3) การสนับสนุนด้าน ความสุขสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสุขสบายจากการสัมผัส การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการจับถ่าย และ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อเรียกร้องใน สิ่งอื่น ๆ ที่ผู้คลอดต้องการซึ่งการสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้านนี้ จะช่วยลดระดับความกลัว ความเครียดในระยะคลอด ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นวงจรต่อเนื่องกับ ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain) ทำให้มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง ผู้คลอดรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรม ตนเองในระยะคลอดได้ทำให้มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดได้ดี นอกจาก จะเป็นสามีแล้ว ญาติผู้หญิงก็สามารถให้สนับสนุนในระยะคลอดได้ดีเช่นกัน การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจที่จะนำญาติผู้หญิงเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการ สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกมีความกลัวการคลอด ลดลง เผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก จึงได้ กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติที่เป็นผู้หญิงของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความกลัวการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก หมายถึง ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ญาติผู้หญิง หมายถึง บุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้เข้าดูแล สนับสนุนในระยะคลอด อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่สนิทสนม ผูกพันกับผู้คลอดที่เป็นผู้หญิง

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett et al. (2013) และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง กำหนดเป็นชุดกิจกรรมร่วมกับการเตรียมเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานประจำแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยโปรแกรมประกอบด้วย 2 ชุด กิจกรรมตามระยะ ของกลุ่มตัวอย่าง คือ

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกและญาติผู้หญิง เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดกิจกรรม ได้แก่ นำชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” และฝึกปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ระยะที่ 2 ระยะคลอด โดยให้ญาติผู้หญิงเข้าให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอดตั้งแต่แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนถึงสิ้นสุดการคลอด และผู้คลอดย้ายออกจากห้องคลอด ประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ คือการอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่อง ให้กำลังใจโดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน 2) ด้านข้อมูล คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด 3) ด้านความสุขสบาย คือ ความสุขสบายกาย จากการสัมผัส จากการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์ หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึงระยะตั้งครรภ์พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ทำการตรวจครรภ์ และให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อใกล้คลอด การมารับบริการที่โรงพยาบาล การสอนลูกหน้าท้องบรรเทาปวด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระยะคลอด พยาบาลประจำห้องคลอดให้การพยาบาลแก่ผู้คลอดตามมาตรฐานของห้องคลอด ได้แก่ การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ การดูแลความสุขสบาย ช่วยเคลื่อนย้ายร่างกาย สอนลูกหน้าท้องบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ การแจ้งข้อมูลผลการตรวจทุกครั้งให้ผู้คลอดทราบโดยไม่มีญาติเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด แต่หากการคลอดยังอยู่ในระยะ Latent phase และไม่มีการคลอดของผู้คลอดคนอื่นในขณะนั้น อนุญาตให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ไม่เกิน 15 นาที

ความกลัวการคลอด หมายถึงการตอบสนองด้านอารมณ์ จิตใจและความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด เป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับ การคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ประเมินได้จาก แบบสอบถามความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery fear scale) ที่สร้างขึ้นโดย Alehagen, Wijma, and Wijma (2001) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) ใช้ประเมินความกลัวในระยะเริ่มต้นของการคลอด พัฒนาให้มีความเหมาะสมกับผู้คลอด ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยประเมินในช่วงระยะเจ็บครรภ์จริงปากมดลูกเปิด 4-9 เซนติเมตร และแบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวม ของ Wijma, Wijma, and Zar (1998) (The Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ]) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้เฉพาะเจาะจงสำหรับประเมินความกลัวการคลอดที่เกิดจากการรับรู้ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์การคลอดที่ผ่านมา โดยประเมินภายหลังการคลอดเสร็จสิ้น

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอด เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการคลอดซึ่งครอบคลุมถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อการคลอด และการควบคุมตนเองเพื่อเผชิญความเจ็บปวด สามารถประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดจากแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ซึ่ง ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจาก เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นตามลำดับดังนี้

1. การตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น
2. ความกลัวการคลอด
3. แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
4. การดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
5. แนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด
6. โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

การตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. นิยามของผู้คลอดวัยรุ่น

การตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึงเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์และมีการคลอดสิ้นสุดลงในช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี (WHO, 2014)

2. อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น

2.1 อุบัติการณ์การตั้งครรภ์

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบมีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์และคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น ที่ช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 16 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 11 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก และพบผู้คลอด 1 คน เป็นผู้คลอดที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยร้อยละ 90 ของการคลอดของวัยรุ่น เกิดขึ้นในประเทศที่รายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการจดทะเบียนเกิด แสดงความชุกของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปีต่อจำนวนประชากรหญิงในกลุ่ม

อายุเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 คิดเป็น 47.9, 44.8 และ 42.59 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) โดยในกลุ่มนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 18-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่กฎหมายได้กำหนดให้สามารถแต่งงาน ได้มีการคลอดมากที่สุด (องค์การยูนิเซฟ, 2558) สำหรับจังหวัดข้อมูลของจังหวัดนครสวรรค์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2558 มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เป็น 2.2 และ 2.2 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน และมีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็น 53.5 และ 50.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (บุญฤทธิ์ สุจริตน์ และปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, 2560) การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรถ์ครั้งแรกที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน บางรายตัดสินใจ ยุติการตั้งครรถ์ด้วยการทำแท้ง ซึ่งส่งผลถึงอันตรายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรถ์เอง และทารกในครรถ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นเช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะเจ็บครรถ์คลอดก่อนกำหนดภาวะครรถ์เป็นพิษ และภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (WHO, 2014)

2.2 การคลอดในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรม การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นที่เกี่ยวกับ อายุครรถ์ที่คลอด วิธีการคลอด พบว่าผู้คลอดวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่จะคลอดเมื่ออายุครรถ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนดโดย Kawakita et al. (2016) ได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของมารดาวัยรุ่นที่คลอดในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ถึง ปี ค.ศ. 2008 เกี่ยวกับผลลัพธ์การคลอดในวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่มีคลอดที่อายุครรถ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่ามารดาที่ตั้งครรถ์วัยรุ่นมักจะมีอัตราคลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทย สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, พัทธวีวิไล ศรีแสง, ศกสิทธิ์น์ ชาญวิรัตน์ และวิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงศ์ (2556) ได้ศึกษาผลการตั้งครรถ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากมารดาวัยรุ่นที่คลอดจำนวน 1,074 คน พบว่า มีการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรถ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 14.5 มีเพียงร้อยละ 9.4 ที่คลอดอายุครรถ์เกินกำหนด

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับชนิดการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นนั้น การศึกษาของ Kawakita et al. (2016) และ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ (2556) พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรถ์และคลอดใน 29 ประเทศทั่วโลก โดยคณะทำงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่ มีอัตราการคลอดทางช่องสูงกว่การคลอดวิธีอื่น ๆ คือ สูงถึงร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็น การผ่าตัดคลอดซึ่งเป็นการผ่าตัดคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรถ์แรก ร้อยละ 23.2 และการผ่าตัดคลอดจาก ผู้คลอดวัยรุ่นที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว ร้อยละ 18.2 (Ganchimeg et al., 2014) ในผู้คลอดวัยรุ่นครรถ์

บางรายที่ได้รับการผ่าตัดคลอดนั้น มักเกิดจากเชิงกรานยังเติบโตไม่เต็มที่ ไม่พร้อมสำหรับการคลอดเกิดภาวะผิวดัดส่วนของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า อย่างไรก็ตาม มีผู้คลอดด้วยรูนบางรายอาจต้องได้รับการช่วยคลอดด้วยหัตถการเครื่องสูดสูญญากาศ หรือคีมช่วยคลอดจากการคลอดยาวนาน นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดที่ยาวนานทำให้เกิดแรงกดจากศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานซึ่งเป็นสาเหตุของการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณช่องคลอด เกิดการฉีกขาดระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะหรือระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก (WHO, 2006) ผลกระทบในระยะคลอดที่เกิดขึ้นทำให้ปัจจุบันผู้คลอดด้วยรูนส่วนใหญ่เลือกวิธีคลอดโดยการผ่าตัดคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะคลอด ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้น (Treffer, Olukoya, Ferguson, & Liljestrand, 2001) โดยเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาวัยอื่น ๆ (WHO, 2006) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้คลอดด้วยรูนส่วนใหญ่ยังมีการคลอดทางช่องคลอดสูงกว่าการคลอดโดยวิธีอื่น ๆ ทำให้การดูแล สนับสนุนในระยะคลอดจึงยังมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อการคลอดไปได้ด้วยดี

จากอุบัติการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรูนที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าผู้คลอดด้วยรูน ส่วนใหญ่มักตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ทำให้การตั้งครรภ์และคลอดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรูนครรภ์แรกมักต้องเผชิญกับปัญหามากกว่าผู้คลอดด้วยรูนครรภ์หลัง (WHO, 2014) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยวตั้งแต่อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ขึ้นไป

การคลอด แม้จะเป็นกระบวนการที่เกิดตามธรรมชาติที่ทุกคนสามารถเผชิญได้ แต่สำหรับผู้หญิงบางคนการคลอดอาจเป็นประสบการณ์ที่สร้างความวิตกกังวล กลัว ยิ่งถ้าไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อนร่วมกับการได้รับรู้ข้อมูลการคลอดด้านลบจากบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ นี้เพิ่มขึ้น ทำให้คาดเดาสิ่งจะเกิดขึ้นในอนาคตไปในทางลบ ส่งผลต่อพฤติกรรมอาการเผชิญในระยะคลอด ทำให้เกิดพฤติกรรมอาการเผชิญในระยะคลอดที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความกลัวการคลอดลดลง สามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสม

ความกลัวการคลอด

1. ความกลัวการคลอด (Fear of childbirth)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความหมายเกี่ยวกับความกลัวการคลอด ดังนี้

Ryding, Wijma, Wijma, and Rydhstrom (1998) ให้ความหมายความกลัวการคลอด เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ซึ่งเป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย

Saisto and Hamesmaki (2003) กล่าวว่า ความกลัวการคลอด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจของคลอดที่เกิดจากการรับรู้สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่า อาจเป็นอันตรายส่วนใหญ่เริ่มจากกลัวการเจ็บครรภ์ กลัวสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด

Melender (2002) ให้ความหมาย ความกลัวการคลอดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเกิดจากความรู้สึกของแต่ละบุคคล เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ ซึ่งความกลัวการคลอดของสตรีตั้งครรภ์สามารถพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ขึ้นไป โดยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน

Fisher, Hauck, and Fenwick (2006) กล่าวว่า ความกลัว เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตตามปกติที่จำเป็นของแต่ละบุคคล สำหรับการป้องกันตนเองให้เกิดความปลอดภัย สำหรับการคลอดบุตรผู้คลอดจะมีความวิตกกังวลระดับหนึ่งว่าตนเองจะสามารถช่วยให้ตนเองผ่านการคลอดได้หรือไม่

Otley (2011) กล่าวว่า ความกลัวการคลอดผู้คลอด เกิดขึ้นเนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ หรือกระบวนการต่าง ๆ ในการคลอดได้ นอกจากนี้ความกลัวการคลอดเป็นสิ่งไวต่อความรู้สึกของผู้คลอด

Alessandra and Roberta (2013) ให้ความหมาย ความกลัวการคลอดว่า เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นเมื่อผู้คลอดมีความตระหนักถึงอันตรายหรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดทั้งด้านจิตใจและสังคม

โดยสรุป ความกลัวการคลอด หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ จิตใจและความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ซึ่งเป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการคลอดว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์

ความกลัวการคลอด (Fear of childbirth) เป็นความกลัวที่เกิดขึ้นได้กับผู้คลอดตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด โดยความกลัวการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก จัดเป็นความกลัวการคลอดระยะแรก (Primary fear of childbirth) ซึ่งเกิดจากการไม่มีประสบการณ์การคลอด การได้รับข้อมูลประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีจากผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความกลัวต่อความเจ็บปวด กลัวเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด แต่สำหรับผู้คลอดครรภ์หลัง ความกลัวในระยะคลอดจะเกิดจากประสบการณ์การคลอดในอดีตของตนเอง จึงจัดเป็นความกลัวในระยะที่สอง (Secondary fear of childbirth) (Saisto & Halmesmaki, 2003; Scollato & Lampasona, 2013; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ในระยะคลอดผู้คลอดส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวการสูญเสียความสามารถของตนเอง กลัวจะไม่สามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ (Saisto et al., 1999) ความกลัวการคลอดมีปัจจัยเกี่ยวข้องของหลายประการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด

Saisto and Halmesmaki (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัวการคลอดแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการคลอด ซึ่งความเจ็บปวดในการคลอดที่รุนแรงจะส่งผลให้เกิดกลัวและความตึงเครียดมากขึ้น
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และคลอด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอดและความเจ็บป่วย
3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและมั่นคงทางเศรษฐกิจ

Otley (2011) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดและได้จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตรดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ความกลัวการเจ็บปวด ซึ่งความกลัวความเจ็บปวดที่เกิดในระยะคลอด เป็นความเจ็บปวดแบบเฉพะเจาะจงซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร ส่งผลให้ผู้คลอดไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถอดทนต่อความปวดนี้ได้
2. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล คือการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีต ความวิตกกังวล ต่อบทบาทการเป็นมารดา ความรู้สึกไม่แน่นอน การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง

3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุน ระดับความรู้เกี่ยวกับการคลอดระดับต่ำซึ่งมักพบในผู้คลอดด้วยรุ่น เนื่องจากโดยทั่วไปเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม มีปัญหาด้านสังคมอยู่เดิม

4. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น การดูแลการคลอดในรูปแบบทางการแพทย์มองว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัว เป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลาทำให้ในการดูแลผู้คลอดจะได้รับรู้ความเสี่ยงต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวว่าตนเองและทารกจะปลอดภัยหรือไม่

จากการทบทวนจะพบว่า มีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความกลัวการคลอด ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านชีววิทยา คือ ความเจ็บปวดจากการคลอด และปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญคือการขาดการสนับสนุน โดยเมื่อผู้คลอดด้วยรุ่นมีความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งเป็นความเจ็บปวดแบบเฉพะเจาะจงและรุนแรงร่วมกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนส่งผลให้ผู้คลอดไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ จึงทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวการคลอดมากขึ้น

3. ความกลัวการคลอดในผู้คลอดด้วยรุ่น

การคลอด แม้จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่สำหรับผู้คลอดด้วยรุ่นการคลอดนอกจากจะเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการ เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Saul, 2010) ยังเป็นภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน ผู้คลอดด้วยรุ่นครั้งแรกเมื่อตั้งครรภ์มักรู้สึก ตกใจ กลัว กลัวสิ่งต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์เนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อน ความกลัวของผู้คลอดด้วยรุ่น จึงจัดเป็นความกลัวการคลอดในระยะแรก (Primary fear of childbirth) คือเป็นความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นมาก่อนจะตั้งครรภ์และสามารถเกิดต่อเนื่อง ไปจนถึงวัยหมดประจำเดือน (นันทพร แสตนศิริพันธ์, 2556) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอด มักมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก ซึ่งเป็นความปวดที่รุนแรง ผู้คลอดด้วยรุ่นซึ่งไม่เคยเผชิญกับความปวดนี้มาก่อนร่วมกับมีความกลัวการคลอด มักแสดงพฤติกรรมการเผชิญที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องโวยวาย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสตนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันชะรักษา (2556) ได้ศึกษาความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์ครบกำหนดโดยใช้แบบสอบถามความกลัวการคลอด (Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ A]) ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดร้อยละ 60.95 ซึ่งจัดเป็นความกลัวการคลอดระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 38.9 ต่อมา Toohill et al.

(2014) ได้ทำการศึกษาความกลัวของการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศออสเตรเลียโดยใช้แบบสอบถามความกลัวการคลอด (Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ A]) ประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 12-24 สัปดาห์ทุกช่วงอายุ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอดในระดับสูง และมีความกลัวการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laursen, Johansen, and Hedegaard (2009) ที่ศึกษาความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ชาวเดนมาร์ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีความกลัวการคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุมาก และ Anderson and Gill (2014) ที่ศึกษาความกลัวที่เกี่ยวกับการคลอด และภาวะทางจิตใจของผู้คลอดวัยรุ่นภายหลังการคลอด 72 ชั่วโมง พบว่า ร้อยละ 75 ของคลอดวัยรุ่น มีความกลัวการคลอดและระดับความกลัวการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุช่วง 13-17 ปี จะมีความกลัวการคลอดมากกว่าผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุ 18-19 ปี

สำหรับประเทศไทย เรวดี แบน้อย, ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ธิติมาพงษ์ (2558) ได้ทำวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดและกลวิธีการจัดการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่งในภาคใต้ของประเทศ โดยสร้างแบบสอบถามความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้นใหม่ โดยมีประเด็นคำถาม 8 ประเด็น ได้แก่ 1) กลัวอันตรายต่อตนเอง 2) กลัวอันตรายต่อทารก 3) กลัวความปวด 4) กลัวการคลอดยาก 5) กลัวตนเองจะไม่สามารถในการคลอด 6) กลัวการรักษาหรือหัตถการที่จะได้รับในระหว่างคลอด 7) กลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในห้องคลอด และ 8) กลัวบุคลากรในห้องคลอด ผลการศึกษา พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 76.90 เป็นผู้คลอดครรภ์แรก มีความกลัวการคลอดในระดับสูงมากถึงร้อยละ 43.59 ส่วนใหญ่กลัวความเจ็บปวด กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในห้องคลอดและกลัวบุคลากรในห้องคลอด มีกลวิธีการจัดการความกลัวการคลอดโดยมุ่งเน้น การจัดการอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือจัดการกับปัญหา จากการทบทวนจะเห็นว่าผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นผู้คลอดครรภ์แรก มีความกลัวการคลอดในระดับสูงและมีความกลัวการคลอดมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่

4. การประเมินระดับกลัวการคลอด

การประเมินความกลัวการคลอดสามารถประเมินได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด โดยมีแบบประเมินความกลัวการคลอดดังนี้

1. แบบสอบถามความกลัวการคลอดของ Wijma (The Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ]) ที่สร้างโดย Wijma et al. (1998) ซึ่งเป็นแบบประเมินความกลัวการคลอดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความกลัวการคลอดโดยประเมินความ

คาดหวังต่อการคลอด การรับรู้และความรู้สึกที่มีต่อการคลอด แบบประเมินนี้พัฒนาให้สามารถใช้ได้กับผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1.1 แบบ A (W-DEQ A) เป็นการประเมินความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์ โดยประเมินเกี่ยวกับ ความคาดหวังต่อเหตุการณ์การคลอดที่จะมาถึง

1.2 แบบ B (W-DEQ B) เป็นการประเมินความกลัวการคลอดภาพรวม โดยประเมินเกี่ยวกับ การรับรู้และความรู้สึกต่อการคลอดที่ผ่านมา

แบบสอบถาม W-DEQ ทั้งแบบ A และ B มีข้อความจำนวน 33 ข้อเท่ากัน เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 19 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่อง 6 ระดับ ค่าคะแนน 0-5 จากไม่รู้สึกละเลย เท่ากับ 5 จนถึงระดับมากที่สุด เท่ากับ 0 คำถามด้านลบ 14 ข้อ ให้คะแนนทางย้อนกลับคือ ไม่รู้สึกละเลยเท่ากับ 0 จนถึงรู้สึกมากที่สุดเท่ากับ 5 ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-165 คะแนน ระดับผลรวมของคะแนนที่สูงที่สุดแสดงว่ามีความกลัวการคลอดในระดับ สูงสุด แบบสอบถามทั้งสองแบบนี้มีความน่าเชื่อถือสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้าน โครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน ความน่าเชื่อถือ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความกลัวการคลอดแบบ A มีค่าความเชื่อมั่น มากกว่าหรือเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความกลัวการคลอดแบบ B มีค่าความเชื่อมั่น มากกว่าหรือเท่ากับ 0.87 ได้มีการนำไปใช้และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในหลายประเทศเช่น อเมริกา นอร์เวย์ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น สำหรับประเทศไทย แบบสอบถามความกลัวการคลอดแบบ A ได้แปลเป็นภาษาไทย โดย กชกร ตัมพวิบูลย์ (2548) แล้วนำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และสำหรับแบบสอบถามความกลัวการคลอดแบบ B ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้น พัชรเวทย์ เฝยกลาง, สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2559) ได้นำไปใช้กับสตรีหลังคลอดปกติ 24-48 ชั่วโมง ทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2. แบบสอบถามความกลัวระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery Fear Scale [DFS])

แบบสอบถามความกลัวในระยะคลอดนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย Alehagen et al. (2001) เพื่อใช้ประเมินความกลัวในระยะคลอด พัฒนาให้มีความเหมาะสมกับผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยประเมินในช่วงระยะเจ็บครรภ์จริง แบบสอบถามมีข้อความ จำนวน 10 คำถาม เป็นคำถามสั้น ๆ ประกอบด้วยคำถามด้านลบจำนวน 5 คำถาม และคำถามด้านบวกจำนวน 5 คำถาม โดยใช้คำตอบเป็นแบบตัวเลข ตั้งแต่ 1-10 ใช้ระบบความคิดเห็นของตนเอง โดยเลข 1 แสดงว่า ไม่เห็นด้วยที่สุด และเลข 10 แสดงว่า เห็นด้วยที่สุด ผลรวมของคะแนนมีตั้งแต่ 10 ถึง 100 คะแนน โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน จะหมายถึง มีความกลัว

การคลอดบุตร ระดับรุนแรงใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 ถึง 90 วินาที จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการประเมินระดับความกลัวระยะคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอดในระยะคลอดนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้าน โครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน ความน่าเชื่อถือ และจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.88 (Wijma, Alehagen, & Wijma 2002) แบบสอบถามความกลัวการคลอดในระยะคลอด ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ พร้อมทั้งทำการแปลกลับและตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556)

3. แบบประเมินความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Pregnancy and Childbirth-related fear questionnaire 2008 [PCF]) สร้างโดย Melender เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 57 ข้อ โดยประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สิ่งที่กลัวในระยะตั้งครรภ์ (Object of fear) มีข้อความ 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 สาเหตุของความกลัว (Cause of fear) มีข้อความ 20 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ นำค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้เปรียบเทียบรายด้าน ถ้าได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนมากแสดงว่า มีความกลัวมาก

ส่วนที่ 3 การแสดงออกของความกลัว มีข้อความจำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบ 2 ค่า ให้คะแนน 1 คะแนน

แบบประเมินความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการคลอดนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย ศิรินทิพย์ คำมีอ่อน และนิลบล รุจิรประเสริฐ (2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ต้องการศึกษาคความกลัวการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติผู้หญิง จึงใช้แบบสอบถามความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery Fear Scale [DFS]) ประเมินความกลัวในระยะเริ่มต้นของการคลอดในช่วงเจ็บครรภ์จริงปากมดลูกเปิด 4-9 เซนติเมตร และใช้แบบสอบถามความกลัวการคลอดของแบบ B ของ Wijma et al. (1998) (The Wijma delivery rpxpectancy/ Experience wuestionnaire B [W-DEQ B]) เพื่อประเมินความกลัวการคลอดภาพรวม ภายหลังจากคลอดเสร็จสิ้น เนื่องจากเป็นแบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวมที่สร้างขึ้นให้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับประเมินเกี่ยวกับการรับรู้และความรู้สึกต่อเหตุการณ์การคลอดที่ผ่านมา และเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย

5. ผลของความกลัวการคลอด

ผลกระทบของความกลัวการคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งกับตัวผู้คลอดเองและทารกในครรภ์สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 ผลกระทบด้าน จิตใจและอารมณ์

Saisto and Halmesmaki (2003) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอด พบว่าผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดระดับสูงในระยะตั้งครรภ์จะมีผลกระทบคือ มักมีภาวะนอนไม่หลับจากความกลัวสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเกิดภาวะซึมเศร้า มีอารมณ์ด้านลบในการตั้งครรภ์และการคลอด เห็นคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ในระยะการคลอด Haines, Rubbertsson, Pallant, and Hildingsson (2012) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่มีระดับความกลัวการคลอดต่างกันพบว่าผู้คลอดที่มีระดับความกลัวการคลอดในระดับปานกลางและระดับรุนแรง จะมีประสบการณ์การคลอดด้านลบมากกว่าผู้คลอดที่มีระดับความกลัวการคลอดระดับต่ำ

5.2 ผลกระทบด้านร่างกาย

ในระยะคลอดผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอด ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดระหว่างการคลอดนี้จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งสารแคททีโคลามีน และอิพิเนฟริน ทำให้สรีรวิทยาของร่างกายเปลี่ยนแปลงเช่น หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น มีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น แต่เลือด นำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลงรวมถึงมดลูกซึ่งทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก ผิดปกติ ปากมดลูกเปิดช้า ส่งผลให้ผู้คลอดเจ็บครรภ์มากและนานขึ้นซึ่งวงจรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันเรียกว่า วงจรความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984) การเกิดวงจรนี้จะส่งผลกระทบต่อหลายประการเช่น เกิดความเหนื่อยล้าหลังคลอด เนื่องจากเมื่อเกิดความกลัวการคลอดร่างกายจะหลั่งสาร เอนโดฟินลดลง ทำให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าภายหลังคลอด (ชนิดาภา เนียมปัสชา และคณะ, 2554)

5.3 ผลกระทบด้านอื่น ๆ

ผลต่อทารกในครรภ์จากวงจร ความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวด Fear-Tension-Pain ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ (Adams et al., 2012) ซึ่งส่งผลต่อการอัตราผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในระดับสูงขึ้น (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009) นอกจากนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับอัตราการผ่าตัดคลอดที่วางแผนล่วงหน้า

(Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006) ซึ่งอาจมาจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือการรับรู้ข้อมูล การคลอดทางลบตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ทำให้แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในประเทศกำลังพัฒนา มีแนวโน้มความต้องการการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นถึงร้อยละ 20

6. การจัดการกับความกลัวการคลอด

การจัดการกับความกลัวการคลอด Saisto and Halmesmaki (2003) ได้ทบทวนงานวิจัย ที่มีคุณภาพเกี่ยวกับความกลัวการคลอด พบว่าส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการเตรียมก่อนคลอด ซึ่งมีหลาย วิธีโดยวิธีการเตรียมตัวคลอดตามวิธีของ Lamaze (Lamaze-method) เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยใช้วิธีจิตป้องกันเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดร่วมกับ เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย ทำให้เกิดความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการเตรียมนี้ ประกอบด้วยหลายกิจกรรมจึงใช้เวลารวมแล้วประมาณ 12 ชั่วโมงจึงจะสมบูรณ์ จึงจะช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์ มีระดับความกลัวการคลอดลดลง มีความมั่นใจ มีประสบการณ์การคลอดที่ดี กชกร ตัมพวิบูลย์ (2548) ได้ศึกษาผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ แรก พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณี เพิ่มทรัพย์ (2559) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่าหญิง ตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้การศึกษาของ Rouhe et al. (2012) ได้ศึกษา เปรียบเทียบ ผลของการให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกลัวการคลอดระดับสูง โดยการให้ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลดความเจ็บปวด กระบวนการการคลอด ความวิตกกังวล ความกลัว การคลอด การปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรในการดูแลของเจ้าหน้าที่เมื่ออยู่โรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลง บทบาทสู่การเป็นบิดา มารดาและสุขภาพทารกในครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการให้ คำปรึกษา มีระดับความกลัวการคลอดในระยะหลังคลอดลดลง และมีประสบการณ์การคลอด ทางบวกให้กับผู้คลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Toohill et al. (2014) ที่ศึกษาผลของการให้ คำปรึกษาในระยะตั้งครรภ์โดยผดุงครรภ์ โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาจะมีระดับความกลัวการคลอดลดลง มีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นการเตรียมตัวคลอดเป็นกระบวนการที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยลด ความกลัวการคลอดได้ ในต่างประเทศ รูปแบบการเตรียมตัวคลอดจัดเป็นกิจกรรมอย่างชัดเจน จำนวน ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง โดยเน้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับประเทศไทยการเตรียมตัวคลอด เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโครงการ โรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งมีการอบรม 4 ครั้ง โดยการเตรียมตัวคลอดเป็นการอบรมในครั้งที่ 4

เน้นรูปแบบของการสอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ควรมาโรงพยาบาลเมื่อใกล้คลอด การมารับบริการการบรรเทาปวดในห้องคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที ทำให้รูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจึงไม่สมบูรณ์และจากการทบทวนของผู้วิจัยพบว่า การจัดบริการการเตรียมตัวคลอดในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังไม่แพร่หลายอาจพบได้บ้างในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง และด้วยข้อจำกัดของภาระงานต่าง ๆ ทำให้การสอนจึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ทางเดียวจากเจ้าหน้าที่ อาจมีหรือไม่มีสมาชิกครอบครัวร่วมรับการสอนก็ได้

ในระยะคลอด การดูแลผู้คลอดด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดความกลัวในระยะคลอด การสนับสนุนในระยะคลอด เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ ในต่างประเทศ ใช้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยผดุงครรภ์มาพัฒนาเป็นรูปแบบการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องในผู้คลอดครรภ์หลัง ที่มีความกลัวการคลอดระดับสูง โดยให้ผดุงครรภ์ผู้ให้การสนับสนุนได้รับการอบรมการดูแลความกลัวการคลอดด้วยกระบวนการทางจิตวิทยามาแล้ว สนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับผู้คลอดอย่างต่อเนื่องเพียงคนเดียวร่วมกับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล จากนั้น ประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนมีระยะเวลาการคลอดสั้น กลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Sydsjo et al., 2012) แต่สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเพื่อลดความกลัวการคลอดในระยะคลอดยังพบน้อย

แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

1. ความหมายและองค์ประกอบ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Marut and Mercer (1979) ให้ความหมาย การรับรู้ประสบการณ์การคลอดว่าเป็น ความรู้สึก หรือความคิดเห็น ของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลอด โดยครอบคลุมถึงความกลัวการคลอด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งมีองค์ประกอบการรับรู้ประสบการณ์การคลอด 5 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 2) ความเจ็บปวดในระยะคลอด 3) ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกและ 5) ความรู้สึกครั้งแรกที่ได้สัมผัสทารกเมื่อแรกคลอด

Reeder, Martin, and Konaiak (1997) กล่าวว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก คือการที่ผู้คลอดรู้สึกดีต่อเหตุการณ์การคลอด รู้สึกดีใจ ยินดี พอใจซึ่งมีผลให้ผู้คลอดรับรู้เหตุการณ์ในระยะเจ็บครรภ์และคลอดตามความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองเพื่อเผชิญการคลอดได้

Bryanton et al. (2008) ให้ความหมาย การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของสตรีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดในระยะคลอด โดยใช้ประสบการณ์เดิม ที่มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ได้ใหม่ซึ่งจะแปลความหมายได้ 2 แบบ คือ ประสบการณ์ การคลอดทางบวก และประสบการณ์การคลอดทางลบ

Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja, and Berg (2010) ได้ทบทวนพบว่า การรับรู้ ประสบการณ์การคลอดประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับ ความปลอดภัยในระยะคลอด ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากบุคลากรในโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด

โดยสรุป การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอด เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการคลอดซึ่งครอบคลุมถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อการคลอด และการควบคุมตนเองเพื่อเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งสามารถประเมินได้ จากแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การรับรู้ประสบการณ์ การคลอด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถรวบรวมได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุของผู้คลอด ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์และการคลอด ฐานะทางสังคม (สุปราณี อัทธเสรี และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531)

2.2 ปัจจัยที่ควบคุมได้ ซึ่งได้แก่ ความคาดหวัง ความเจ็บปวดและไม่สามารถ ควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความมีคุณค่าในตนเอง การเตรียมตัวเพื่อ การคลอด และการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนในระยะคลอด การได้รับการสนับสนุน จากคู่สมรส การเอาใจจากผู้ดูแล ความกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งการศึกษาของ สุกัญญา ปรีชญกุล, นวิ เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี (2556) พบว่า ความวิตกกังวลในการคลอดที่ต่ำ ความพึงพอใจต่อการคลอดที่สูงทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดทางบวก

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ชนิดการคลอด การปฏิบัติ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นกิจวัตรสำหรับการดูแลในห้องคลอด จะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การ คลอด ผู้คลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่า ผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Mercer, Hackley, & Bostrom 1993) Waldenstrom et al. (2004) ได้ศึกษา โดยเก็บข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จากมารดาที่คลอดแล้ว 1 ปี ผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน การชักนำการคลอด กระตุ้นคลอดหรือการที่ทารก

หลังคลอด มีภาวะแทรกซ้อนถูกส่งไปอภิบาลที่หอผู้ป่วยทารกป่วยจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ

3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่น

Waldenstrom et al. (2004) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ พบว่าผู้คลอดวัยรุ่นจะมีประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดผู้ใหญ่ เนื่องจากการไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระหว่างการคลอดซึ่งเป็นความเจ็บปวดตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นรุนแรง เป็นสิ่งที่ผู้คลอดวัยรุ่นไม่เคยเผชิญ ทำให้รู้สึกเจ็บปวดที่สุดในชีวิต และถ้าในระยะคลอดผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเองหรือแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม การแปลความหมายของประสบการณ์การคลอดในครั้งนั้น จึงมักเปลือยออกมาเป็นประสบการณ์การคลอดในทางลบ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและทารกได้ แม้ว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของวัยรุ่นส่วนใหญ่จะแปลความหมายการคลอดไปในด้านลบ แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของวัยรุ่นอาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุน ยกย่อง ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอด (Saul, 2010)

4. ผลกระทบของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดทั้งทางบวกและทางลบนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยในผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก ผู้คลอดจะเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เกิดสัมพันธภาพและทัศนคติในทางบวกกับทารก แต่สำหรับผู้คลอดที่มีประสบการณ์ทางลบนั้น ระยะแรกผู้คลอดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีสัมพันธภาพในทางลบระหว่างมารดาและทารก ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทของตนเองได้ จนอาจเกิดเป็นภาวะเครียดภายหลังการคลอด (Posttraumatic stress disorder after childbirth) รวมทั้งทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปหรือไม่ต้องการมีบุตรอีก (Bryanton et al., 2008)

5. การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Perception of birth experience questionnaire) เริ่มพัฒนาโดย Marut and Mercer (1979) โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับทัศนคติต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ประเด็น ได้แก่ การควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความกลัวในระยะคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก และความรู้สึกครั้งแรกที่ได้สัมผัสทารกภายหลังคลอด ความตรงของเนื้อหา ปรับปรุงแล้วนำไปทดสอบเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ เครื่องมือได้

ถูกนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอย่างแพร่หลาย โดยในประเทศไทย มีผู้นำเครื่องมือมาใช้และนำมาเป็นต้นแบบพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดหลายท่านได้แก่

5.1 เขาวลัทธิ เสรีเสถียร (2530) ได้นำแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มาแปลและดัดแปลงใช้ในประเทศไทย ซึ่งแบบสอบถามมีข้อคำถาม 29 ข้อ โดยสอบถามหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นต่อความเจ็บปวดในการคลอด นำแบบสอบถามไปใช้กับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย โดยทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช เท่ากับ 0.93

5.2 สุพิศ ณ เชียงใหม่ (2533) ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเพิ่มเติมจากแนวคิดของมารุตและเมอร์เซอร์และเขาวลัทธิ เสรีเสถียร ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจนได้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จำนวน 31 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามแบบรวมไม่แยกข้อครอบคลุมประเด็น ความกลัว ความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 31 ข้อ

5.3 ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจาก เขาวลัทธิ เสรีเสถียร (2530) โดยเพิ่มเครื่องมือเป็น 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ ความสำเร็จในการควบคุมตนเอง ในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง โดยแบบสอบถามเป็นชนิดมาตรฐาน ส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย หมายเลข 4 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด ในทางกลับกันถ้าเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด และหมายเลข 4 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย คะแนนจะอยู่ระหว่าง 42-168 ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี นำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93

แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด (Childbirth Experience Questionnaire [CEQ]) สร้างและพัฒนาขึ้นโดย Dencker et al. (2010) โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่เจ็บครรภ์และคลอดครั้งแรก แบบสอบถามประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในระยะคลอด ความสามารถของตนเอง

การสนับสนุนจากบุคลากรในโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในกระบวนการคัดลอกแบบสอบถาม มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน จาก 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ไปจน 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด และใช้มาตรวัดแบบ Visual analog ในการวัดระดับความเจ็บปวดและความรู้สึกปลอดภัย จากนั้น Walker, Wilson, Bugg, Denker, and Thornton (2015) ได้นำเครื่องมือ มาใช้ทดสอบกับมารดาหลังคลอด จำนวน 350 คน ในประเทศอังกฤษ โดยทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหา สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช เท่ากับ 0.09

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคัดลอกของ Marut and Mercer (1979) ซึ่ง ยูดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจาก เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) โดยเพิ่มเครื่องมือเป็น 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองซึ่งครอบคลุมประเด็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งมีความครอบคลุมความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ประสบการณ์การคลอดทางบวก เป็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะคลอดซึ่งผู้คลอดจะต่อเหตุการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอดตามความเป็นจริง ถ้าผู้คลอดสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดและผ่านพ้นเหตุการณ์ ได้ด้วยดี ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (Mercer, 1986 อ้างถึงใน สุกัญญา ปริสัทญกุล และคณะ, 2556) จากการทบทวนพบว่า การดูแลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกที่สำคัญได้แก่ การได้รับการสนับสนุนหรืออยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญต่อสถานการณ์การคลอดได้ดี การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดด้านบวก สามารถควบคุมตนเองได้ มาณี จันทร์โสภา, นวี เบาทรวง และสุกัญญา ปริสัทญกุล (2555) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่าผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด

1. ความหมายของการสนับสนุนระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนและการสนับสนุนในระยะคลอดดังนี้

Hodnett and Osborn (1989) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การดูแลและอยู่กับผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง ให้การสัมผัสสปลอบโยน สร้างความมั่นใจในการคลอด และให้เกียรติผู้คลอด

Hodnett (1996) ให้ความหมายของการสนับสนุนระยะคลอด ว่าเป็นคุณลักษณะหรือเทคนิคหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอดซึ่งทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี น่าจดจำและทำทลายความรู้ของผู้คลอด

Robin (1997) กล่าวว่า การสนับสนุนระยะคลอดหมายถึง การที่บุคคลใดก็ตามอาจเป็นสามี มารดา พี่สาว หรือเพื่อนที่ผู้คลอดต้องการและสามารถอยู่ดูแลได้ตลอดเวลา สามารถช่วยขจัดความกลัว ช่วยปรับประคองด้านจิตใจ คอยช่วยเหลือในขณะคลอด

Kayne, Greulich, and Albers (2001) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนระยะคลอดคือการที่มีบุคคลอาจเป็นเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่มีความสำคัญกับผู้คลอด อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว

Meribeth (2004) ให้ความหมายของการสนับสนุนระยะคลอด หมายถึง การที่บุคคลใดก็ตามไม่ว่าจะเป็นสามี มารดา น้อง เพื่อน พยาบาล แพทย์ หรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้เข้าไปช่วยเหลือ สนับสนุนในระยะคลอด สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยขจัดความกลัว คอยช่วยเหลือในขณะคลอด สามารถเข้าใจถึงปัญหาและเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา

Burgess (2014) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องนั้นมีที่มาจากการจัดการวางใจ ความกลัว ความเครียด ความปวดในระยะคลอด

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปความหมายของการสนับสนุนในระยะคลอดได้ว่าการที่บุคคลใดก็ตามไม่ว่าจะเป็น สามี มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการให้เข้าไปดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอด สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอดทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกทั้งต่อการคลอดและต่อจิตใจ สังกมของผู้คลอด

2. แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด

แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดเริ่มมาตั้งแต่ ค.ศ. 1960 จากการดูแลการคลอดที่เปลี่ยนไป การคลอดในโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดได้ แนวคิดเกี่ยวกับการ

คลอดธรรมชาติและให้ความสำคัญกับผู้สนับสนุนอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด ซึ่งรวมถึงสมาชิกในครอบครัว จึงมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดย Dick-Read หลังจากนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในระยะคลอด อนุญาตให้สามีเข้ามาดูแล โดยมีบทบาทเป็นผู้ให้คำแนะนำ การอนุญาตให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดจึงได้เริ่มขึ้น การสนับสนุนในระยะคลอดมุ่งเน้นให้ผู้คลอดเกิดความเข้มแข็งและมั่นใจตนเอง บรรเทาความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าต่าง ๆ (Simkin & O'hara 2002) อย่างไรก็ตามแม้แนวคิดนี้จะได้รับยอมรับและนำมาปฏิบัติ แต่พบว่า สามีส่วนใหญ่มักเกิดความเครียดจากการที่เห็นภรรยาตนเองเจ็บปวด ส่งเสียงร้อง มีความวิตกกังวล และกลัวต่างประเทศลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงมีแนวคิดการอบรมผู้รับจ้างดูแลในระยะคลอด (Doula) (Kayne et al., 2001) ขึ้นเพื่อให้การสนับสนุนในระยะคลอด แต่สำหรับในบางประเทศยังไม่มีผู้รับจ้างดูแลในระยะคลอด (Doula) จึงได้นำสมาชิกครอบครัวหรือญาติคนอื่นที่ผู้คลอดเลือกเข้ามาให้การสนับสนุน (WHO, 2016)

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอด

องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดได้มีการศึกษาและอธิบายถึงองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดไว้ดังนี้

Kayne et al. (2001) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้กำลังใจ การใช้คำพูดปลอบโยนเพื่อลดความกลัว หรือแม้แต่การสัมผัสอย่างอ่อนโยน
2. การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical support) เป็นการสนับสนุนด้านความสบายของร่างกาย ได้แก่ การดูแลดูแลร่างกายทั่วไป การช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า ช่วยนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยประคบร้อน ประคบเย็น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Advice and information) ซึ่งได้แก่การสนับสนุนให้ความรู้สอนการหายใจ สอนเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ อธิบายเหตุการณ์หรือกระบวนการที่จะเกิดขึ้น ในระหว่างการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจ
4. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy support) โดยช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจ หรือตอบคำถามแทนผู้คลอด เป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว

Hodnett et al (2012) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอดจากฐานข้อมูลงานวิจัยที่มีคุณภาพจาก Cochrane library มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 และทำการทบทวนครั้งล่าสุดเมื่อ ค.ศ. 2013 ได้อธิบายองค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำเทคนิคในการปฏิบัติเพื่อให้เผชิญการคลอดได้

3. การสนับสนุนด้านความสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสบายจากการ สัมผัส การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้ง การช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย

4. การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อเรียกร้อง ในสิ่งอื่น ๆ ที่ผู้คลอดต้องการ

Burgess (2014) อธิบายลักษณะของการสนับสนุนในระยะมี 4 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ได้แก่การสนับสนุนด้านร่างกาย ความสะดวกสบายต่าง ๆ เช่น การนวด การประคบร้อน ประคบเย็น การช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า หรือการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

2. การสนับสนุนด้านจิตใจ (Emotional support) ได้แก่ การทำให้ผู้คลอดมีกำลังใจ เกิดแรงบันดาลใจ มีทัศนคติที่ดี ในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด

3. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy support) ได้แก่ การสนับสนุน หรือช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจแก้ปัญหาในระหว่างการคลอด

4. การสนับสนุนจากสามีหรือคู่สมรส (Partner support) โดยให้สามีบทบาทดูแล ระหว่างการคลอด ซึ่งรวมไปถึง การสนับสนุนด้านข้อมูล เทคนิคการดูแลผู้คลอด ด้านร่างกาย และจิตใจ แก่สามี

จากการทบทวนจะเห็นว่าการสนับสนุนในระยะคลอด จะมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านร่างกาย/ ความสบาย การสนับสนุนด้าน ข้อมูล/ ความรู้และ การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

4. ผู้ที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด จากการทบทวนสามารถจำแนกชนิดของผู้ให้การ สนับสนุนไว้ดังนี้

Simkin (1999) กล่าวถึงการสนับสนุนในระยะคลอดแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ที่รับจ้าง (Doula) เป็นบุคคลที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอด ในทุกระยะของการคลอดมาก่อน สามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดได้ทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล

2. สามี เป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดกับผู้คลอดและผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากกลุ่มนี้ เพื่อเป็นกำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนในการคลอด

3. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ อาจเป็นพยาบาลผดุงครรภ์หรือแพทย์

4. ญาติหรือเพื่อน ผู้คลอดสามารถเลือกบุคคลที่ผู้คลอดคิดว่ามีความสัมพันธ์ และสามารถอยู่กับผู้คลอดได้ตลอดเวลา สามารถให้ความอบอุ่น ฟ่อนคลาย และช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลในระยะคลอด

Hodnett et al. (2013) ได้มีบททวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัย จำนวน 22 งานวิจัย ทั่วโลกได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดจำนวน 15,288 คน โดยศึกษาถึงผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. บุคลากรในโรงพยาบาลเช่น ผดุงครรภ์ พยาบาลประจำห้องคลอด นักศึกษาพยาบาล
2. บุคคลไม่ได้มีความเกี่ยวข้องทางสังคมกับผู้คลอด แต่ที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อการคลอด เช่น ผู้ที่รับจ้างดูแลในระยะคลอด (Doula) ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (Childbirth educator) หรืออาจเป็นพยาบาลที่เกษียณอายุ
3. บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสังคมกับผู้คลอดซึ่งถูกเลือกให้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดซึ่งอาจได้รับการอบรมการดูแลการคลอดหรือไม่ก็ได้ ได้แก่ สามี คู่สมรส ญาติผู้หญิงหรือเพื่อน หรือมารดาของสามี

อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ให้การสนับสนุนซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นต้องมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การดูแลด้านการแพทย์ การทำหัตถการและงานด้านเอกสาร การลงบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ขาดทักษะในการสนับสนุนระยะคลอดตามองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้สนับสนุนในระยะคลอดอาจเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลใดก็ได้ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้คลอดและเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้การสนับสนุน โดยไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งไม่มีความคุ้นเคยกับผู้คลอดจะทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดทางบวก ลดความกลัวการคลอด เพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก รวมทั้งสร้างให้เกิดคุณภาพในการดูแลมากขึ้น (WHO, 2016) ในระยะคลอดผู้คลอดมักมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างมากโดยต้องการให้บุคคลในครอบครัวเข้ามาสนับสนุนในห้องคลอด เนื่องจากต้องการกำลังใจ ความอบอุ่นใจ รู้สึกปลอดภัย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการคลอด นอกจากนี้ยังมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายจากบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้คลอด (ปิยฉัตร ปรานราษฎร์, 2549) การศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้คลอดวัยรุ่นจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่

5. บทบาทของผู้ให้การสนับสนุนระยะคลอด

ในระยะคลอด ผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน โดยการมีส่วนร่วมในการดูแล เห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย และบรรเทาความเจ็บปวด พุดคุยสร้างกำลังใจ ช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจ (WHO, 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอดตามองค์ประกอบหลัก ทั้ง 4 ด้านของ Hodnett et al. (2013) โดยผู้ให้การสนับสนุนจะมีบทบาทในการสนับสนุนดังนี้

1. การสนับสนุน ด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจแก่ผู้คลอด
2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำเทคนิคในการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดเพื่อให้เผชิญ การคลอดได้
3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย (Comfort measure) ได้แก่ การช่วยเหลือเพื่อให้เกิด ความสุขสบาย ด้วยการสัมผัส บีบ นวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย
4. การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ เป็นตัวแทนในการติดต่อสื่อสารกับ ทีมสุขภาพ ในเรื่องความต้องการต่าง ๆ ที่ผู้คลอดต้องการช่วยผู้คลอดในการตัดสินใจเมื่อพบภาวะ ฉุกเฉินในระหว่างการคลอด และติดต่อสื่อสารกับญาติภายนอกแทนผู้คลอดซึ่งอยู่ในระยะเจ็บ ครรภ์

6. การสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติที่เป็นผู้หญิง

จากการทบทวนที่ผ่านมามีพบว่า ผู้สนับสนุนในระยะคลอดอาจเป็นบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลใดก็ได้ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้คลอด แต่ในวัฒนธรรมบางแห่ง บางประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศไนจีเรียผู้คลอดไม่มีความต้องการให้สามีหรือคู่สมรสเข้ามาสนับสนุนใน ระยะคลอดเนื่องจากกลัวการสูญเสียความรู้สึกทางเพศ แม้จะเป็นสามีของตนก็ตาม (Oboro et al., 2011) ผู้หญิงจึงมีบทบาทในการสนับสนุนมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับการความต้องการของผู้คลอด วัยรุ่น ที่ต้องการมารดาตนเองหรือพี่สาว เพื่อนเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด (Montgomery, 2003) การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติที่เป็นผู้หญิง จึงเกิดขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1999 โดย Madi et al. (1999) ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติ ผู้หญิงในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่า ได้รับความบรรเทาปวดและยากกระตุ้นการหดตัวของมดลูกน้อยกว่า รวมทั้งมีอัตราการผ่าตัดน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การศึกษาโดยนำญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิงเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดมีทั้งให้การสนับสนุนตามระยะของการคลอดและตลอดระยะเวลาการคลอด สำหรับญาติผู้หญิงที่ถูกเลือกเข้ามาให้การสนับสนุนได้แก่ มารดาผู้คลอด มารดาสามีหรือคู่สมรส พี่สาว หรือเพื่อนผู้หญิงที่มีความสนิทกับผู้คลอดเสมือนญาติ ซึ่งหากผู้ให้การสนับสนุนมีประสบการณ์การคลอดมากลอบ จะยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้น (Yuenyong et al., 2012) ผลลัพธ์ของการศึกษาพบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงสามารถลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ให้กับผู้คลอด ลดระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด มีการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง เพิ่มความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอดและมีประสบการณ์การคลอดทางบวก (Campbell et al., 2006; Khersheh, 2010; Madi et al., 1999; ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554) นอกจากนี้ การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติที่เป็นผู้หญิง พบว่า ผู้คลอดมีความรู้สึกปลอดภัย ได้รับการช่วยเหลือด้านร่างกาย เป็นตัวแทนในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ตามความต้องการของผู้คลอด และได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมด้านอารมณ์ (Reham & Leslay, 2008) สำหรับญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้หญิง (Female relative or Close relative) ที่ถูกเลือกให้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

การศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอดในต่างประเทศมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การคลอดทางบวก หลายประเทศอาจมีการปฏิบัติจนเป็นกิจวัตร แต่สำหรับบางประเทศรวมถึงประเทศไทยยังมีการนำผลการศึกษามาใช้ในปฏิบัติจริงน้อย อาจเนื่องจากระบบการดูแลของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นเรื่องความปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ โครงสร้างของสถานที่และการปฏิบัติไม่อนุญาตให้ญาติหรือบุคคลอื่นซึ่งรวมทั้งครอบครัวเข้ามาในห้องคลอด การปฏิบัติดังกล่าวจึงทำให้เกิดความกลัวต่อสถานที่ และบุคลากรที่ดูแลการคลอด สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาให้สนับสนุนในระยะคลอดจากสามี หรือญาติซึ่งเป็นใครก็ได้ที่ผู้คลอดเลือกแต่สำหรับการศึกษาที่เลือกให้ญาติผู้หญิงเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดนั้นยังมีน้อย ได้แก่ ผลการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก (อาทิตยา เพิ่มสุข, 2550) Effect of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting (Yuenyong et al., 2012) และผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก (ศิริวรรณ ยืนยง และนันทน์ภัส รักไทย, 2554) โดยทั้ง 3 เรื่อง ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดวัยผู้ใหญ่

7. ผลของการสนับสนุนในระยะลดต่อความกลัวและการรับรู้ประสบการณ์การ

คลอด

ผลของการสนับสนุนในระยะลดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นยอมรับ การทั่วโลกว่าการสนับสนุนในระยะลดเป็นโปรแกรมและการปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดทางบวก โดยได้มีบททวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าผลลัพธ์ของการ สนับสนุนในระยะลดจะช่วยลด การคลอดด้วยหัตถการ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง คลอด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกที่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้คลอดมีระดับความวิตกกังวล ความเครียด น้อยและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก ซึ่งผลลัพธ์ต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผล ต่อการการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของผู้คลอด (Hodnett et al., 2013)

ส่วนการสนับสนุนในระยะลดต่อความกลัวการคลอดนั้น พบยังมีการศึกษาน้อย โดย สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา (2556) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ความเจ็บปวด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับความรู้และการช่วยเหลือ จากญาติในระยะที่หนึ่งของการคลอดพบว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวด ความกลัวและความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มควบคุม และ Sydsjo et al. (2012) ได้ทำการศึกษา ผลลัพธ์การดูแลผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดระดับสูงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยนำแนวทางการ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยผดุงครรภ์มาพัฒนาเป็นรูปแบบการสนับสนุนในระยะลดอย่าง ต่อเนื่องในผู้คลอดครรภ์หลังที่มีความกลัวการคลอดระดับสูงโดยให้ผดุงครรภ์ซึ่งผ่านการอบรม การดูแลความกลัวการคลอดด้วยกระบวนการทางจิตวิทยามาแล้ว เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้ข้อมูล เพียงผู้เดียวตลอดระยะเวลาการคลอดซึ่งผลของ โปรแกรมพบว่า ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้น กว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียง มีเตียงรอกคลอด 9 เตียง เตียงคลอด 4 เตียง ให้บริการผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ขึ้นไป จากข้อมูลของ โรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีอัตราการคลอด เฉลี่ยเดือน 300 คน พบมีอัตราผู้คลอดวัยรุ่น เฉลี่ยร้อยละ 21 ของผู้คลอดทั้งหมด การปฏิบัติด้าน การสนับสนุนในระยะลดที่ผ่านมา หน่วยงานได้อนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด สามารถเข้า เยี่ยมผู้คลอดที่อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ห้องรอกคลอดในเวลาที่กำหนด ครั้งละไม่เกิน 15 นาที แต่เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์มากหรือเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดจะไม่อนุญาตให้เข้าเยี่ยม การสนับสนุนจึงปฏิบัติโดยพยาบาลประจำห้องคลอด ซึ่งมีความรับผิดชอบงานทั้งการดูแลผู้คลอด และงานเอกสารอื่น ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ขาดทักษะในการสนับสนุนระยะลดซึ่งสอดคล้องกับการ ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนในระยะ

คลอด โดยบุคลากรทางสาธารณสุขจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกได้น้อยกว่าการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคคลใกล้ชิดหรือมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้คลอดและเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกให้การสนับสนุน (WHO, 2016) และจากการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดวัยรุ่น พบผู้คลอดส่วนใหญ่มีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่ไม่เหมาะสม เช่น นอนร้องไห้ร้องโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความต้องการให้แม่หรือผู้ใกล้ชิดเข้ามาดูแลระหว่างที่ตนเองรอคลอด โดยเฉพาะในช่วงเบ่งคลอด เนื่องจากกลัวการคลอด ผู้คลอดวัยรุ่นที่เป็นครรภ์แรกจะมีความกลัวมากและมีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากกว่าผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์หลัง ในส่วนของ ผู้คลอดวัยรุ่น ครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การคลอดไม่ดี ส่วนหนึ่งตัดสินใจคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด แบบไม่มีข้อบ่งชี้ เพื่อไม่ต้องเผชิญกับความปวด ความกลัว ในระยะคลอด ทำให้ อัตราผ่าตัดคลอดใน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์สูงขึ้นถึงร้อยละ 50

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด มาพัฒนาให้เป็น โปรแกรมเพื่อสนับสนุนในระยะคลอดต่อความกลัวและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น ครรภ์แรก โดยเลือกผู้ให้การสนับสนุนเป็นญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือก

1. โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett et al. (2013) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) การสนับสนุนด้านความสบาย (Comfort measure) การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) และบทบาทงานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย ประกอบด้วย 2 ชุดกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกและญาติผู้หญิง เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดมีกิจกรรมดังนี้ นำชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง แล้วนำมาเรียบเรียงเนื้อหา เพื่อจัดทำเป็นวิดีโอทัศน์และคู่มือซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด สถานที่คลอด กิจกรรมที่ผู้คลอดและญาติผู้หญิงสามารถปฏิบัติในห้องคลอด การสนับสนุน ช่วยเหลือของญาติผู้หญิงที่ให้แก่ผู้คลอดโดยนำมาพัฒนากิจกรรมดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด
3. การสนับสนุนด้านความสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสุขสบายกาย จากการสัมผัส ในการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย
4. การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์ หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

ระยะที่ 2 ระยะคลอด ให้นิยามผู้หญิงเข้าให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอด ตั้งแต่แรกจับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนถึงสิ้นสุดการคลอด ประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ จิตใจ 2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านร่างกาย ความสุขสบาย 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

2. การเตรียมเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ดังนี้

- 2.1 จัดประชุมเจ้าหน้าที่ แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
- 2.2 ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ ขณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ว่าเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและให้การดูแลผู้คลอดรายอื่น ๆ ได้ตามปกติ
- 2.3 ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรประจำการให้ติดต่อผู้วิจัย ภายใน 15 นาที หลังพิจารณารับกลุ่มตัวอย่างไว้ในโรงพยาบาล
- 2.4 เมื่อเจ้าหน้าที่มีข้อสงสัยหรือญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง สามารถติดต่อและแจ้งผู้วิจัยทันที

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความถี่การคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ที่มาฝากครรภ์และวางแผนคลอดที่โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้คลอดวัยรุ่น

- 1.1 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี
- 1.2 ตั้งครรภ์เดี่ยว
- 1.3 อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป
- 1.4 ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ
- 1.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด
- 1.6 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

1.7 มีญาติผู้หญิงที่จะเข้าร่วมสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ เป็นญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือก อาจเป็นมารดาผู้คลอด มารดาสามี มารดาบุญธรรม พี่สาว น้องสาว ป้า น้าองสาว หรือเพื่อนสนิทที่เปรียบเสมือนบุคคลในซึ่งอาจมีประสบการณ์การคลอดหรือไม่เคยก็ได้ และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 2.1 ญาติผู้หญิง ไม่สามารถให้การสนับสนุนผู้คลอดได้ตลอดโปรแกรม
- 2.2 ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนงานวิจัย พบการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลี้มศิริ และคณะ (2552) เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีความใกล้เคียงกันจึงนำมาคำนวณเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .75 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ($\alpha = .05$) นำไปกำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวม 50 คน

การเลือกตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เมื่อพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมาฝากครรภ์ ให้ติดต่อผู้วิจัยทันที จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตนเองกับหญิงตั้งครรภ์และญาติผู้หญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์และญาติผู้หญิงยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 25 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อป้องกันความลำเอียงและการปนเปื้อนของข้อมูล และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ประกอบด้วย 2 ชุดกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกและญาติผู้หญิง เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดมีกิจกรรมดังนี้ นำชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง แล้วนำมาเรียบเรียงเนื้อหา เพื่อจัดทำเป็นวิดีโอทัศน์และคู่มือซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคบรรเทาความ

เจ็บปวด สถานที่คลอด กิจกรรมที่ผู้คลอดและญาติผู้หึงสามารถปฏิบัติในห้องคลอด การสนับสนุน ช่วยเหลือของญาติผู้หึงที่ให้แก่ผู้คลอดโดยนำมาพัฒนากิจกรรมดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่องให้กำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) ได้แก่ คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด
3. การสนับสนุนด้านความสบาย (Comfort measure) ได้แก่ ความสุขสบายกาย จากการสัมผัส ในการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย
4. การเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy) ได้แก่ การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์ หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

การเตรียมเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ดังนี้

1. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หึง เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
2. ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ ขณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ว่าเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและให้การดูแลผู้คลอดรายอื่น ๆ ได้ตามปกติ
3. ขอความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรประจำการให้ติดต่อผู้วิจัย ภายใน 15 นาที หลังพิจารณารับกลุ่มตัวอย่างไว้ในโรงพยาบาล
4. เมื่อเจ้าหน้าที่มีข้อสงสัยหรือญาติผู้หึงที่ให้การสนับสนุนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง สามารถติดต่อและแจ้งผู้วิจัยทันที

ระยะที่ 2 ระยะคลอด ให้ญาติผู้หึงเข้าให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอด ตั้งแต่แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนถึงสิ้นสุดการคลอด โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ จิตใจ 2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านร่างกาย ความสุขสบาย 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
 - 1.1 ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการฝากครรภ์ และการคลอด

1.2 ข้อมูลของญาติผู้หญิงที่สนับสนุนในระยะคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การให้การสนับสนุนในระยะคลอด ประสบการณ์การคลอดของญาติผู้หญิง

2. แบบสอบถามความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery fear scale) สร้างขึ้นโดย Alehagen et al. (2001) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) เพื่อใช้ประเมินความกลัวในระยะเริ่มต้น พัฒนาให้มีความเหมาะสมกับผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยประเมินในช่วงระยะเจ็บครรภ์จริงปากมดลูกเปิด 4-9 เซนติเมตร แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 10 คำถาม เป็นคำถามสั้น ๆ ประกอบด้วยคำถามด้านลบจำนวน 5 คำถาม และคำถามด้านบวกจำนวน 5 คำถาม โดยใช้คำตอบเป็นแบบตัวเลข ตั้งแต่ 1-10 ใช้ระบบความคิดเห็นของตนเอง โดยเลข 1 แสดงว่า ไม่เห็นด้วยที่สุด และเลข 10 แสดงว่า เห็นด้วยที่สุด ผลรวมของคะแนนมีตั้งแต่ 10 ถึง 100 คะแนน โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนนจะหมายถึงมีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที

3. แบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวม ของ Wijma (The Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ B]) ที่สร้างโดย Wijma et al. (1998) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินความกลัวการคลอดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความกลัวการคลอดภาพรวม โดยประเมินเกี่ยวกับ การรับรู้ และความรู้สึกต่อการคลอดที่ผ่านมา แบบประเมินนี้พัฒนาให้สามารถใช้ได้กับผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง มีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 19 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่อง 6 ระดับ ค่าคะแนน 0-5 จากไม่รู้สึกละเลย เท่ากับ 0 จนถึงระดับมากที่สุดเท่ากับ 5 คำถามด้านลบ 14 ข้อ ให้คะแนนทางย้อนกลับคือ ไม่รู้สึกละเลยเท่ากับ 0 จนถึงรู้สึกมากที่สุดเท่ากับ 5 ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-165 คะแนน ระดับผลรวมของคะแนนที่สูงที่สุดแสดงว่ามีความกลัวการคลอดในระดับ สูงสุด แบบสอบถามนี้มีความน่าเชื่อถือสูง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้าน โครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน ความน่าเชื่อถือ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น มากกว่าหรือเท่ากับ 0.87 และได้มีการนำไปใช้และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในหลายประเทศเช่น อเมริกา สวีเดน ออสเตรเลีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88, 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ

4. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ที่ ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจาก เขาวลัทธิ เสรีเสถียร (2530) โดยเพิ่มเครื่องมือเป็น 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด

ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดและความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง โดยแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย หมายเลข 4 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด ในทางกลับกันถ้าเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด และหมายเลข 4 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย คะแนนจะอยู่ระหว่าง 42-168 ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและนำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการใช้ภาษาของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery fear scale) สร้างขึ้นโดย Alehagen et al. (2001) แบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวม ของ Wijma et al. (2002) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) แบบสอบถามนี้มีความน่าเชื่อถือสูงได้มีการนำไปใช้และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในหลายประเทศ เช่น อเมริกา สวีเดน ออสเตรเลีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88, 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ ยุติ ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือต่อจาก เขียวลักษณะ เสรีเสถียร (2530) แบบสอบถามนี้ได้รับการนำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดปกติ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.9 แบบสอบถามทั้งสามชุดนี้มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 06-12-2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

เลขที่ 8/ 2561 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิง ทราบวัตถุประสงค์ และข้อมูลการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัย อย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในใบยินยอม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งทางกฎหมายถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะนั้น ให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมกันวิจัยแทนกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และญาติ ผู้หญิง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิงที่ได้จากการศึกษา เป็นความลับจะใช้เฉพาะ การศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การดำเนินการวิจัย

ภายหลังโครงร่างงานวิจัย ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แล้วจากนั้นดำเนินการวิจัยใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคังมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

ภายหลังผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ที่แผนกฝากครรภ์จากนั้นแนะนำตัว พร้อมสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่าง ให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึก ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในทะเบียนประวัติที่จัดทำขึ้นเพื่อ เพื่อป้องกันการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นติดสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ “Control” ด้านหน้าสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นการ สื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่า เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนนี้แล้วกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการ ดูแลตามปกติจากพยาบาลห้องฝากครรภ์

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องคลอดและได้รับการพิจารณาให้นอนโรงพยาบาลแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด จากนั้นพยาบาลประจำ ห้องคลอด ติดต่อผู้วิจัยทราบภายใน 15 นาที พร้อมให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการคลอดก้น้ำกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ช่วง 4-9 เซนติเมตร ผู้วิจัย นำแบบสอบถามความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

และภายหลังกการคลอดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวมให้ผู้วิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเช่นกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ภายหลังพักฟื้นการคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

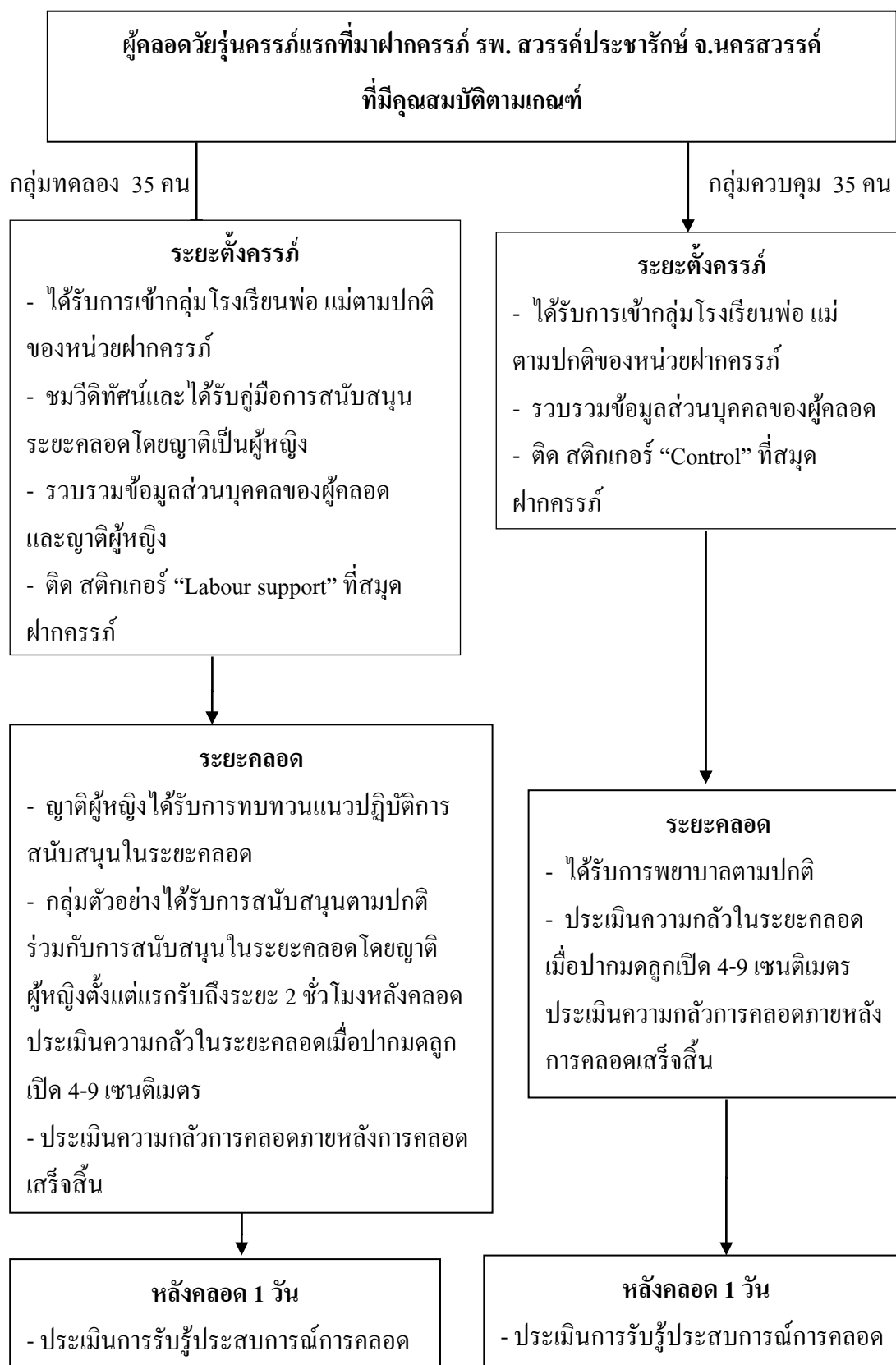
กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ที่แผนกฝากครรภ์ พร้อมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ตัดสินใจเลือกญาติผู้หญิงที่จะเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิงเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิงตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กรณีญาติผู้หญิงที่ถูกเลือกไม่มาที่แผนกฝากครรภ์พร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำให้พาญาติผู้หญิงที่เลือกมาที่แผนกฝากครรภ์พร้อมกันในวันนัดครั้งต่อไป และหากกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งทางกฎหมายถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์พร้อมผู้ปกครอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กับผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความเห็นชอบจากผู้ปกครองจึงให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมกันวิจัยแทนกลุ่มตัวอย่าง แต่กรณีไม่มีผู้ปกครองมา แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้พาผู้ปกครองมาพร้อม ในวันนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปเพื่อชี้แจงข้อมูลและขอความเห็นชอบในการเข้าร่วมการวิจัย ตามรายละเอียดข้างต้นจากนั้นบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิงในทะเบียนประวัติ ที่จัดทำขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อบันทึก ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการติด สติกเกอร์สัญลักษณ์ “Labor support” ด้านหน้าสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นการสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มทดลองและญาติผู้หญิงเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด โดยมีกิจกรรม ได้แก่ นำชมวีดิทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” และฝึกปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอด พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิงทวนซ้ำซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 นาที จากนั้นมอบคู่มือ เรื่อง “การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ให้กับ

กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้หญิง จำนวน 1 เล่ม เพื่อนำกลับไปอ่านและฝึกปฏิบัติที่บ้านและแนะนำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า เมื่อมาคลอดให้นำญาติผู้หญิงที่จะให้การสนับสนุนมาโรงพยาบาลด้วยพร้อมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีเจ็บครรภ์คลอดและได้รับการพิจารณาให้นอนโรงพยาบาลพยาบาลประจำห้องคลอดให้การพยาบาลตามปกติและจัดให้ผู้คลอดได้นอนเตียงที่มีม่านกั้นเป็นสัดส่วน เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมจากนั้นติดต่อผู้วิจัยทราบภายใน 15 นาที เมื่อผู้วิจัยมาถึงผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้หญิง ทักทายและทบทวนการปฏิบัติ แนะนำสถานที่และความเข้าใจในการสนับสนุนระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงที่ถูกเลือกให้สนับสนุนในระยะคลอด ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อให้สามารถสนับสนุนในระยะคลอดได้เหมาะสม จากนั้นให้ญาติผู้หญิงเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย ทัดขี้อธิบายเพื่อแสดงตัวให้เจ้าหน้าที่ทราบว่าเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แนะนำญาติผู้หญิงให้รู้จักกับพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน ณ ช่วงเวลานั้นเพื่อสามารถติดต่อสื่อสารได้ถูกต้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้ญาติผู้หญิงเข้าร่วมสนับสนุนในระยะคลอด ตลอดเวลาตั้งแต่แรกได้รับจนถึงสิ้นสุดการคลอด ยกเว้นต้องการทำกิจกรรมส่วนตัวหรือรับประทานอาหาร โดย ผู้วิจัยจัดหาอุปกรณ์ในการประคบร้อน นวดหลังให้กับญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอดระหว่างให้การสนับสนุนระยะคลอดของญาติผู้หญิง ทั้งในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ทำการปิดกั้นม่านเฉพาะเตียง เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้คลอดและครอบครัวอื่น ภายหลังจากคลอดก๊วหน้ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ช่วง 4-9 เซนติเมตร ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองและภายหลังจากคลอดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวมให้ผู้วิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเช่นกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ภายหลังจากพักฟื้นการคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ



ภาพที่ 2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดและญาติผู้หญิง ข้อมูลการคลอด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอด ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ประเมินได้ในระยะเจ็บครรภ์ปากมดลูกเปิด 4-9 เซนติเมตร และประเมินภายหลังการคลอดด้วยสถิติ Independent *t*-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent *t*-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติ ผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ที่ได้รับการคลอดด้วยหัตถการซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องตัดออกจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มควบคุม คงเหลือ จำนวน 22 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกและญาติผู้หญิง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกและญาติผู้หญิง

1. ข้อมูลของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก

ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 17.31 ปี ($SD = 0.33$) และ 17.08 ปี ($SD = 1.75$) ส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 15-19 ปี (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 95.5, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90.0) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 45.5, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.0) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (กลุ่มร้อยละ 77.3 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.3) ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบที่สถิติ Chi-square และ Fisher exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไป

ไม่แตกต่างกันดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	อายุ (ปี)	M = 17.31, SD = 0.33		M = 17.08, SD = 1.75	
10-14 ปี	1	4.5	3	10.0	
15-19 ปี	21	92.0	22	90.0	
ระดับการศึกษา					1.57 ⁺⁺ .23
ประถมศึกษา	4	18.2	6	24.0	
มัธยมศึกษา	10	45.5	14	56.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	36.4	5	20.0	
อาชีพ					0.50 ⁺⁺ .24
ไม่ได้ทำงาน/ นักเรียน/ ค้าขาย/ รับจ้าง	17	77.3	17	72.3	
	5	22.7	8	27.7	

หมายเหตุ + = t-test for independent ++ = Chi-square test +++ = Fisher's exact probability test

ด้านข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด พบว่า ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 81.8, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88.0) กลุ่มควบคุม สำหรับระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 เฉลี่ย 6.6 ชั่วโมง (SD = 4.47) กลุ่มทดลองเฉลี่ย 5.3 ชั่วโมง (SD = 3.47) ระยะเวลาการคลอด ระยะที่ 2 ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 2 ใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุม เฉลี่ย 34 นาที (SD = 38.45) กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 35.40 (SD = 14.80) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที และ Fisher exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุครรภ์					.35 ⁺⁺⁺	.45
35-37 สัปดาห์	4	18.2	3	12.0		
38-41 สัปดาห์	18	81.8	22	88.0		
การฝากครรภ์					.046 ⁺⁺⁺	.53
ไม่ครบตาม	13	59.1	14	56.0		
ครบตามเกณฑ์	9	40.9	11	44.0		
ระยะเวลาการคลอด						
ระยะที่ 1 (ชม.)	M = 6.6	SD = 4.47	M = 5.3	SD = 3.47	.53 ⁺	.23
ระยะที่ 2 (นาที)	M = 34.31	SD = 38.45	M = 35.4	SD = 14.80	1.88 ⁺	.18

หมายเหตุ + = t-test for independent +++ = Fisher' s exact probability test

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด อายุเฉลี่ย 46.96 ปี (SD = 9.24, Rang = 33-70) ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 48.0) การประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60.0) ความสัมพันธ์กับผู้คลอด ส่วนใหญ่ร้อยละ 88 เป็นมารดา ผู้คลอด เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนทุกรายแต่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าไปสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด ตามรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้หญิงที่ให้การสนับสนุนในระยะคลอด

ข้อมูลทั่วไป	ญาติผู้หญิง (n = 47)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	M = 46.96 , SD = 9.244 , Range 33-70	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	48.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	48.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	4.0
อาชีพ		
รับจ้าง	15	60.0
เกษตรกรกรรม	5	20.0
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	2	8.0
ไม่ได้ทำงาน	3	12.0
ความสัมพันธ์กับผู้คลอด		
มารดาผู้คลอด	22	88.0
มารดาสามี	1	4.0
ย่า/ ยาย	2	8.0
ประสบการณ์ในการเข้าไปสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด		
เคย	0	0.0
ไม่เคย	25	100.0
ประสบการณ์การคลอดของญาติผู้หญิง		
เคย	25	100.0
ไม่เคย	0	0.0

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก สามารถประเมินได้ 2 ระยะ คือ ในช่วงเจ็บครรภ์ปากมดลูกเปิดเร็วและภาพรวมการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบค่าที่ แบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) ผลการวิเคราะห์แสดงไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ

ความกลัวการคลอด ในช่วงเจ็บครรภ์ปากมดลูกเปิด เร็ว วัดโดยใช้แบบสอบถาม ความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery Fear Scale [DFS]) ซึ่งเป็นมาตรวัดตามระบบความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับความกลัวการคลอดในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งวัดได้ในช่วงปากมดลูกเปิดเร็ว ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวในระยะคลอด ในผู้คลอดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.605, p < .01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
กลุ่มควบคุม	22	63.36	10.64	14.44	3.605	45	< .01
กลุ่มทดลอง	25	48.92	15.90				

ความกลัวการคลอดภาพรวมที่ประเมินในช่วงหลังการคลอด เป็นการประเมินความกลัวที่เกิดขึ้นจริงจากการรับรู้ ความรู้สึกในระหว่างการคลอดที่ผ่านมา สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามความกลัวการคลอด ภาพรวมของ Wijma (The Wijma delivery expectation/ Experience B) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดภาพรวมของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบค่าที่ แบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) พบว่า ผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดภาพรวมมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.946, p < .001$)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอด ภาพรวมของผู้คลอดวัยรุ่น
ครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
กลุ่มควบคุม	22	111.22	20.60	28.38	5.946	45	< .001
กลุ่มทดลอง	25	82.84	11.33				

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น
ครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อเหตุการณ์
การคลอดที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
ของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบ
ค่าทีแบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) พบว่า ผู้คลอดกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดน้อยกว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.855$,
 $p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น
ครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
กลุ่มควบคุม	22	116.27	16.39	-15.76	-3.855	45	< .001
กลุ่มทดลอง	25	132.04	11.48				

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัตหลังการทดลอง (Two groups posttest design with non-equivalent) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery fear scale) แบบสอบถามความกลัวภาพรวม ของ Wijma (The Wijma delivery expectancy/ Experience questionnaire [W-DEQ B]) และแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและญาติ ด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที และ Chi-square test และ fisher exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดที่ประเมินทั้งสองระยะ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่า ทีแบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 17.31 ปี ($SD = 0.33$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง ร้อยละ 59.1 มาคลอดในช่วงอายุครรภ์ 38-41 สัปดาห์ ร้อยละ 81.8
กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 17.08 ปี ($SD = 1.75$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.3 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง ร้อยละ 56 มาคลอดในช่วงอายุครรภ์ 38-41 สัปดาห์ ร้อยละ 88
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้หญิง ที่ผู้คลอดเลือกเข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด ส่วนใหญ่ เป็นมารดาของตนเอง ร้อยละ 88 รองลงมาคือ ย่า ยาย ร้อยละ 8 และแม่สามี ร้อยละ 4

มีอายุเฉลี่ย 46.96 ปี ($SD = 9.24$, Range 33-70) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ตอนต้น เท่า ๆ กัน ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60 ญาติผู้หญิงทุกคนเคยผ่าน ประสบการณ์การคลอดมาก่อน แต่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าไปสนับสนุนในระยะคลอด

3. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดซึ่งประเมินได้สองระยะดังนี้

3.1 ความกลัวการคลอด ที่ประเมินในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = 3.605, p < .01$)

3.2 ความกลัวการคลอดภาพรวม ที่ประเมินภายหลังการคลอด ของกลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = 3.629, p < .001$)

ดังนั้น ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติ ผู้หญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่า ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้รับ โปรแกรม ทั้งสองระยะ จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

4. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติ ผู้หญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่า ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้ รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = -3.855, p < .001$) จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนในระยะ คลอดโดยญาติผู้หญิงมีคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่า และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ที่ดีกว่า ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้รับ โปรแกรม จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง ข้อ 1 และข้อ 2 สามารถอธิบายได้ตามลำดับ ดังนี้

1. ความกลัวการคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดที่ประเมินในระยะปากมดลูก เปิดเร็ว และภาพรวมการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้คลอดด้วยรุ่น ครรภ์แรก ซึ่งมีความกลัวการคลอดเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นในระยะ ไกล่คลอดเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดมักจะมี ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก ซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง เป็นวงจรสัมพันธ์กับความกลัว การคลอด ตามวงจร Fear-tension-pain (Dick-Read, 1984) นอกจากนี้ผู้คลอดด้วยรุ่นซึ่งไม่มี ประสบการณ์การคลอดมาก่อน ส่วนใหญ่มีกลัวความเจ็บปวด กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ในห้องคลอด และกลัวบุคลากรในห้องคลอด (เรวดี เป็นชัย และคณะ, 2558) ดังนั้น เมื่อได้รับ

โปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด การปฏิบัติขณะรอคลอด สถานที่คลอด และการบริการของเจ้าหน้าที่ต่อผู้คลอดทำให้ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก ได้ฝึกปฏิบัติ วิธีบรรเทาความเจ็บปวด ได้รับรู้เหตุการณ์ที่ตนจะต้องเผชิญล่วงหน้า นอกจากนี้ ในโปรแกรมยัง เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เลือกญาติที่จะเข้ามาดูแลในระหว่างการคลอดด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้คลอด เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะไม่โดดเดี่ยวในระหว่างการคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดตลอดระยะเวลาการคลอด โดยญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือก ซึ่งส่วนใหญ่ เลือกมารดาของตนเองด้วยเหตุผลว่า รู้สึกสนิทใจ อุ่นใจ สบายใจมากกว่าที่จะเลือกบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การสนับสนุนในระยะคลอด Hodnett et al. (2013) ที่กล่าวว่า ผู้ให้การสนับสนุนซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นต้องมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การดูแลด้านการแพทย์ การทำหัตถการและงานด้านเอกสาร การลงบันทึกข้อมูลต่าง ๆ จึงทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนระยะคลอดได้เพียงพอต่อความต้องการของผู้คลอด แต่สำหรับผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่เป็นบุคคลใกล้ชิดหรือมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผู้คลอด ผู้คลอดจะรู้สึกคุ้นเคยไว้วางใจในการที่จะแจ้งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง เกิดความผ่อนคลาย หรือเมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดก็สามารถที่จะไว้วางใจให้บุคคลกลุ่มนี้ตัดสินใจแทนได้ จึงช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอด เป็นผลให้เกิดความเจ็บปวดและความกังวลลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง และนันทภัท รักไทย (2554) ที่ศึกษาผลการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรกพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 50 ของผู้ที่ถูกเลือกให้สนับสนุนในระยะคลอดคือมารดาผู้คลอด นอกจากนี้การศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือในระยะที่หนึ่งของการคลอดมีความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่าผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงที่สามารถให้ญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือก เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ได้ตลอดระยะเวลาการคลอด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกเลือกบุคคลที่ตนเองไว้ใจ

ที่สุด ซึ่งได้แก่ มารดาตนเอง ยา/ ยายตนเอง และมารดาสามี ตามลำดับเข้ามาให้การสนับสนุนใน ระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดลดความเครียด รู้สึกว่าไม่ได้อยู่คนเดียวโดยลำพัง ญาติผู้หญิงที่เข้าให้การ สนับสนุนในระยะคลอด จะมีบทบาทในการดูแลให้ความเห็นอกเห็นใจ พุดคุยสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจให้ผู้คลอดว่าจะสามารถเผชิญการคลอดได้ ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุข สบาย และบรรเทาความเจ็บปวด ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรม การเผชิญในระยะคลอดที่เหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนต่าง ๆ จะเป็นไปตามความต้องการของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของตนเอง และในการคลอด ผู้ คลอดสามารถคลอดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตัวผู้คลอดและทารก ทั้งหมดนี้จึงเป็นผล ให้ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกมีการรับรู้ในทางบวกกับการคลอด เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Khreshch (2010) ที่ศึกษาผลการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการ คลอด โดยญาติผู้หญิงในผู้คลอดครั้งแรก พบกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดในระหว่างคลอด น้อยกว่าแต่มีประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมและจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น ระบบเกี่ยวกับ การสนับสนุนในระยะคลอดโดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ การสนับสนุน ในระยะคลอด โดย Hodnett et al. (2012) พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอด เป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้ให้ การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกเองจะยิ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีผลให้ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่า และมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้คลอดวัยรุ่นแรกกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานห้องคลอดสามารถนำผลการวิจัยมากำหนดนโยบาย การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนใน ระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้คลอด มากขึ้น ช่วยลดความกลัวการคลอดและส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่ดี

3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางการจัดการเรียน การสอน แก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องการสนับสนุนในระยะคลอดและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนในระยะคลอด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปหากมีการศึกษาต่อยอดโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิง ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิง

บรรณานุกรม

- กชกร ตัมพวิบูลย์. (2548). *ผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัว พฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์และความพึงพอใจการคลอดในสตรีครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิดาภา เนียมบั้งชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- นภาพรณี เพิ่มทรัพย์. (2559). *ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 12-21.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 103-111.
- บุญทิวี สุนทรลิ่มศิริ, ศรีสมร ภูมนสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- บุญฤทธิ สุจริตน์ และปิยะรัตน์ เอี่ยมคง. (2560). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- ปิยฉัตร ปธานราชฤทธิ์. (2549). *ความต้องการการสนับสนุนในระยะคลอดของผู้คลอดและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรเวทย์ ผะกกลาง, สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2559). ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(4), 44-54.

- มานี จันทรโสภา, นวี เบาทรวง และสุกัญญา ปรีสัจญกุล. (2555). ผลของการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่น ครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 71-84.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดย ไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา การพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขवालักษณ์ เสรีเสถียร. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อ้อมโนทัศน์กับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรวดี แป้นย้อย, ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2558). ความกลัวการคลอดและกลวิธี จัดการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(4), 34-43.
- ศิรินทิพย์ คำมีอ่อน และนิลุบล รุจิรประเสริฐ. (2557). ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการ คลอดของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 147-154.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะความคลอดจากญาติ ใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 67-82.
- สุปราณี อัทธเสรี และเขवालักษณ์ เสรีเสถียร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบาง ประการกับการรับรู้ ประสบการณ์การคลอด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ ณ เชียงใหม่. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธ์ภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาลและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณีสา กิตติปัญญา. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการ ช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์ แรก ในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 23-31.

- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, พัทธ์วิไล ศรีแสง, ศกลรัตน์ ชาญวิรัตน์ และวิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงศ์. (2556). ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 46-56.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 84-93.
- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- องค์การยูนิเซฟ. (2558). *การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย.
- Adams, S. S., Eberhard-Gran M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 1238-1246.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 315-320.
- Alessandra, S., & Roberta, L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18.
- Anderson, C. A., & Gill, M. (2014). Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older age adolescents. *Applied Nursing Research*, 27(4), 242-248.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00203.x
- Burgess, A. (2014). An evolutionary concept analysis of labor support. *International Journal of Childbirth Education*, 29(2), 64-72.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*, 35(4), 456-464.
- Carrie, S. K. (2003). Centering pregnancy: A model for pregnant adolescent. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(3), 220-225.

- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). *Childbirth experience questionnaire development and evaluation of a multidimensional instrument*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing, 18*(5), 667-677.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impact on women's fear of childbirth: A Western Australian exampla. *Social Science & Medicine, 63*, 64-75.
- Ganchimeg T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tuncalp, O., Vogel, J. P., Souza, J. P., & Mori, R. (2014). WHO multicountry survey on maternal newborn health research network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 121*(Suppl. 1), 40-48.
- Gunilla, S., Marie, B., Sofie, P., Louise, A., Marie, B., & Ann, J. (2015). Effect of continuous midwifery labor support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*(115), 2-5.
- Haines, H. M., Rubbertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). *The influence of childbirth on mode and experience of birth*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/147-2393/12/55>.
- Hodnett, E. D. (1996). Nursing support of the laboring women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 25*(3), 257-264.
- Hodnett, E. D., & Osborn, R. W. (1989). Effect of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health, 12*(5), 289-297.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 41*(3), 265-280.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(3), 300-315.
- Hofberg, K. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- Kawakita, T., Reddy, U. M., Grantz, K. L., Landy, H. J., Desale, S., & Iqbal, S. N. (2016). Maternal outcomes associated with early preterm cesarean delivery. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(3), 312-319.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B., & Albers, L. L. (2001). Doulas: An alternative yet complementary to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 692-703.
- Khresheh, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26, 21-24.
- Khresheh, R., & Barclay, L. A. O. (2010). The lived experience of Jordanian women who received family support during labor. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(1), 47-51.
- Kritchaoen, S., Ingkathawornwong, T., Singchuncai, P., Limcahianrunruang, S., Intanon, T., & Phanthong, U. (2005). Perceptions of nurse and clients on nurse-midwives' roles. *Songklanagarind Medical Journal*, 23(Suppl 2), 269-276.
- Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complication in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.
- Madi, B. C., Sandll, J., Bennett, R., & Macleod, C. (1999). Effect of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 26(1), 4-8.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-266.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fear associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1993). Relationship of psychosocial and perinatal variable to perception of childbirth. *Nursing Research*, 32(4), 202-207.

- Meribeth, M. (2004). *The value of labor support: Help for woman during childbirth: Expectant mother's guide*. n.p.
- Montgomery, K. S. (2003). Nursing care for pregnant adolescent. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32, 249-257.
- Oboro, V. O., Oyeniran, A. O., Akinola, S. E., & Isawumi, A. I. (2011). Attitudes of Nigerian women toward the presence of their husband or partner as a support person during labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112, 56-58.
- Odalea, M. B., Mary, A. P., Maria, J. D. O., Jose, G. C., & Antonio, S. N. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 4(5), 42-55.
- Otley, H. (2011). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19(4), 215-220.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Konaiak, D. (1997) *Maternal nursing: Family newborn and women's health care* (18th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Reham, K., & Lesley, B. (2008). Implementation of a new birth record in three hospitals in Jordan: a study of health system improvement. *Health Policy and Planning*, 23(1), 76-82.
- Robin, E. W. (1997). *How to support a laboring women*. Retrieved from <http://www.childbirth.org/articles/support.html>.
- Rouhe, H., Salmela, A. K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., & Saisto T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nullparous women-randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(1), 75-84.
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.

- Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmaki, E. (1999). Factor associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, *94*(5), 679-682.
- Saul, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, *39*(6), 703-712.
- Scollato, A., & Lampasona, R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *1*(1), 1-18.
- Simkin, P. (1999). Non pharmacological method of pain relief during labor. In L. Chalmers, M. Enkin, & M. Keirse, (Eds.), *Effective care in pregnancy and childbirth* (pp. 983-912). Oxford: Oxford University Press.
- Simkin, P., & O'hara, M. (2002). Nonpharmacological relief of pain during labor: Systematic reviews of five method. *American Journal Obstetrics & Gynecology*, *186*(5), 131-159.
- Sydsjo, G., Sydsjo, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *91*(1), 44-49.
- Tetsuya, K., Kathy, W., Katherine, L. G., Helain, J. L., Chun- Chin, H., & Veronica, G. L. (2016). Adverse maternal and nonatal outcome in adolescent pregnancy. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*, 130-136.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Elsa-Lena R. (2014). A randomized control trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, *41*(4), 384-394.
- Treffer, P. E., Olukoya, A. A., Ferguson, B. J., & Liljestrand, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *75*(2), 111-121.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Robertsson, C. (2004). A negative birth experience: Prevalence and factor in a national sample. *Birth*, *31*(1), 17-27.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *113*, 638-646.

- Walker, K. F., Wilson, P., Bugg, G. J., Denker, A., & Thornton, J. G. (2015). Childbirth experience questionnaire: Validating its use in the United Kingdom. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *15*(86), 199-200.
- Wijma, K., Alehagen, S., & Wijma, B. (2002). Development of delivery fear scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *23*(2), 97-107.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspect of W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *19*(2), 84-97.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Pregnant adolescence: Delivering and global promises of hope*. Retrieved from <http://www.who.int/child-adolescence-health/publication/publist.htm>.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publication/publist.htm>.
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publication/publist.htm>.
- Yuenyong, S., Brien, B. O., & Jirapeet, V. (2012). Effect of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, *41*(1), 45-56.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองรัฐเทพ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
มารดา ทารก และผดุงครรภ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท |
| 2. อาจารย์แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ | อาจารย์ประจำภาควิชา
การพยาบาลมารดาและทารก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สวรรคภ์ประชารักษ์ |
| 3. พว.นงนุช วิทย์โชคกิติคุณ | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
ด้านการพยาบาลมารดา-ทารก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ |

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก

Effect of Labor Support by Female Relatives on Fear of Childbirth and Perception Childbirth of Experience among First Time Adolescent Mother

ชื่อนิติ นางชุตีพร การะภักดิ์

รหัสประจำตัวนิติ 56920226 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 12 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 50 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หน่วยฝากครรภ์ งานห้องคลอดและหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

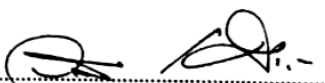
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิชิตเรศ)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปฏิบัติการแทน
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นนครร้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางชวลีพร การะภักดี

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เปรียบเทียบความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นนครร้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยญาติผู้หญิงกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้คลอดวัยรุ่นนครร้งแรกที่วางแผนมาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และมีญาติผู้หญิงร่วมให้การสนับสนุนในระยะคลอด เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรม การเตรียมตัวผู้คลอดและญาติผู้หญิงในการสนับสนุนในระยะคลอด โดยชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ร่วมกับญาติผู้หญิงและรับมอบคู่มือ “การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” เพื่อนำไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 60 นาที ครั้งที่ 2 ท่านจะได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติผู้หญิงโดยได้รับการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย ความสุขสบาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและ 4) การเป็นตัวแทนผู้คลอด ตั้งแต่รับท่านไว้นอนโรงพยาบาลจนสิ้นสุดการคลอด โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้ดิฉัน ขอความร่วมมือท่าน ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน ด้วยตัวท่านเองแบบสอบถาม 1 ชุด 4 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความกลัวในระยะคลอดซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที 3) แบบสอบถามความกลัวหลังคลอด โดยทำในช่วงหลังคลอด 2 ชั่วโมง และ 4) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งจะทำการหลังคลอด 1 วันที่แผนกหลังคลอด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาและได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติผู้หญิงตั้งแต่เริ่มรับท่านไว้ในอน โรพยาบาลจนถึงสิ้นสุดการคลอด ซึ่งอาจทำให้ท่านมีความกลัวการคลอดลดลงทำให้ท่านผ่านพ้นระยะคลอดและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้คลอดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางชุลีพร การะภักดี หมายเลขโทรศัพท์ 081-9536605 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิเดียวอิสเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-9933483

นางชุลีพร การะภักดี

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นนครรณ์แรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางชวลีพร การะภักดี

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ เปรียบเทียบความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นนครรณ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดวัยรุ่นนครรณ์แรกที่วางแผนมาคลอด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านด้วยตัวท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 4 ตอนตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความกลัวในระยะคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที 3) แบบสอบถามความกลัวหลังคลอด โดยทำในช่วงหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยทำหลังจากที่ท่านได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลห้องคลอด และ 4) แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งจะทำหลังการคลอด 1 วันที่แผนกหลังคลอด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ อาจไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดอื่น ๆ ในระยะรอคลอดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางชุลีพร การะภักดี หมายเลขโทรศัพท์ 081-9536605 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-9933483

นางชุลีพร การะภักดี

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติ ผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีความกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทน โดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทน

โดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

คู่มือการสนับสนุนในระยะคลอด

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดวัยรุ่นและญาติผู้หญิง

แบบสอบถามความถี่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

แบบสอบถามความถี่การคลอด ภาพรวม

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

นิยามศัพท์

โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ Hodnett (2013) และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง กำหนดเป็นชุดกิจกรรมร่วมกับการเตรียมเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานประจำแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยโปรแกรมประกอบด้วย 2 ชุดกิจกรรมตามระยะของกลุ่มตัวอย่างคือ

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมตัวผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกและญาติผู้หญิงเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดกิจกรรมได้แก่ นำชมวีดิทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” และฝึกปฏิบัติการสนับสนุนในระยะคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ระยะที่ 2 ระยะคลอด โดยให้ญาติผู้หญิงเข้าให้การสนับสนุนในระยะคลอดในห้องคลอดตั้งแต่แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนสิ้นสุดการคลอด และผู้คลอดย้ายออกจากห้องคลอดประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ คือการอยู่ด้วยตลอดเวลา ให้ความมั่นใจ ยกย่อง ให้กำลังใจโดยการใช้คำพูดที่อ่อนโยน 2) ด้านข้อมูล คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด คำแนะนำเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด การปฏิบัติของผู้คลอดขณะรอคลอด 3) ด้านความสุขสบาย คือ ความสุขสบายกาย จากการสัมผัส จากการเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวด หรือประคบอุ่น การส่งเสริมให้ได้รับอาหารและน้ำ การช่วยเหลืออาบน้ำ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเรื่องการขับถ่าย และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด คือได้แก่การช่วยเหลือเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้คลอด เมื่อผู้คลอดอยู่ในระหว่างเจ็บครรภ์ หรือช่วยในการสื่อสารกับญาติที่ไม่ได้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

ชุดกิจกรรมที่ 1

การเตรียมตัวผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกและญาติผู้หญิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกมีการรับรู้เกี่ยวกับ กระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์ การปฏิบัติตัวในขณะรอคลอดและ สถานที่คลอด รวมทั้งขั้นตอนการมารับบริการ เพื่อลดความกลัวการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกและสามารถปฏิบัติตามวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยไม่ใช้ยาในขณะรอคลอดได้

2. เพื่อให้ญาติผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด มีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับสนับสนุนในระยะคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อนำไปใช้สนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด

แนวคิด

การเตรียมตัวคลอด เป็นกระบวนการที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยลดความกลัวการคลอดได้ แต่รูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการจัดเป็นกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม เนื้อหาในการเตรียมตัวจะประกอบด้วย กระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด สถานที่คลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด การบรรเทาความเจ็บปวด เนื้อหาส่วนใหญ่มาจากการทบทวนถึงสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวการคลอด ในวิดิทัศน์จึงแสดงให้ผู้คลอดเห็นถึงสถานการณ์คล้ายจริง ที่ผู้คลอดต้องเผชิญเมื่อมาคลอด ทำให้ผู้คลอดไม่ต้องคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าด้วยตนเองซึ่งมักจะเป็นในทางลบ นอกจากนี้ภายหลังชมวิดิทัศน์ ผู้คลอดจะได้รับการฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างการคลอด ทำให้ผู้คลอดได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนคลอดซึ่งจะนำมาซึ่งความมั่นใจในการคลอด

ระยะเวลา 60 นาที

- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
1. ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก
 2. ญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

อุปกรณ์/ สื่อ

วิดิทัศน์และคู่มือเรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ซึ่งผู้วิจัยได้

กิจกรรม

1. นำชมวีดิทัศน์เรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง”
2. ผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างคลอด เช่น การลูบหน้าท้อง การหายใจบรรเทาการเจ็บครรภ์ด้วยตนเอง
3. ญาติผู้หญิงฝึกปฏิบัติ การสนับสนุนในระยะคลอด
4. ให้ญาติผู้หญิงสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอด

ชุดกิจกรรมที่ 2

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดไว้วางใจ เลือกเอง ตลอดระยะเวลาการคลอด
2. เพื่อให้ผู้คลอดมีความกลัวการคลอดลดลง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

แนวคิด

การสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคลอด ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ จิตใจ 2) ด้านข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านร่างกาย ความสุขสบาย 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอดได้รับการยอมรับว่าสามารถเพิ่ม ผลลัพธ์ทางบวก ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคคลที่ เข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกเอง จะทำให้เกิดผลด้านบวกกับผู้ คลอดมากขึ้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเลือกให้ญาติที่เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอดเป็นญาติผู้หญิง เนื่องจากมีข้อจำกัดของสถานที่ แต่ได้เปิดโอกาสให้ผู้คลอดไว้วางใจเป็นผู้เลือกญาติผู้หญิงที่เข้า มาสนับสนุนในระยะคลอดด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดไว้วางใจแรกเกิดความไว้วางใจ มั่นใจ ต่อการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด

ระยะเวลา เริ่มตั้งแต่รับผู้คลอดเจ็บครรภ์จริง ไว้ในอน โรงพยาบาล-การคลอดเสร็จสิ้น

- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
1. ผู้คลอดไว้วางใจแรก
 2. ญาติผู้หญิงที่ผู้คลอดเลือกให้เข้ามาสนับสนุนในระยะคลอด

อุปกรณ์/ สื่อ

วิดีโอทัศน์และคู่มือเรื่อง “สนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

แบบประเมินความกลัวระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Delivery Fear Scale [DFS])

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 10 ระดับ และทำเครื่องหมายวงกลมบนตัวเลขที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ คำตอบนี้ไม่มีถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะเป็นความลับและนำไปใช้กับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

1. ฉันสามารถยืนหยัดต่อความเจ็บปวดได้

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

2. ฉันรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

3. ฉันมีความรู้สึกด้านบวก

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

4.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

5. ฉันสามารถจัดการกับทุกอย่างที่เกิดขึ้นได้

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง								เห็นด้วยอย่างยิ่ง	

แบบสอบถามความกลัวการคลอดภาพรวม

คำแนะนำในการตอบคำถาม

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงความรู้สึกของท่านต่อการเจ็บครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา แต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ (จาก 0 ถึง 5 ตามลำดับ) ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบตัวเลขเพียงคำตอบเดียวที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านที่เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดที่ผ่านมามากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกคำถาม

ก. ประสบการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอดของท่านเป็นอย่างไรในภาพรวม

- | | | | | | | |
|----|-------------------|---|---|-------------------|---|---|
| 1. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | น่าอัศจรรย์ที่สุด | | | ไม่น่าอัศจรรย์เลย | | |
| 2. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | น่ากลัวมากที่สุด | | | ไม่น่ากลัวเลย | | |

ข. โดยทั่วไปท่านรู้สึกอย่างไรในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด

- | | | | | | | |
|----|--------------------|---|---|-----------------|---|---|
| 3. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | โดดเดี่ยวมากที่สุด | | | ไม่โดดเดี่ยวเลย | | |
| 4. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | เข้มแข็งมากที่สุด | | | ไม่เข้มแข็งเลย | | |

ค. ท่านรู้สึกอย่างไรในระยะเจ็บครรภ์และคลอด

- | | | | | | | |
|-----|------------------------|---|---|---------------------|---|---|
| 19. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | อกสั่นขวัญหายมากที่สุด | | | ไม่อกสั่นขวัญหายเลย | | |
| 20. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | สิ้นหวังมากที่สุด | | | ไม่สิ้นหวังเลย | | |

จ. ในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด ท่านคิดฝันดังตัวอย่างต่อไปนี้หรือไม่

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---------|---|---|
| 32. | คิดว่าบุตรของท่านจะเสียชีวิตระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <hr/> | | | | | |
| | ไม่เคย | | | บ่อยมาก | | |

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาแล้วในระยะเวลาคลอด โดยมีข้อความให้มารดาได้พิจารณาว่าตนมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นตรงกับข้อใด ในแต่ละข้อมากหรือน้อยเพียงใด ดังนั้น จึงไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้มารดาตอบให้ตรงกับความรู้สึก และความเห็นตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบที่ได้ในครั้งนี้จะมีความลับและจะนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา และปรับปรุงการพยาบาลด้านสูติกรรม ต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่มีตัวเลขตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นที่แท้จริงของมารดามากที่สุดเพียงข้อเดียว กรุณตอบทุกข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

- | | |
|-------------------|--|
| หมายเลข 1 หมายถึง | ไม่เป็นความจริงเลย คือ เมื่อมารดาเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของมารดาเลย |
| หมายเลข 2 หมายถึง | เป็นความจริงบางส่วน คือ เมื่อมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความเห็นของมารดาบางส่วน |
| หมายเลข 3 หมายถึง | เป็นความจริงส่วนมาก คือ เมื่อมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทั้งหมด |
| หมายเลข 4 หมายถึง | เป็นความจริงมากที่สุด คือ เมื่อมารดาเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดามากที่สุดหรือทั้งหมด |

ประสบการณ์การคลอดของมารดา	ไม่เป็นความจริงเลย (1)	เป็นความจริงบางส่วน (2)	เป็นความจริงส่วนมาก (3)	เป็นความจริงมากที่สุด (4)
หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด				
1. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติวิธีต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น				
2. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ท่านปฏิบัติสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ผลดี				
3. เมื่อมดลูกหดตัวท่านมักจะดิ้นและ / หรือ ร้องเสียงดัง				
4. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลได้				
5.				
6.				
หมวดที่ 2 ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะระลอกคลอด				
7. ตลอดระยะคลอดท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านอยู่ในสภาพที่ปลอดภัย				
8. ขณะคลอดท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านสามารถผ่านพ้นการคลอดได้ด้วยความปลอดภัย				
9.				
10.				
หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอดครั้งนี้				
40. ท่านรู้สึกว่าคุณและพยาบาลเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือท่านในการคลอดครั้งนี้				
41. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับบรรยากาศในการคลอดครั้งนี้				

คู่มือ

การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง



โดย

นางชุลีพร การะกักดี

นิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

10

ตอนที่ 2 การสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิง มีเนื้อหาประกอบด้วย

1. แนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดด้านต่างๆ
 - 1.1 การสนับสนุนด้านร่างกาย ความสุขสบาย
 - 1.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ
 - 1.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 1.4 การสนับสนุนด้านการเป็นผู้แทนผู้คลอด
2. การปฏิบัติของญาติผู้หญิงในการสนับสนุนในระยะคลอด



11

แนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดในด้านต่างๆ

การสนับสนุนด้านร่างกาย ความสุขสบาย ได้แก่

ดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้คลอด ช่วยเช็ดหน้า ล้างคอ เมื่อมีเหงื่อออก ช่วยพาไปห้องน้ำ พึงพลิกตะแคงตัว ช่วยนวดคลายกล้ามเนื้อ



ช่วยเหลือผู้คลอดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ และระยะเบ่งคลอด เช่น ช่วยลูบหน้าท้อง บีบนวดบริเวณก้นกบ การใช้เทคนิคการหายใจ



การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ อยู่เป็นเพื่อน พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ การสัมผัสจับมือ

