

ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด
และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
ของหญิงครรภ์แรก

Effect of Husband's Support on Pain Coping Behavior
and Pain Threshold During Active Phase
in Labor of Primigravidas

วีระวรรณ ภาษประเทส
Veravon Bhasaprates

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Parent – Child Nursing

Prince of Songkla University

2541

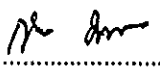
เลขที่ RG 652 064 2541 03 2
Bib Key 141114

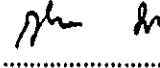
(1)

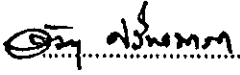
ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความ
เจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก
ผู้เขียน นางวิวรรณ ภาษาประเทศ
สาขาวิชา การพยาบาลบิดามารดาและเด็ก

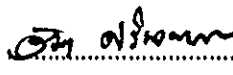
คณะกรรมการที่ปรึกษา

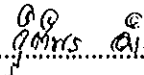
คณะกรรมการสอบ

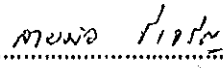

.....ประธานกรรมการ
(ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล)


.....ประธานกรรมการ
(ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล)

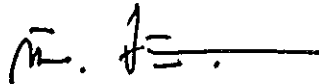

.....กรรมการ
(อาจารย์วัฒนา ศรีพจนารถ)


.....กรรมการ
(อาจารย์วัฒนา ศรีพจนารถ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จูติพร อิงคตาวรวงศ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ญ.สายบัว ชี้เจริญ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
ศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทร์พรหมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บ
ปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก
ผู้เขียน นางวีรวรรณ ภาษาประเทศ
สาขาวิชา การพยาบาลบิดามารดาและเด็ก
ปีการศึกษา 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน 2540 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จำนวนกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและมาตรสวัดความเจ็บปวดของพรินันด์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS. กำหนดค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
2. คะแนนระดับความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Thesis Title Effect of Husband's Support on Pain Coping Behavior and Pain
 Threshold During Active Phase in Labor of Primigravidas
Author Mrs. Veravon Bhasaprates
Major Program Parent - Child Nursing
Academic Year 1997

Abstract

The objective of this quasi - experimental research was to study the effect of husband's support on pain coping behavior and pain threshold during active phase in labor of primigravidas. The sample consisted of 60 primigravida who admitted of Labor and Delivery unit in Hat Yai Hospital during the period from March to September 1997. The sample were selected by purposive sampling and divided into two groups: experimental and control groups. The experimental group received husband's support during the active phase in labor, whereas the control group received routine care. The instruments used in this study were Pain Coping Behavior Observation and Pornnirun's Pain Measuring Scale (PPMS.). The data were analysed by using SPSS. program for percentage, mean, standard deviation, chi-square and t-test.

The result of this study showed that :

1. There were statistically significant differences in pain coping behavior mean scores during the active phase in labor between the experimental group and control group.
(p. < 0.001)
2. There were statistically significant differences in pain threshold mean scores during the active phase in labor between the experimental group and control group.
(p. < 0.001)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และอาจารย์วัฒนา ศรีพจนารถ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษาด้วยความเอาใจใส่ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจอย่างดีแก่ผู้วิจัยโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลูติพร อิงคตารวมค์ และรองศาสตราจารย์ พ.ญ.สายบัว ชี้เจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัณญกุล, รองศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงจันทร์ เพ็ชรพิเชษฐ์เชียร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ และนางเสงี่ยม เตชะภัทรกุล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม หัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด และบุคลากรหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งนางสาวปาริชาติ ชูประดิษฐ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เสียสละเวลาอยู่ร่วมกับผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนที่กำหนด ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสามีที่เป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้วิจัยตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนถ่ายทอดวิชาความรู้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และขอขอบคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ทุกคนที่ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่เอื้อเฟื้อเงินทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

วีรวรรณ ภาษาประเทศ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(9)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	3
สมมติฐาน.....	4
นิยามศัพท์.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
การคลอด.....	6
ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และการคลอด.....	10
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	16
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	21
การประเมินความเจ็บปวด.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี.....	29
3 วิธีการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
การจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือในการวิจัย.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	42
ผลการวิจัย.....	42
การอภิปรายผล.....	46
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
ข้อเสนอแนะ.....	54
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	68
ภาคผนวก ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	69
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
ภาคผนวก ค. ตารางแสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	74
ภาคผนวก ง. การแสดงออกของสามี่ต่อหญิงตั้งครรภ์.....	87
ภาคผนวก จ. การพิทักษ์สิทธิหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด.....	88
ภาคผนวก ฉ. สูตรทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	89
ประวัติผู้เขียน.....	90

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	43
2 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	44
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	45
4 เปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	46
5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	75
6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	76
7 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง.....	77
8 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม.....	81
9 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง.....	85
10 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม.....	86

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2 แสดงรูปแบบของทฤษฎีควบคุมประตุ.....	11
3 แสดงวิถีประสาจากมดลูกไปไขสันหลังในระยะที่หนึ่งของการคลอด.....	15
4 แสดงบริเวณที่มีความเจ็บปวดในตอนต้นของระยะที่หนึ่งของการคลอด.....	16
5 แสดงบริเวณที่มีการกระจายความเจ็บปวดจากการคลอดก้าวหน้าในระยะที่หนึ่ง.....	16
6 แสดงวงจรความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด.....	20
7 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย.....	24
8 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา.....	25
9 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข.....	25
10 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง.....	26
11 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดของสัจจิต.....	26
12 แสดงมาตรสัจจิตความเจ็บปวดของพรนิรันดร์.....	27
13 แสดงเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด.....	39

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอด (Labor) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับไล่เอาสิ่งที่อยู่ภายในโพรงมดลูก ได้แก่ เด็ก รก เยื่อหุ้มเด็กและน้ำคร่ำผ่านทางช่องคลอดออกสู่ภายนอก (วราวุธ, 2533 : 129 ; Zlatnik, 1994 : 105 ; Farrer, 1990 : 107 ; Burroughs, 1992 : 167 ; ชีระพร, ชีระและจตุพล, 2535 : 71) การคลอดบุตรแม้จะเป็นกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาตามธรรมชาติก็ตาม แต่การที่หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์ในระยะคลอดบุตรก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อยู่ในภาวะเครียด มีความวิตกกังวล และกลัว ทั้งนี้เพราะการมาอยู่ในโรงพยาบาลอันเป็นสถานที่และสิ่งแวดล้อมใหม่ รวมทั้งยังถูกจำกัดการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัว มาอยู่กับเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ซึ่งแปลกหน้า และที่สำคัญคือหญิงตั้งครรภ์ได้รับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ การได้ยินเสียงร้องจากความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์คนอื่นๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความเครียด และความกลัวแก่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Clark, et.al., 1979 อ้างตามพยอม, อนุรี และจันทนา, 2529 : 25 - 36)

ความกลัวและความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะคลอด จะมีอิทธิพลต่อการถ่ายทอดและการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยเกิดเป็นกลุ่มอาการของความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวดเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยเฉพาะในครรภ์แรก (เจียรนัย, 2539 : 1 - 5) นอกจากนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจและบ่งบอกถึงความทุกข์ทรมาน ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความพร้อมในการให้ความร่วมมือในการคลอด (ฉวีและสุพิศ, 2537 : 18 - 25) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จะมีระดับอิพิเนฟรินในเลือดสูง ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีการคลอดล่าช้า หัวใจทารกในครรภ์เต้นช้าผิดปกติ คะแนนแอฟการ์ของทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และ 5 ต่ำ (Lederman et al., 1981 : 956 - 958) ความวิตกกังวล และความกลัวกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว การนำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกไม่ดี เกิดความเครียดและเพิ่มความเจ็บปวดมากขึ้น (อรพินธ์, มาลีและอุษา, 2536 : 186 - 195) ถ้าความเจ็บปวดและความเครียดยังมีการดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ นอกจากจะมีผลเสียต่อการทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถยอมรับบุตรที่เกิดออกมาแล้ว ความเจ็บปวดยังทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารแคททีโคลามีน (Catecholamine) ออกมามากสารนี้มีฤทธิ์ทำให้

หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ ทำให้ลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกรวมทั้งปริมาณออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ เกิดภาวะออกซิเจนในร่างกายน้อย (Fetal anoxia) ภาวะเป็นกรดในร่างกายน้อย (Fetal acidosis) และทารกอยู่ในภาวะอันตราย (Fetal distress) ตามมา (Barbara, 1984 : 31 - 33)

ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และการคลอด เป็นปัญหาสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องเผชิญ ในระยะคลอดมาแต่โบราณกาล นอกจากจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และความเจ็บปวดต้องทนทุกข์ทรมานเป็นเวลานานกว่าจะผ่านพ้นกระบวนการคลอดแล้ว ยังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกได้อีกด้วย (จินตนา, 2534 : คำนำ ; Reeder and Martin, 1987 : 502) ดังนั้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถผ่านภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดไปได้ด้วยดี จึงมีผู้ที่พยายามหาวิธีจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดได้ดีขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิม พบว่าผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนได้ดี คือ สามี มารดา และพยาบาล (วราวุธ, 2533 : 243 ; จินตนา, 2534 : 47 ; พิริยา, 2535 : 34) โดยเฉพาะจากสามี (May and Mahlmeister, 1990 : 109 ; Noeback and Anderson, 1989 : 281 - 287 ; Cronenwett, 1985 : 95 - 98) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (จันทร์รัตน์, 2531 : 66 - 73) สามีจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความผูกพันกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด (May, 1982 : 337)

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามี จะมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ (Brown, 1986 : 72 - 75) ซึ่งได้มีผู้เสนอแนวความคิดการสนับสนุนจากสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ กล่าวว่า เป็นสิ่งสำคัญเท่ากับการดูแลทางด้านร่างกายในระยะเจ็บครรภ์คลอด (James, 1990 : 22 - 25 ; Taylor, 1991 : 66) นอกจากนี้ แคโรลีน และบล็อก (Carolyn and Block, 1975 cited by Roberts, 1983 : 62 - 66) ได้เน้นถึงความรับผิดชอบของสามีในการประคับประคองช่วยเหลือภรรยาขณะคลอด ดังที่มายส์ (Myles, 1976 อ้างตาม ศิริพร, 2530 : 37) กล่าวว่า "สามีจะเฝ้าดูภรรยาเพื่อจะได้มีโอกาสตอบสนองความต้องการของภรรยาและช่วยเหลือในสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เป็นกำลังใจและช่วยปลอบใจทำให้เกิดความสุขทั้งสองฝ่าย ภรรยาที่ต้องการความรักความเห็นใจจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก" ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น มีทางควบคุมได้ด้วยความสามารถของหญิงตั้งครรภ์เองร่วมกับการสนับสนุนของผู้ให้บริการหรือผู้ใกล้ชิด เช่น สามี (เจียร์นัย, 2539 : 1 - 5) แต่จากสภาพความเป็นจริงในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวนพยาบาลที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์มีไม่เพียงพอ และไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดเพื่อเฝ้าดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาได้ ดังนั้น จากแนวคิดที่ว่าความกลัว ความเครียดมีผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนจากสามีจึงมีความสำคัญในการช่วยให้คลายความกลัว และทำให้ความเครียดลดลง มีผลให้การทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ผลของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะประโยชน์ ช่วยให้นักการในหน่วยสูติกรรม

งานห้องคลอด นำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายของโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่อนุญาตให้สามีเข้าห้องคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการสนับสนุนจากสามีกับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก

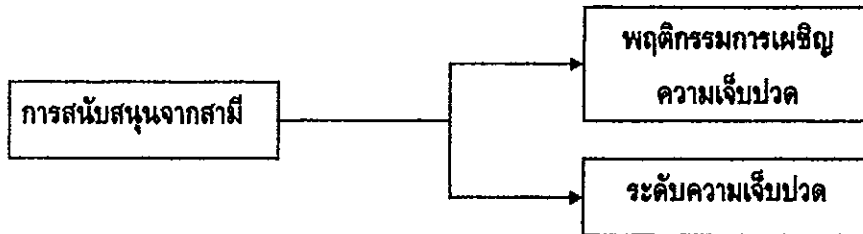
คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีมีความแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิด

จากการศึกษาของ ดิครีด (Dick - Read, 1984 : 196 - 197) เกี่ยวกับความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear - tension - pain syndrom) พบว่า ความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รับกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก จะเป็นแรงต้านทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้น ความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด จึงเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าปกติ ก็จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ เกิดความทุกข์ทรมานจากการคลอดอย่างมาก ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความกลัว ความเครียดก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (รสสุคนธ์, 2530 : 1 ; จินตนา, 2534 : 33 ; พรรณีภา, 2537 : 1) ดังนั้น ถ้าสามารถป้องกันมิให้เกิดความกลัวก็จะเป็นการป้องกันความเครียด มีผลให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวด และการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรวรรณและคณะ, 2538 : 49 - 53 ; Mackey, 1990 : 143 - 173) ซึ่งการให้การสนับสนุนจากสามีน่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถตัดวงจรความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวดได้ และน่าจะมีผลต่อ

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐาน

1. คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี
2. คะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี

นิยามศัพท์

1. **การสนับสนุนจากสามี** หมายถึง การที่สามีอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยระหว่างนั้นสามีอาจจะกระทำกิจกรรมที่ช่วยลดความกลัว ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ เช่น พูดคุยให้กำลังใจ จับมือ ลูบหน้าท้อง บีบนวดบริเวณบั้นเอวและต้นขา ช่วยควบคุมการหายใจหรือนั่งเฉย ๆ อยู่เป็นเพื่อนเท่านั้น ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 - 8 เซนติเมตร
2. **พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด** หมายถึง การแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ขณะตอบสนองต่อความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอด ประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยสังเกตลักษณะการแสดงออกทั้งหมด 5 ด้าน คือ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว การแสดงออกของการหายใจ การแสดงออกของใบหน้า และการแสดงออกของคำพูด
3. **ระดับความเจ็บปวด** หมายถึง ระดับความรู้สึกเจ็บปวดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ประเมินโดยใช้มาตรสวัดความเจ็บปวดของพรินันด์ร์ จัดลำดับการให้คะแนนระดับ

ความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 - 10 ตามพื้นที่ของสีกาจากน้อยไปหามากที่สุด กำหนดให้ 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวด และ 10 หมายถึง เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

4. **ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)** หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 4 - 8 เซนติเมตร ระยะนี้มีสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ มากขึ้น มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น ถึขึ้น ระยะเวลาดการหดตัวของมดลูกความถี่ทุก 3 - 4 นาที มดลูกหดตัวเป็นเวลานาน 45 - 60 วินาที ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยสูติกรรมงานห้องคลอด เห็นความสำคัญในการจัดให้สามมี ส่วนร่วมและสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งอาจนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป
2. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด สามารถปรับตัวผ่านภาวะวิกฤติในระยะคลอด ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีกรรยาแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้เป็นอย่างดี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และบทความวิชาการ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ โดยได้รวบรวมเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

การคลอด

ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และการคลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การประเมินความเจ็บปวด

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี

การคลอด

การคลอด คือ ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับไล่เด็ก รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกภายในครรภ์มารดาไปสู่ภายนอก (วราวุธ , 2533 : 129 ; Bobak and Jensen, 1991 : 331-332 ; Barbieri, 1991 : 12) สาเหตุของการคลอดไม่ทราบชัดเจนแต่สมมติฐานที่เชื่อถือกันมากคือ การที่ทารกสร้างสัญญาณบางอย่างไปกระตุ้นให้มดลูกของมารดาเริ่มต้นกระบวนการเจ็บครรภ์ โดยชักนำให้มีการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน เพิ่มขึ้นที่กล้ามเนื้อมดลูก ทำให้ปากมดลูกนุ่มและบาง ตลอดจนกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (สุรีย์และธีระ, 2530 : 194 ; Cunningham, et.al., 1997 : 261-270)

ระยะต่างๆของการคลอด (Stage of labor) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ฐิติพร, 2540 : 2-3 ; May & Mahlmeister, 1994 : 104)

1. ระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labor) เป็นระยะที่มีการถ่างขยายของปากมดลูก เพื่อให้ทารกถูกขับออกมา ระยะนี้เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง หรือปากมดลูกเริ่มบางเปิดขยาย จนกระทั่งปากมดลูก

เปิดหมด ใช้เวลาประมาณ 3.3 - 19.7 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 0.1 - 14.3 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง

2. ระยะที่สองของการคลอด (Second stage of labor) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดหมดหรือมารดาเบ่งคลอด จนถึงคลอดทารกออกมาหมดทั้งตัว ระยะนี้กินเวลาจากไม่กี่นาทีจนถึงหลายชั่วโมง แต่โดยมากไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

3. ระยะที่สามของการคลอด (Third stage of labor) เป็นระยะที่นับตั้งแต่ทารกคลอดแล้ว จนกระทั่งถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาครบ โดยปกติจะใช้เวลาหลังทารกคลอดแล้ว 5 - 15 นาที หรืออยู่ภายในระยะเวลา 30 นาที

4. ระยะที่สี่ของการคลอด (Fourth stage of labor) เป็นระยะสองชั่วโมงแรกหลังจากรกคลอด

เมื่อพิจารณาระยะที่หนึ่งของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ฐิติพร, 2540 : 2 ; พิริยา, 2535 : 47-48 ; สุกัญญาและพยอม, มปป. : 106)

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้าหรือระยะแฝง (Latent phase) ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดค่าเฉลี่ย 8.6 ชั่วโมง ระยะเวลาที่จำกัดในภาวะปกติน้อยกว่า 20 ชั่วโมง ปากมดลูกเปิด 0 - 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 0-50 ระยะเวลาการหดตัวของมดลูกทุก 5-10 นาที หดตัวเป็นเวลานาน 15-30 วินาที

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็วหรือระยะตื่นตัว (Active phase) ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดค่าเฉลี่ย 4.9 ชั่วโมง ระยะเวลาที่จำกัดในภาวะปกติ 12 ชั่วโมง ปากมดลูกเปิด 4 - 8 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 50-75 ระยะเวลาการหดตัวของมดลูกทุก 3-4 นาที หดตัวเป็นเวลานาน 45-60 วินาที

3. ระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะคลอด (Transitional phase) ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย 0.84 ชั่วโมง ระยะเวลาที่จำกัดในภาวะปกติ 3 ชั่วโมง ปากมดลูกเปิด 9 - 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกร้อยละ 75-100 ระยะเวลาการหดตัวของมดลูกทุก 2 นาที หดตัวเป็นเวลานาน 60-90 วินาที

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด

สรีรวิทยาของการคลอดเป็นเรื่องสลับซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการประกอบกันที่ทำให้การคลอดเป็นไปได้โดยสะดวก หรือเกิดการคลอดล่าช้าผิดปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดและระยะเวลาคลอดจำแนกได้ ดังนี้ คือ (วรารุช, 2533 : 143-147 ; พิริยา, 2535 : 53-57 ; ฐิติพร, 2540 : 5-6 ; MacLaren, 1994 : 106 ; Bobak & Jensen, 1991 : 317-328 ; Burrough, 1992 : 168-173 ; Cunningham, 1997 : 261-273)

1. แรงในการคลอด (Powers) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 แรงจากการหดตัวของมดลูก การประสานงานและการหดตัวของมดลูกที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยในการเคลื่อนต่ำลงมาของทารก การหมุนของส่วนของทารกในอุ้งเชิงกราน ความบางและการถ่างขยาย

ของปากมดลูก การลอกตัวและการคลอดของรก ตลอดจนการหดตัวของหลอดเลือดฝอยในโพรงมดลูก ซึ่งช่วยป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอด

1.2 แรงเบ่ง เป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับการก้มของศีรษะทารก การหมุนส่วนของทารกในช่องเชิงกราน และการเคลื่อนต่ำของทารกผ่านหนทางคลอด แรงเบ่งเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ออกแรงเบ่งโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ก็จะช่วยเสริมแรงการหดตัวของมดลูกผลักดันทารกคลอดออกมาได้

นอกจากนี้ท่าที่นอนหรือในการคลอด มีผลต่อความถี่และความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในท่านอนหงาย ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูกจะน้อยแต่ความถี่จะมีมาก ส่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในท่านอนตะแคงข้าง ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูกจะมาก แต่ความถี่จะน้อย ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่รอคลอดหากอยู่ในท่านอนตะแคงข้าง จะช่วยร่นระยะเวลาในการคลอดให้ลดน้อยลง

2. ช่องทางคลอด (Passageway) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

2.1 กระดูกเชิงกรานหรือช่องทางคลอดส่วนกระดูก เป็นส่วนที่ยืดขยายได้น้อยมาก เชิงกรานจะต้องมีขนาดและรูปร่างปกติ ทารกจึงจะสามารถคลอดผ่านออกมาได้

2.2 ช่องทางคลอดอ่อน เป็นส่วนที่ยืดขยายได้ ประกอบด้วย มดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน บริเวณปากช่องคลอดและฝีเย็บ ช่องทางคลอดอ่อนต้องยืดขยายได้ดี และกล้ามเนื้อพื้นเชิงกรานต้องมีความตึงตัวดี เพราะมีความสำคัญต่อการหมุนภายในของทารก

3. สิ่งที่ผ่านมา (Passenger) ได้แก่ ทารก น้ำคร่ำ รก และเยื่อหุ้มรก ส่วนที่สำคัญคือ ขนาดรูปร่าง ลักษณะของทารกต้องอยู่ในลักษณะที่เหมาะสมกับลักษณะหนทางคลอด โดยทารกต้องมีขนาดหรือน้ำหนักไม่มากเกินไป รูปร่างปกติไม่มีความพิการ มีแนวลำตัวอยู่ในแนวยาว ใช้ศีรษะเป็นส่วนนำ อยู่ในทรงก้มและอยู่ในท่าปกติ เมื่อการคลอดดำเนินการไป ทารกต้องมีการปรับตัวให้เหมาะต่อทางคลอด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การคลอดผิดปกติหรือการคลอดล่าช้า ได้แก่ ขนาดศีรษะทารกใหญ่ผิดสัดส่วนกับขนาดเชิงกรานของหญิงตั้งครรภ์ หรือส่วนนำเป็นส่วนอื่นที่ไม่ใช่กระหม่อมหลังของศีรษะทารก

4. ลักษณะการทำงานและตำแหน่งการเกาะของรก (Placenta position and function) ตลอดจนระยะการตั้งครรภ์ และการคลอดทารกต้องอาศัยอาหารและออกซิเจนผ่านทางรก ดังนั้นการทำงานและตำแหน่งการเกาะของรก จึงมีความสำคัญต่อการคลอดและตัวทารก

5. สภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ (Psychological response) มีผลต่อการดำเนินการคลอดได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูงมาก มีความหวาดกลัวต่อการคลอด ซึ่งความกลัวกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกมีผล ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดง ที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูก เมื่อกำลังเนื้อมดลูกขาดเลือด จึงเกิดความตึงเครียดและความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984 : 196-197)

ความตึงเครียดและความวิตกกังวลสูงทำให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ระดับฮอร์โมนนี้มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล การหดตัวของมดลูก และระยะเวลาของการคลอด (พีริยา, 2535 : 57-58)

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

การพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับในระยะคลอด ในการให้การพยาบาลระหว่างการคลอดระยะที่หนึ่ง แบ่งดังนี้คือ การพยาบาลด้านร่างกาย และการพยาบาลด้านจิตใจ (ศิริพร, 2530 : 31 - 37)

การพยาบาลด้านร่างกาย จะต้องดูแลเกี่ยวกับ

1. สภาวะหญิงตั้งครรภ์ สามารถทราบสภาวะของร่างกายโดยทั่วไป หรือภาวะผิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้จากการตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ การวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต

2. การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ได้แก่ การสังเกตการหดตัวของมดลูก เพื่อดูเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงเกี่ยวกับการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง และการตรวจภายใน เพื่อทราบเกี่ยวกับการเปิดขยายและการบางของปากมดลูก รวมทั้งการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

3. การประเมินสภาวะทารกในครรภ์ จากการฟังเสียงหัวใจทารก ซึ่งปกติเสียงหัวใจทารกจะมีอัตราการเต้นที่สม่ำเสมอฟังได้ประมาณ 120 - 160 ครั้งต่อนาที

4. กิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในระยะเริ่มเจ็บครรภ์ ถ้าถุงน้ำทุนหุ้มยังไม่แตกและยังเจ็บครรภ์น้อย หญิงตั้งครรภ์สามารถเคลื่อนไหวได้โดยการยืนหรือเดิน เพราะการยืนหรือเดินจะช่วยให้เส้นผ่าศูนย์กลางตรงในช่องออกของเชิงกรานขยายกว้างได้เล็กน้อย ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงไปที่ส่วนล่างของมดลูกดีขึ้น แต่ในรายที่ถุงน้ำทุนหุ้มแตก หรือเจ็บครรภ์มากควรช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์นอนในท่าที่สบาย โดยให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น

5. อาหารในระยะเจ็บครรภ์ ควรดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย และได้รับสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เพราะมีความจำเป็นต่อการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก และกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งใช้เป็นพลังงานในการต่อสู้กับความเจ็บปวด และความตึงเครียดในการดำเนินการคลอดด้วย สำหรับในรายที่เจ็บครรภ์มากไม่ได้รับประทานอาหารเป็นเวลานานควรดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษาของแพทย์

6. การนอนหลับและการพักผ่อน ในระยะเจ็บครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเหนื่อยอ่อน และเป็นผลให้กล้ามเนื้อมดลูกเหนื่อยล้าตามไปด้วย จึงควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน เพื่อช่วยลดความตึงเครียดทำให้มีกำลังมากขึ้น

7. การขับถ่าย ควรดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ถ่ายปัสสาวะทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างอยู่เสมอ เพราะถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ อันเป็นสาเหตุของการคลอดล่าช้า

8. ความสุขสบายและการให้การช่วยเหลือ การดูแลช่วยเหลือในระยะนี้คือ การดูแลเกี่ยวกับความสะอาดส่วนบุคคล โดยการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของปากและฟัน การดูแลความสะอาดส่วนตัว คือดูแลให้หญิงตั้งครรภ์อาบน้ำในรายที่ยังไม่เจ็บครรภ์มากและถุงน้ำหนุ่แห้งไม่แตก ส่วนในรายที่เจ็บครรภ์มากช่วยตัวเองไม่ได้ ควรให้การช่วยเหลือโดยเช็ดตัวให้ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สบายจากการมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด และจากการเบื่อน้ำหล่อเด็ก จึงควรทำความสะอาดเมื่อเบื่อนหลังซั้บถ่าย ก่อนและหลังการตรวจภายใน หรืออย่างน้อยทุก 6 ชั่วโมง นอกจากนั้นควรดูแลเกี่ยวกับเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน โดยเปลี่ยนให้ถ้าสกปรกหรือเปียก จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความสุขสบายขึ้น

9. การลดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ การช่วยลดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ทำได้หลายวิธี เช่น การพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกทำสมาธิให้แน่วแน่มไม่สนใจกับความเจ็บปวด การใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลายโดยการสัมผัส

การพยาบาลด้านจิตใจ เพื่อสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความไว้วางใจ จึงควรปฏิบัติดังนี้คือ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ มีความเป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจ ยอมรับการแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ และแสดงออกถึงความจริงใจในการช่วยเหลือ ให้โอกาสในการซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ รับฟังเรื่องต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์โดยไม่ถือเป็นเรื่องเล็กน้อยหรือไร้สาระ สนใจปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาให้ รวมทั้งปลอบใจให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล

2. เพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยาของการคลอด จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ด้วยภาษาง่าย ๆ ทำทางอ้อมโยน อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงเหตุผลของการตรวจ หรือการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล

3. การอยู่เป็นเพื่อน ควรอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดความกลัว ความว่าเหว่ ที่ต้องนอนเจ็บตามลำพัง การพูดจาปลอบโยน การสัมผัสโดยการจับมือไว้เป็นการให้กำลังใจ ทำให้ลดความรู้สึกหวาดกลัวและไม่ตื่นตระหนกจนเกินไป

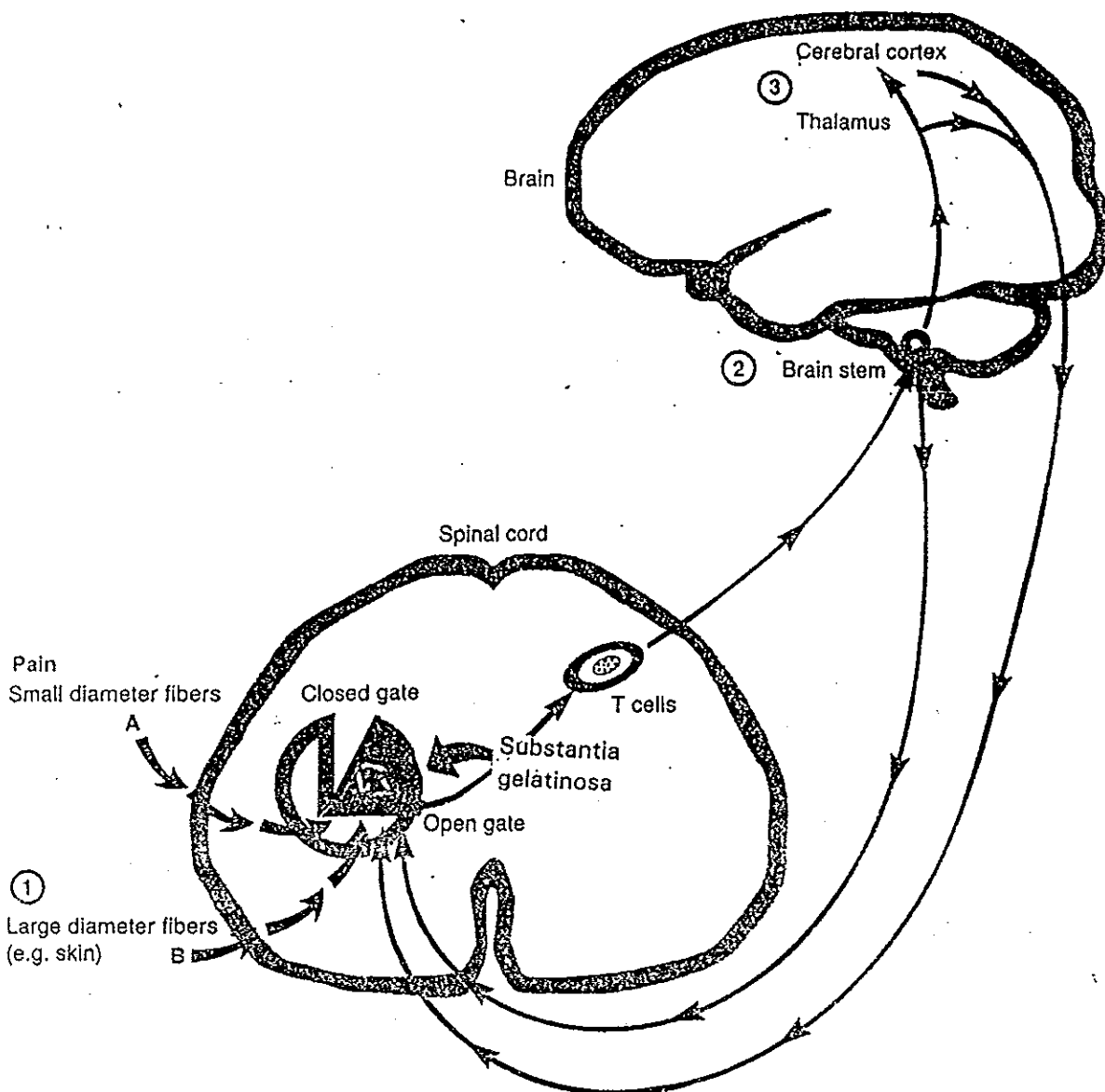
4. การจัดบรรยากาศให้สงบ ควรจัดบรรยากาศให้สงบมากที่สุดไม่ให้มีสิ่งรบกวนต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้หญิงตั้งครรภ์มีสมาธิ

ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และการคลอด

ความเจ็บปวดเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ซึ่งยังไม่สามารถทราบว่าจะอะไรทำให้เกิดกลไกความเจ็บปวดขึ้น ในปัจจุบันนี้มีทฤษฎีที่อธิบายถึงกลไกของความเจ็บปวดซึ่งได้รับการยอมรับทั่วไป ได้แก่ ทฤษฎีควบคุมประตู และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (จินตนา, 2534 : 5 - 11)

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

ทฤษฎีนี้ได้มีการนำเสนอครั้งแรกในปีค.ศ.1965 โดยเมลแซคและวอลล์(Melzack & Wall cited by Reeder & Martin, 1987 : 498 - 500) ในปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถอธิบายกระบวนการที่ซับซ้อนของความเจ็บปวดได้ ไม่ว่าความเจ็บปวดนั้นจะเป็นผลมาจากร่างกาย จิตใจ หรือสิ่งแวดล้อม โดยที่ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึง กลไกการส่งผ่านกระแสประสาทของความเจ็บปวด ถ้ามีการปิดประตูก็ จะไม่เกิดความเจ็บปวด ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการเปิดประตูก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น ในการส่งผ่านกระแสความเจ็บปวดไปยังระดับของสมองเพื่อการรับรู้มีด้วยกัน 3 ทาง ดังต่อไปนี้ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบของทฤษฎีควบคุมประตู

(Reeder & Martin, 1987 : 499)

1. การทำงานของใยประสาทการรับรู้ความรู้สึกขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (The activity in large and small sensory nerve) ซึ่งเป็นการทำงานเกี่ยวกับกลไกของประตูที่ไขสันหลัง (Spinal gating mechanic) โดยการทำงานในกลไกนี้ ประกอบด้วย ใยประสาทขนาดใหญ่ ใยประสาทขนาดเล็ก สับสแตนเทีย จีลาโนซา (Substantia gelatinosa or SG) และ ที-เซลล์ (T-cell or Transmission cell) ในคอรัซอล ฮอรัน (Dorsal horn) การทำงานจะมีการนำเข้าของกระแสประสาทจากส่วนปลายเข้าไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ หรือใยประสาทขนาดเล็ก โดยมีสับสแตนเทีย จีลาโนซา ทำหน้าที่ส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังที-เซลล์ซึ่งมีลักษณะ คือ กระแสประสาทผ่านไปตามใยประสาทขนาดใหญ่ขณะผ่านสับสแตนเทีย จีลาโนซา จะกระตุ้นการทำงานของ สับสแตนเทีย จีลาโนซา ทำให้เกิดการปิดของประตู (Closed gate) ดังนั้นการส่งผ่านกระแสประสาทไปสู่ที-เซลล์ จะลดน้อยลงหรือถูกยับยั้งจึงไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระแสประสาทผ่านไปตามใยประสาทขนาดเล็ก ขณะผ่านสับสแตนเทีย จีลาโนซา จะยับยั้งสับสแตนเทีย จีลาโนซา จึงเกิดการเปิดของประตู (Open gate) ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังที-เซลล์ ในที่สุดจะเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น

ดังนั้นในการปฏิบัติเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด สามารถกระทำได้โดยการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากบริเวณใต้ผิวหนังจะลดความเจ็บปวดได้ เช่น การกระตุ้นผิวหนังด้วยการลูบ การนวด เป็นต้น

2. การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ฟอร์มเมชันในก้านสมอง (Projections from the brain stem reticular formation) ซึ่งการทำงานของเรติคูลาร์ฟอร์มเมชันในก้านสมองนั้น เป็นระบบการทำงานที่สม่ำเสมอ โดยจะทำหน้าที่ในการปรับสัญญาณที่เข้าสู่สมอง หรือสัญญาณที่ออกสู่ภายนอกให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม มีการนำเข้าของพลังประสาทการรับรู้ที่เหมาะสมไปสู่ส่วนที่เหลืออื่น ๆ ของสมอง มีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากส่วนปลาย เพื่อปรับสัดส่วนของการรับกระแสประสาทนำเข้าให้เหมาะสม ถ้ามีการนำเข้าของกระแสประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensory input) เพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งการทำงานของเรติคูลาร์ฟอร์มเมชัน จะมีอิทธิพลและได้รับอิทธิพลมาจากเปลือกสมอง (Cerebral cortex) และทาลามัส (Thalamus) ในการส่งกระแสประสาทไปเปิดและปิดของประตูความเจ็บปวด ดังนั้นพลังประสาทไม่ว่าจะเป็นทางหูหรือทางตา เมื่อมีจำนวนมากขึ้นการทำงานของ เรติคูลาร์ฟอร์มเมชันก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และเรติคูลาร์ฟอร์มเมชันจะส่งกระแสประสาทไปยับยั้งที่ประตูทำให้ประตูปิด ดังนั้นการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจึงไม่ถึงระดับการรับรู้ที่คอร์ติคอล (Cortical) จึงไม่เกิดความเจ็บปวด หรือถ้ามีสัญญาณประสาทความเจ็บปวดถึงคอร์ติคอลเพียงเล็กน้อยก็จะเกิดความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย

ดังนั้นในทางปฏิบัติซึ่ง ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) อาจยับยั้งความเจ็บปวดได้ในทางตรงกันข้าม ความเบื่อหน่ายจำเจ จะทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้

3. การส่งสัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัส (Projections from the cerebral cortex and thalamus) ซึ่งในส่วนของเปลือกสมองและทาลามัส ทำหน้าที่โดยรับกระแสประสาทนำเข้าจากคอร์ซอล ฮอร์น ที่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายไปสู่ทาลามัส จากทาลามัสจะส่งข้อมูลไปที่คอร์ติคอล และระบบลิมบิก (Lymbic system) ซึ่งเปลือกสมองและทาลามัสมีการแบ่งการทำงานเป็นระบบที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกัน 3 ระบบ ดังต่อไปนี้

3.1 ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) ประกอบด้วย ทาลามิก คอร์ติคอล (Thalamic cortical) และลิมบิก (Lymbic structure) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สบายและความไม่พึงพอใจ

3.2 ระบบทางสติปัญญา (Cognitive system) โดยเริ่มแรกที่สมองส่วนนอกทำหน้าที่วิเคราะห์ความรุนแรงหรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น ประสมประสานข้อมูลจากระบบประสาทส่วนกลางกับระบบประสาทส่วนปลาย และระบบสติปัญญานี้จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลตลอดทั้งกลไกการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ทั้งระดับความรู้สึกตัว (Conscious) และระดับภายใต้ความรู้สึก (Subconscious) ซึ่งระบบทางสติปัญญาจะวิเคราะห์ประสบการณ์ในอดีต ผลออกมาเป็นไปได้ตามความหมายของความเจ็บปวด

3.3 ระบบจำแนกการรับรู้ (Sensory discrimination system) ซึ่งระบบนี้จะทำหน้าที่จำแนกถึงลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยการรับสัญญาณนี้โอสไปโนทาลามิก แทรค (Neospinothalamic tract) ไปยังทาลามัส และการรับรู้ที่คอร์เทค (Sensory cortex)

ในการทำงานทั้ง 3 ระบบจะมีการทำงานประสานงานกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทำให้รับรู้ได้ถึงความเจ็บปวด สามารถบอกได้ถึงลักษณะ ตำแหน่ง ความรุนแรงของความเจ็บปวด รวมทั้งลักษณะของสิ่งกระตุ้นทำให้ส่งผลเกิดการเร้าทางอารมณ์ และเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ซึ่งจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา

ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory)

แม้ว่าทฤษฎีควบคุมประตุได้เป็นที่ยอมรับกันมาโดยตลอด แต่ในระยะต่อมาได้มีการค้นพบสารชนิดหนึ่งที่มีอยู่ในร่างกาย และสารชนิดนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) มีชื่อเรียกว่า เอนดอร์ฟินส์ (Endorphins) มาจากคำสองคำรวมกันคือ เอ็นโดเจนัส (Endogenous) และมอร์ฟีน ซึ่งเอนดอร์ฟินส์นี้เป็นสารที่มีอิทธิพลต่อการส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวด โดยทำหน้าที่เป็นทั้งสื่อส่งผ่านกระแสประสาท (Neurotransmitters) และสารควบคุมประสาท (Neuromodulators) ไปยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวด ดังนั้น เมื่อพบเอนดอร์ฟินส์ที่รอยประสานของเซลล์ประสาท (Synapse of nerve cell) จะมีผลทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง การที่ไม่สามารถหลั่งเอนดอร์ฟินส์ออกมาได้ก็จะเกิดความเจ็บปวด (Reeder & Martin, 1987 :501) สารเอนดอร์ฟินส์พบได้ในร่างกายบริเวณต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมพิทูอิตารี (Pituitary gland) ทางเดินอาหาร (Gastrointestinal tract) ซีรัม (Serum) ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นสื่อส่งผ่านความเจ็บปวด (Wilson & Elmassion, 1981 : 722)

สารคล้ายมอร์ฟินภายในร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวด ในปัจจุบันพบว่ามียู 2 กลุ่ม ดังนี้ (Hubman, 1982 : 66)

1. เอนเคเฟาลินส์ (Enkephalins) ซึ่งมีกระจายอย่างกว้างขวางในสมองพบเข้มข้นมากในระบบ ลิมบิก และบริเวณที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินประสาทรับความเจ็บปวด เช่น ไตรเยมมีนัล สไปนัล นิวเคลียส (Trigeminal spinal nucleus) เพริแอคควิดักทาล เกรแมทเทอร์ (Periacquiductal graymatter) นอกจากนี้ยังพบในระบบทางเดินอาหารและเส้นประสาทส่วนปลาย มีความเชื่อว่าเอนเคเฟาลินส์ทำหน้าที่ เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดกระแสประสาท ทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย

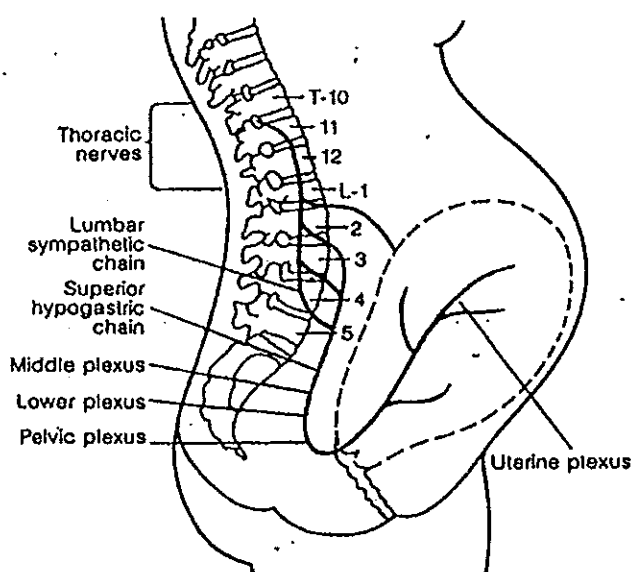
2. เอนดอร์ฟินส์ (Endorphins) ระดับเอนดอร์ฟินส์ในร่างกายของแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้อธิบายได้ว่าทำไมคนหนึ่งจึงมีความเจ็บปวดมากกว่าอีกคนหนึ่ง บุคคลที่มีระดับเอนดอร์ฟินส์สูง จะมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อย สำหรับความแตกต่างของระดับเอนดอร์ฟินส์อาจเกิดจากพันธุกรรม และอาจเกิด จากสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกัน ทำให้การแสดงความรู้สึกเจ็บปวดในสถานการณ์ที่แน่ชัดแตกต่างกัน เช่น ความเครียด การตั้งครรภ์ การคลอด ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเพิ่มของระดับ เอนดอร์ฟินส์ ดังนั้นของระดับเอนดอร์ฟินส์จะมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ในระหว่างการตั้งครรภ์และ การคลอด หญิงตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มระดับเอนดอร์ฟินส์ในระยะนี้ (Reeder & Martin, 1987 : 501)

เนื่องจากเอนเคเฟาลินส์ และเอนดอร์ฟินส์มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ดังนั้นจึงไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซีดเริ่มความเจ็บปวด แต่จะมีผลต่อส่วนประกอบของความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์ โดยบุคคลอาจจะมีความ รู้สึกเจ็บปวดเท่าเดิมแต่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดที่อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่นในบุคคลซึ่งมีความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่มีความวิตกกังวลและความกลัวร่วมด้วย จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าบุคคลที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง การบรรเทาความเจ็บปวดต่าง ๆ อาจจะขึ้นอยู่กับระบบเอนดอร์ฟินส์ เช่น การให้ความรู้ การกระตุ้นที่ผิวหนัง อันเป็นสาเหตุทำให้ระดับเอนดอร์ฟินส์เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้ช่วยบรรเทา ความเจ็บปวดได้

ในการคลอดมีสตรีถึงร้อยละ 97 ที่บอกว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reeder & Martin, 1987 : 504) เกี่ยวกับสรีรวิทยาของการเจ็บครรภ์ โอลด์และคณะ (Olds, London & Ladewig, 1988 : 588) ได้ศึกษาถึงสาเหตุความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวในระยะที่หนึ่งของการคลอด เกิดขึ้นเนื่องจาก

1. การพรัองของออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก
2. การยืดตัวของมดลูกส่วนล่าง
3. การเบียดขยายและความบางของปากมดลูก
4. แรงกดดัน โดยส่วนนำของเด็กกดลงบนช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ส่วนล่าง รวมทั้งเอ็นต่างๆ ถูกดึงรั้ง

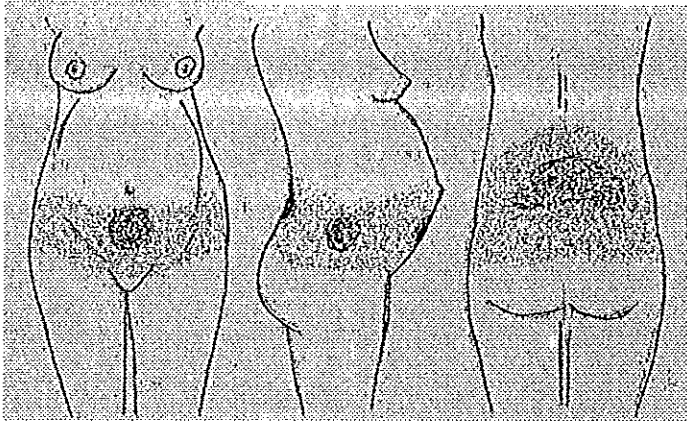
ทั้งหมดนี้จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นที่ประสาทความรู้สึเจ็บปวด (Pain receptor) ซึ่งเป็นประเภทปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) จากนั้นตามวิถีประสาทความเจ็บปวด (Pain pathway) ในระยะนี้หลังประสาทความเจ็บปวด จะถูกส่งผ่านจากข่ายประสาทของปากมดลูก (Uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน (Pelvic plexus) ข่ายประสาทท้องน้อยบน - กลาง - ล่าง (Inferior - middle - superior hypogastric plexus) และกลุ่มประสาทลัมบาร์ ซิมพาเทติก (Lumbar sympathetic chain) เข้าสู่ประสาทไขสันหลัง โดยผ่านประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ 10 (T12, T11 and T10) ตามลำดับ ดังภาพประกอบ 3 แล้วส่งต่อไปยังสมองโดยผ่านทางแลทเทอรัล สไปโนธาลามิก (Lateral spinothalamic tract) ผ่านก้านสมองไปยังทาลามัสที่โพสทีเรีย เวนทรัล นิวเคลียส นูรอน (Posterior ventral nucleus neuron) ตัวที่ 3 แล้วจึงนำหลังประสาทเข้าสู่เปลือกสมอง ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการรับและการแปลความรู้สึเจ็บปวดให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรม (Bonica, 1994 : 618 - 620)



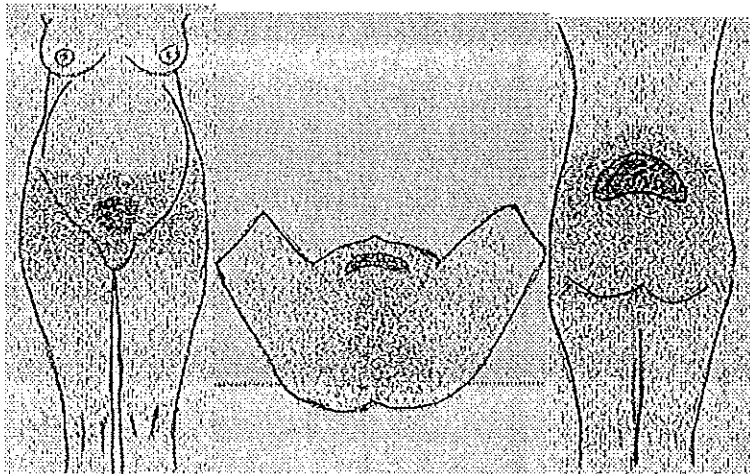
ภาพประกอบ 3 แสดงวิถีประสาทจากมดลูกไปที่ไขสันหลังในระยะที่หนึ่งของการคลอด

(Bonica, In Wall & Melzack , 1994 : 619)

ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ความเจ็บปวดจะอยู่ในตำแหน่งเฉพาะบริเวณซึ่งประสาทส่วนอกที่ 11 และ 12 มาเลี้ยง เมื่อการคลอดก้าวหน้ามากขึ้น ความเจ็บปวดจะแผ่กระจายลงไปที่ส่วนล่างของท้องด้านข้างของอัสอีค แครสต์ (Iliac crest) ไปถึงเกรทเทอร์ ไทรแคนเตอร์ (Greater trochanter) จากสะดือถึงต้นขาทั้งสองข้าง และบริเวณส่วนล่างของหลัง บริเวณที่เจ็บปวดมากที่สุดที่บริเวณท้องต่ำกว่าระดับสะดือด้านข้างของเชิงกราน และบริเวณส่วนล่างของหลัง ดังภาพประกอบ 4 เมื่อการคลอดก้าวหน้าต่อไป ความรู้สึกเจ็บปวดจะแผ่กระจายไปถึงบริเวณเชิงกราน และต้นขาทั้งสองข้าง แต่จุดที่เจ็บปวดมากที่สุดยังคงอยู่ที่เดิม ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 4 แสดงบริเวณที่มีความเจ็บปวดในตอนต้นของระยะที่หนึ่งของการคลอด
(Bonica, In Wall & Melzack , 1994 : 619)



ภาพประกอบ 5 แสดงบริเวณที่มีการกระจายความเจ็บปวดจากการคลอดก้าวหน้าในระยะที่หนึ่ง
(Bonica, In Wall & Melzack , 1994 : 619)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวแปรในการเพิ่มหรือลดการรับรู้ ความอดทน และการแสดงออกต่อความเจ็บปวด จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเจ็บปวดและความอดทนต่อความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์และคลอดไม่เท่ากัน และในบางครั้งในบุคคลเดียวกันก็อาจมีความรู้สึกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Barbara, 1984 : 31 - 33) ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความเจ็บปวดประกอบด้วย

1. อายุ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ย่อมขาดการเรียนรู้ต่อประสบการณ์และการปรับตัว ความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะน้อยลง (จินตนา, 2534 : 33) ส่วนบุคคลที่อายุมากขึ้นความทนทานต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้น เพราะความสามารถและความเข้าใจถึงวิธีระงับความเจ็บปวดจะมีมากขึ้น ตามพัฒนาการของวัย (Kozier, 1983 : 636) จากการศึกษาความพร้อมในการเป็นบิดามารดา ของบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า บิดามารดาอายุ 21 - 30 ปีและสูงกว่า มีความพร้อมมากกว่าอายุ 20 ปีและน้อยกว่า (สุวรรณณี, 2527)

คลาร์กและคณะ (Clark, et al., 1979) และฟิลลิทเทอร์รี่ (Pillitteri, 1981) พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี และมีอายุมากกว่า 35 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี การเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและอารมณ์ยังพัฒนาไม่เต็มที่ อาจมีปัญหาด้านความพร้อมของอารมณ์และร่างกาย คือ เหนื่อยง่าย การเจริญของไข่ และเยื่อมดลูกยังเจริญไม่เต็มที่ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมาก อาจมีปัญหาเรื่องไข่เสื่อมสภาพ และการหลังคลอดไม่เพียงพอต่อการเจริญของเยื่อมดลูก

2. ระดับการศึกษาและอาชีพ

ความทนทานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีความแตกต่างกันตามอาชีพและระดับสติปัญญา (สุเทพ และ สมจิตต์, 2519 : 4 - 18) กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงและทำงานเบาๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย และอาชีพที่ใช้แรงงาน เช่น อาชีพกสิกรรมหรือกรรมกรต้องทำงานหนัก จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้า และทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า และสุวรรณณี (2527) ศึกษาความพร้อมในการเป็นบิดามารดาของบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพร้อมมากกว่าที่มีระดับการศึกษาน้อย

จากการศึกษาของรัสเซล (Russel, 1974 : 294 - 302) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความรู้สึกรู้สึกว่าเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา เป็นภาวะวิกฤตน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และรัลพ์ (Ralp, 1977 cited by Mercer, 1981 : 75) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

3. สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

การรับรู้ในประสบการณ์การคลอด (Norr, et al., 1977 : 260 - 275) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 249 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง จะมีความวิตกกังวล

เกี่ยวกับการคลอดน้อย และสามารถควบคุมความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำกว่า

4. สถานภาพการสมรสและสัมพันธภาพในชีวิตสมรส

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสุขในชีวิตสมรส จะมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ตรงกันข้าม ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีชีวิตสมรสที่ล้มเหลวจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้ความรู้สึเจ็บปวดมากกว่าปกติ (จินตนา, 2534 : 36) จากการศึกษาของ นอร์และคณะ (Norr, et al., 1977 : 260 - 275) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรสและการที่สามีเข้าไปอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี

มอร์แกนและบาร์เดิน (Morgan and Barden, 1985 : 114 - 118) พบว่า การตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่ได้แต่งงานหรือมีการหย่าร้าง มีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจอันจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด และมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยลง ตรงกันข้ามกับสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรส จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และมักจะไม่มีปัญหาในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดด้วย

5. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และสภาพปากมดลูกในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ในครรภ์หลังจะมีสภาพปากมดลูกเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอดอ่อนนุ่มกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ง่ายกว่า หญิงตั้งครรภ์หลังจึงมีความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก (Bonica, 1994 : 621 - 622) และหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลัง เนื่องจากครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความกังวลนี้จะส่งเสริมให้เกิดการคลอดล่าช้า และการคลอดลำบากได้มากกว่าการคลอดครรภ์หลัง (Light and Fenster, 1974 : 46 - 50) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดเป็นเวลานานขึ้น

จากการศึกษาของเอ็ดมพรและคณะ (2528) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลัง โดยให้เหตุผลว่าหญิงตั้งครรภ์หลังเคยได้รับประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงสามารถควบคุมพฤติกรรมในระยะเจ็บครรภ์ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก

6. การฝากครรภ์

การได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด มีเจตคติที่ดีต่อการคลอด มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกที่ดี และมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ (พรธนิภา, 2537 ; รสสุคนธ์ , 2530 ; สุปราณี, ศิริพร และ เยวาลักษณ์, 2533) และผลจากการศึกษาการเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในเชิงบวกสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ (สุลี, 2521)

7. อายุครรภ์

การตั้งครรภ์ครบกำหนด คือ อายุครรภ์ระหว่าง 38 - 42 สัปดาห์ ทารกที่เกิดมาสามารถมีชีวิตรอดมากกว่าช่วงอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 38 สัปดาห์หรือมากกว่า 42 สัปดาห์ ในการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 38 สัปดาห์ ถือเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่เกิดมาจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เนื่องจากปอดยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ทารกเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้สูง ส่วนการคลอดที่อายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ถือเป็นครรภ์เกินกำหนด รกจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน และกระดูกกระโหลกศีรษะของทารกจะไม่มี การเกาะกัน มีผลทำให้การคลอดลำบาก (วราวุธ, 2533 ; สุรียและธีระ, 2530 ; Bobak and Jensen, 1991) การคลอดก่อนหรือเกินกำหนดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวล และมีความกลัวว่าอาจเกิดอันตรายแก่ตนเองและทารกในครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ การเจ็บครรภ์และการคลอด (ยุวดี, 2526)

8. ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์

การมีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคแทรกซ้อนร่วมกับการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโรคพิษแห่งครรภ์หรือโรคเบาหวาน สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวดได้ (จินตนา, 2534 : 32) สุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ถือเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำมาคาดคะเนทำนายการรับรู้ในประสบการณ์การคลอด คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และรับรู้ว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจ (Mercer, et.al., 1983 : 202 - 207)

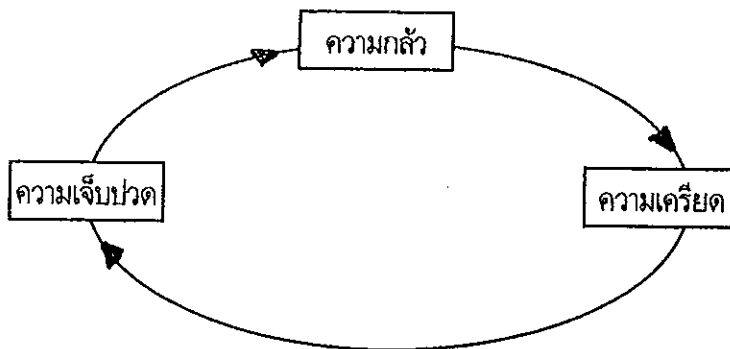
9. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในเชิงบวกหรือลบ ก็มีผลกระทบต่อ การเพิ่มหรือลดความเจ็บปวดด้วย กล่าวคือ การมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในเชิงบวก จะมีความ

รู้สึกเจ็บปวดจากการคลอดน้อย ส่วนการมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในทางลบ ทำให้มีความเจ็บปวดจากการคลอดมากกว่าปกติ (Lerch, 1974 อ้างตาม จินตนา, 2534 : 35)

10. ด้านจิตใจ

ความเจ็บปวดในระยะคลอด ที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ เกิดจากความกลัว 3 ประการ (Kartchner, 1950 อ้างตาม จินตนา, 2534 : 33) กลัวคือ ความกลัวเกี่ยวกับตนเอง เช่น กลัวได้รับอันตรายจากการคลอด ความกลัวเกี่ยวกับทารก เช่น กลัวทารกจะผิดปกติ ไม่สมบูรณ์หรือพิการ และความกลัวสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวกระบวนการคลอด และการดำเนินการคลอดเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดในระยะคลอด (Jensen, et.al., 1981 : 446) โดยดิครีด (Dick - Read, 1984 : 196 - 197) กล่าวถึง ความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear - tension - pain syndrom) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ดังภาพประกอบ 6 พบว่า ความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก จะเป็นแรงต้านทานทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย



ภาพประกอบ 6 แสดงวงจรความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะมีอิทธิพลผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์แต่ละราย มีการสร้างแบบแผนพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดมากขึ้นแตกต่างกัน โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ความกลัวเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเจ็บปวดในระยะคลอด ความกลัวจะมีผลไปเพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวดทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว เพราะความกลัวเป็นกลไกที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่เคยประสบมาก่อน จึงเกิดความตึงเครียดขึ้นภายในจิตใจ ทำให้

เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียด ก็จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวที่ผิดปกติ ทำให้เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บปวด

พฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

หญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จะแสดงพฤติกรรมในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยมีลำดับตามระยะของการคลอด ดังนี้คือ (Affonso, 1979 : 368 - 371)

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ระยะนี้มีความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก ระดับความวิตกกังวลต่ำ การรับรู้ต่างๆ รวมทั้งการเรียนรู้ยังคงดีอยู่ ความวิตกกังวลที่เพิ่มจะมาจาก การได้รับการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ผิดๆ และไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่

1.1 มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การยิ้ม การหัวเราะ การทำกิจกรรมที่มากผิดปกติ เช่น ช่างพูด การแสดงออกทางคำพูดเป็นไปตามปกติ งามปัญหาต่างๆ และสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว

1.2 มีความพยายามทำบทบาทอิสระของตนเอง เช่น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองไปห้องน้ำเอง แทนการใช้หมอนอน ต้องการตัดสินใจด้วยตนเองแทนคำสั่งหรือถูกบังคับ และต้องการคำบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

1.3 สามารถเรียนรู้การใช้เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดได้โดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาล

ในระยะนี้พฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์บางราย ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ซึมเศร้า พฤติกรรมถดถอย

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ระยะนี้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

พฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่

2.1 การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม หญิงตั้งครรภ์จะพูดน้อยลง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เริ่มมีอาการเรียวซึมและมีความตั้งใจแน่วแน่ หมกหมุ่นอยู่กับความก้าวหน้าของการคลอด

2.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากการร้องขอความช่วยเหลือบ่อยๆ และมากขึ้นกว่าเดิม ความสามารถที่จะกระทำสิ่งที่ตนเองต้องการลดลง

2.3 มีพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นถึงความเครียด และความต้องการที่จะลดความเครียดเหล่านั้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย เป็นต้น มีปฏิกิริยาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ หน้าตาบิดเบี้ยว มีการแสดงออกของใบหน้า มือเกร็งหรือกำขมับตึงไว้นั้น ไม่เปลี่ยนท่าทางนอกจากนั้น ทนุตั้งครรรค์จะพักไม่ได้ ตื่นเต้น คำพูดจะแสดงให้เห็นว่าทนุตั้งครรรค์มีความกลัว ไม่สุขสบาย และต้องการความช่วยเหลือ

2.4 ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลงหรือถูกขัดขวางจากสิ่งรบกวนมากมาย เช่น การใช้เทคนิคการหายใจเริ่มทำไม่สำเร็จ เริ่มแสดงอาการโกรธและก้าวร้าว เช่น พุดจาพยายามคาย ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

ในระยะนี้พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในทนุตั้งครรรค์บางราย เกิดจากการที่ทนุตั้งครรรค์มีการรับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ผิดไป เช่น มีความรู้สึกว่ตนเองถูกทอดทิ้งเกิดความคิดฟุ้งซ่าน มีความรู้สึกถดถอย ปฏิเสธ เก็บกด และซึมเศร้า

3. ระยะปากมดลูกเปิดเกือบหมดหรือระยะเปลี่ยนแปลง (Transitional phase) และระยะแบ่งคลอดหรือระยะที่สองของการคลอด (Second stage) ระยะนี้เป็นระยะที่มีความเจ็บปวดสูงสุด ทนุตั้งครรรค์จะพยายามเบ่งให้ทารกออกมา มีอาการทุนทุรายและเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่

3.1 มีการแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่ค่อยตอบคำถาม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลง

3.2 อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมดลูกหดรัดตัวและเกิดความเจ็บปวด แสดงพฤติกรรมไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ลดลง

ในระยะนี้พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม พบว่าทนุตั้งครรรค์จะตกใจกลัวมากจนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งใดๆ ทั้งสิ้น เรียกร้องที่จะยุติการคลอด เพราะทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดไม่ได้อีกแล้ว แสดงอาการเอะอะ โวยวาย กระสับกระส่ายมาก

4. ระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอด (Third and Fourth stage) เป็นระยะที่รกคลอดจนถึงสองชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้ความเจ็บปวดจะลดลง ระยะนี้จะมีคามตึงเครียดลดลงถ้าการคลอดดำเนินไปตามปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นระยะที่ผ่อนคลาย ความกลัวต่อตนเองและทารกจะหมดไป

พฤติกรรมของมารดาในระยะนี้ มีความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส ฟังเสียงของบุตร ถามคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของบุตร ต้องการความมั่นใจจากบุคคลอื่นว่าบุตรของตนปกติและสุขภาพแข็งแรง และยังหมกหมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ผ่านมา อาจแสดงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะคลอด

ดังนั้นพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม จะทำให้การคลอดสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าทนุตั้งครรรค์มีความกลัว ความวิตกกังวลสูงจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความ

เจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้การคลอดล่าช้าได้ และอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับอันตรายได้ ซึ่งสรุปได้ว่าในระยะคลอดเป็นระยะที่สำคัญมาก เป็นระยะที่จะต้องส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม สามารถผ่านภาวะวิกฤติ กลับเข้าสู่ความสมดุลของร่างกายและจิตใจได้ด้วย ซึ่งมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้แก่

การศึกษาผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์ การคลอด พบว่า การสัมผัสโดยพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสเพื่อการผ่อนคลายหรือการสัมผัสเพื่อการดูแล จะช่วยส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์แรก ให้สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น และมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดในทางบวกเพิ่มมากขึ้น (จวี และสุพิศ, 2537 : 18 - 25)

การศึกษาผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจ ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ผลการวิจัยพบว่า คณะนพการณการเผชิญ ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ในระยะ คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (สุปราณี และคณะ, 2533 : 31 - 42)

การศึกษาผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาส ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดา ในระยะคลอด และสัมพันธภาพ ระหว่างมารดา และทารก ผลการวิจัยพบว่า คณะนพการณการเผชิญ ความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอด ด้วยวิธีของลามาส สูงกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (รสสุคนธ์ , 2530 : 84)

การศึกษาผลการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดา ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของ หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (พรวรรณา , 2537 : 61)

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง ของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างมารดาที่ได้รับการ ฝึกเตรียมคลอด กับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ คณะนพการณการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเท่ากับ 6.57 เป็นพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวด น้อยสามารถควบคุมตนเองได้ดี ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคณะนพการณการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอดเท่ากับ 9.93 เป็นพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวดมากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จากการ ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคณะนพการณการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ละมัย และคณะ , 2534 : 33)

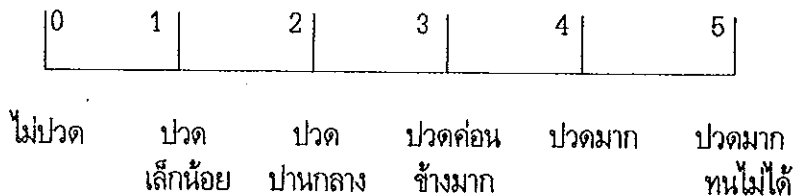
การประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวดทางคลินิก สามารถจะประเมินได้ 3 วิธี คือ (Jacox, 1977 : 107 - 108)

1. การประเมินจากคำบอกเล่าของบุคคลที่ได้รับความเจ็บปวด โดยให้รายงานความเจ็บปวดด้วยตนเอง อาจเป็นการเขียนหรือพูด การประเมินจากคำบอกเล่าของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความเจ็บปวด การประเมินวิธีนี้ใช้กันมาก (Reading, 1989 : 270 ; Bonica, 1990 : 691) เพราะความรู้สึกเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวที่บุคคลซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ และประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของตัวเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Dodson, 1985 : 39) สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความเจ็บปวด คือ ความรุนแรงของความเจ็บปวด (Feldman, 1991 : 97) โดยให้บุคคลบอกความรุนแรงของความเจ็บปวดของตนเอง เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในการวัดระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Pain scale) ซึ่งมีหลายชนิด (Chapman and Syrjala, 1990 : 581 - 592) ดังนี้

1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple pain scale)

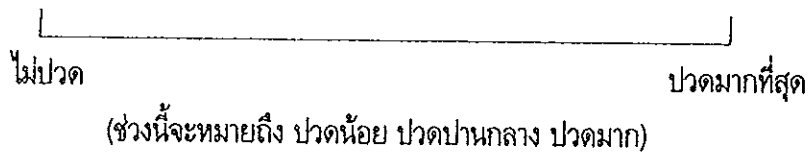
เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเส้นตรงในแนวนอน แบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับ กำหนดให้หมายเลข 0 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านซ้ายมือสุด หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และหมายเลข 5 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านขวามือสุด หมายถึง ความเจ็บปวดมากที่สุด



ภาพประกอบ 7 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย

มาตรวัดชนิดนี้ใช่ง่ายจึงนิยมใช้ในทางคลินิก เพราะค่าที่ใช้บอกระดับความเจ็บปวดจะเป็นค่าที่บุคคลใช้บ่อย แต่อาจมีปัญหาเรื่องการให้ความหมายของค่า ที่ใช้กำกับตัวเลขในความรู้สึกของแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน (Jacox, 1977 : 111 ; พรนิรันดร์, 2528 : 53)

1.4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual analogue scale or graphic rating)



ภาพประกอบ 10 แสดงมาตรฐานวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง

มาตรวัดนี้เป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สูงสุดของความเจ็บปวด โดยขีดเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงตามความรู้สึกรุนแรงของความเจ็บปวด ในขณะนั้น วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่ผู้ป่วยขีดไว้เป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วย วัดออกมาเป็น มิลลิเมตร สเตลนี้อาจเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วยบางคน

1.5 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale)

ใช้สีที่แตกต่างกันเป็นตัวแทนแสดงความรู้สึกเจ็บปวด โดยมีทั้งหมด 10 สี สีแดงแทน ความเจ็บปวดและเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นสีดำ

เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้มแดง	แดง	แดง	น้ำตาล	ดำ	ดำ
เหลือง		ส้ม				น้ำตาล		น้ำตาล	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บปวด							เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้		

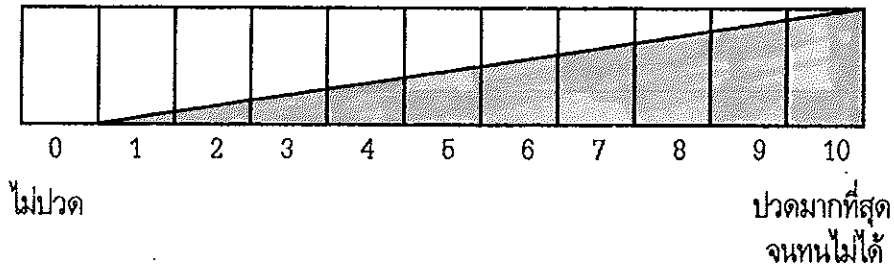
ภาพประกอบ 11 แสดงมาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต

มาตรวัดนี้อาจทำให้ผู้ตอบคำถามบางคนยุ่งยากในการตัดสินใจเลือกสี เพื่อแทนความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะนั้น

1.6 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรินันด์

พรินันด์ (2528) ได้สร้างมาตรฐานวัดความเจ็บปวดโดยพัฒนามาจากมาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย และใช้สีแทนความเจ็บปวดโดยใช้สีแดง แทนระดับความรู้สึกเจ็บปวด พื้นที่สีแดงที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จะบ่งบอกถึงความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น กำหนดให้คะแนนของระดับความรู้สึกเจ็บปวดของบุคคลเริ่มจาก 0 - 10 คะแนน ตามเนื้อที่ของสีจากน้อยไปหามากที่สุด กำหนดให้ 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้



ภาพประกอบ 12 แสดงมาตรวัดความเจ็บปวดของพรินันด์

มาตรวัดความเจ็บปวดของพรินันด์ มีข้อดีอยู่ที่การใช้สีแดงแทนความเจ็บปวด เมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น พื้นที่สีแดงจะสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ง่ายต่อการสังเกตและการใช้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำที่อธิบายกำกับตัวเลข ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของพรินันด์ ในการวัดระดับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เนื่องจากระยะนี้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ผิดไป (Affonso, 1979)

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

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

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (Vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้สะอื้น เสียงสูดปากหรือร้องกรี๊ด

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย ซึมเศร้า

ความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์จะได้อบโดยตรงเพื่อขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ตั้งเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดนั้น การได้อบจะแสดงออกในรูปพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์นั้น ๆ ด้วย เช่นกัน สำหรับการประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยใช้การสังเกต พฤติกรรมอาจสังเกตได้จากพฤติกรรม ดังนี้ (รสสุคนธ์, 2530 : 25 - 26 ; สุปราณี และคณะ, 2533 : 29 - 30 ; พรรณีภา, 2537 : 18)

- 1) การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญญาณแสดงถึงความเจ็บปวดแทนภาษาพูด เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง หิวร้อง สูตปาก ครางเบาๆ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ
- 2) การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น นอนบิดไปมา กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กำมือแน่น เขามือลูบ บริเวณที่เจ็บ กระสับกระส่าย หรือนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวช้าๆ
- 3) การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย พบว่า หายใจหอบ จุกบาน หายใจเร็วกว่าปกติไม่สม่ำเสมอ หลอดลมขยายเพื่อให้โลหิตได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น
- 4) การแสดงออกของใบหน้า ดูจากดวงตาเบิกโพลงหรือหลับตาแน่น หน้าตาบิดเบี้ยว กัดปาก กัดฟัน ใบหน้าเกร็ง เข้มปาก หน้านิ้วคิ้วขมวด หน้าผากย่น
- 5) การแสดงออกของคำพูด เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใด อย่างไร มากน้อยเพียงใด หญิงตั้งครรภ์จะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความอดทน ภาษาที่ใช้ ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยในขณะที่เจ็บปวด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ขณะมีความเจ็บปวดอาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เพราะหมกหมุ่นอยู่กับความเจ็บปวด และบริเวณที่เจ็บมากกว่าจึงอาจไม่พูดจาเลยก็ได้
- 6) อารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ ของความเจ็บปวดอาจสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกของอารมณ์อื่นๆ ด้วย เช่น ความกลัว โกรธ เศร้าซึม ความพึงพอใจ เป็นสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวได้ง่าย เพิ่มความต้องการให้ผู้อื่นใกล้ชิดทำอะไรให้มากกว่าปกติ อยากรควบคุมแสดงอำนาจเหนือผู้อื่น ใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธหรือโทษผู้อื่นโดยการดูตัวว่ากล่าวผู้ที่ทำให้ได้รับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสมจะไม่ใช่ขัดขวาง หรือรบกวนกระบวนการคลอด แต่จะทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี

3. การประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Johnson, 1977 : 153 ; Luckmann and Sorensen, 1987 : 186 - 187)

ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีความเจ็บปวดบริเวณพื้นที่ผิวของร่างกายจะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ หน้าซีด ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว

ความเจ็บปวดรุนแรงหรือเจ็บปวดเนื้อเยื่อร่างกายบริเวณลึก จะมีการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติกได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นลม หรือระดับความรู้สึกตัวเลวลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

สรุปได้ว่า การประเมินความเจ็บปวดโดยการให้บุคคลบอกเล่าความรู้สึกของตนเองเป็นวิธีที่ดีที่สุด และเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้การวัดความเจ็บปวดมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะเมื่อบุคคลบอกว่าเขาอยู่ในภาวะของความเจ็บปวด ย่อมน่าเชื่อถือว่าเขามีความเจ็บปวดจริง แต่การรายงานความรู้สึกเจ็บปวดเป็นการแปลความหมายเฉพาะบุคคลเท่านั้น เนื่องจากความรู้สึกเจ็บปวดเกิดจากการตีความหมายของจิต ดังนั้นความรู้สึกถึงความรุนแรงของความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง จึงขึ้นกับระดับความรู้สึกตัว อารมณ์ หรือความคิด คำนึงในขณะนั้นของบุคคล ซึ่งบุคคลอาจจะรายงานความรู้สึกเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ดี ฉะนั้นการที่จะทราบระดับความเจ็บปวดที่บุคคลได้รับในขณะนั้นให้ตรงความเป็นจริงที่สุด ควรใช้วิธีอื่นควบคู่กันไป คือ ให้บุคคลบอกความเจ็บปวดนั้นด้วยตนเอง และพยาบาลเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก (Jacox, 1977 : 10) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้การประเมินความเจ็บปวดโดยการประเมินจากคำบอกเล่าของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวัดระดับความเจ็บปวด และการประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสามี โดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา พบว่า มีการสนับสนุนทางสังคมในแง่มุมต่าง ๆ หลายสาขาวิชา เช่น จิตวิทยา สังคมวิทยา มนุษยวิทยา และระบาดวิทยา จึงทำให้เกิดแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย โดยในกลุ่มนักวิจัยได้ให้ความหมายซึ่งกันแต่ต่างต่าง และคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

เพนเดอร์ (Pender, N. & Pender, A. 1987 : 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ-อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บาร์เรอรา (Barrera, 1981 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยให้สิ่งของ แรงงาน และให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับในแง่บวก และการมีส่วนร่วมในสังคม

เฮาส์ (Houes; 1981 cited by Brown, 1986 : 5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1982 : 147 - 148) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้อาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว

ปิลิสุก (Pilisuk, 1982 : 20 - 31) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการช่วยเหลือด้านวัสดุและความมั่นคงทางอารมณ์ รวมทั้งการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤติ และการคุกคามของการเจ็บป่วย ลดการใช้ยา และให้ความร่วมมือในการรับการรักษายาบาล

คานห์น (Kahn cited by Norbeck, et.al., 1982 : 265) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงการแสดงออก สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

จริยวัฒน์ (2531 : 104) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย โดยจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกมั่นคง มีคุณค่าให้แก่ผู้รับ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับกิจกรรม หรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย และตีความว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้น สามารถช่วยให้ตนบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล หรือตอบสนองต่อความต้องการของตนในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

นักวิจัยและนักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยชนิด ปริมาณและแหล่งที่มาของการสนับสนุน (Brown, 1986 : 4 - 6) ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

เฮาส์ (Houes, 1981 : 24 - 25) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินผลตัวเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

ไวน์ (Weiss cited by Linsey, 1988 : 108) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ในรูปของสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย

1. การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแข่งขัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และทรัพย์สินของ

2. การตระหนักถึงความเป็นมิตร (A sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้จะเกิดขึ้นในสัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง คือ สมาชิกมีความมั่นใจว่าได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลอย่างต่อเนื่อง

3. การได้รับคำแนะนำ (Obtaining guidance) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด จะทำให้บุคคลมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ และต้องการคำแนะนำจากบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง

4. โอกาสที่จะได้โอบอุ้มเลี้ยงดู (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อความสบายของผู้อื่น ผู้ใหญ่เลี้ยงดูผู้น้อย จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของผู้อื่น

5. การส่งเสริมให้รู้คุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับในพฤติกรรม การแสดงออกตามบทบาทของตนเองในสังคม

6. ความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น

คาห์น (Kahn cited by Norbeck, 1981 : 43) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลคนหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981 : 385 - 386) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

จาคอบสัน (Jacobson, 1986 : 252) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่าบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

จะเห็นได้ว่า ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้น แบ่งได้หลายชนิดตามแนวความคิดของผู้ศึกษาแต่ละท่าน ซึ่งเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ของบุคคลที่เกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม (Thoits, 1982 : 147) ซึ่งแหล่งที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยคือ ครอบครัว เพื่อนฝูง และสามี (Gottlieb, 1985 : 10 ; Stewart, 1989 : 268) จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีจะมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของอีกฝ่ายหนึ่ง นอกจากนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ด้วย (Brown, 1986 : 72 - 75) เนื่องจากปัจจุบันลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (จันทร์รัตน์, 2531: 66 - 73) สามีของหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความผูกพันกันมากที่สุด (May, 1982 : 337)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากสามี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากสามี ซึ่งจากการศึกษารายงานการวิจัยได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากสามี ได้แก่

1. อายุ

เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากสามี ทั้งนี้เนื่องจากสามีที่มีอายุน้อยหรือยังมีวุฒิภาวะไม่เพียงพอจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดี (ศิริพันธุ์, 2536 : 20) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะภรรยา

ตั้งครรรค์ พบว่า สามีที่มีอายุมากจะมีการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาดีกว่าสามีที่มีอายุน้อย (ประภารัตน์, 2528) และการศึกษาของวิลาวด์นีย์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรส เจตคติของบิดา ต่อบุตรกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า บิดาที่มีอายุมากกว่า 20 ปีมีความพร้อม ในการเป็นบิดามากกว่าบิดาที่มีอายุน้อยกว่านี้

2. ระดับการศึกษาและอาชีพ

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของ บุคคล (Lazarus & Folkman, 1984 : 163) จากการศึกษาของประภารัตน์ (2528) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะภรรยาตั้งครรรค์ พบว่า สามีที่มีการ ศึกษาสูงจะมีการรับรู้ดีเกี่ยวกับบทบาทการเป็นบิดา และจากการศึกษาของสุวรรณณี (2527) ศึกษาความพร้อม ในการเป็นบิดามารดาของบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความพร้อมมากกว่าบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ

3. สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ครอบครัวที่มีรายได้ฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีผลต่อการได้รับการสนับสนุนจากสามี (เกียรติกำจร, 2536 : 16) จากการศึกษาของประภารัตน์ (2528) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีผลทำให้สามีมีการ รับรู้บทบาทการเป็นบิดาดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ และจากการศึกษาของนีสันและเมย์ (Neeson & May, 1986 : 350 - 354) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีย่อมเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการเตรียมพร้อมในบทบาทการ เป็นบิดา ซึ่งบิดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับกลาง มักจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดาช้ากว่า

4. สถานภาพสมรสและสัมพันธภาพในชีวิตสมรส

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะ ภรรยาตั้งครรรค์ พบว่า สามีที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับภรรยา จะมีการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาดีกว่าสามีที่มี สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับภรรยา (ประภารัตน์, 2528)

5. หัตถ์คตต่อการตั้งครรรค์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะ ภรรยาตั้งครรรค์ พบว่า สามีที่มีหัตถ์คตที่ดีต่อการตั้งครรรค์ จะมีการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาที่ดี (ประภารัตน์, 2528)

การสนับสนุนจากสามีต่อความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และการคลอด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้การสนับสนุนจากสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่มั่นใจ และไม่ปลอดภัย (ศศิธร, 2538 : 41) ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัวหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น และมั่นคงปลอดภัย จากการศึกษาของเครนลีย์ (Cranley, 1981 : 71) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ต้องการให้สามีเห็นอกเห็นใจร้อยละ 81 โดยไซเนส (Shainess, 1963 cited by Chapman, 1991 : 114) เชื่อว่าสามีของหญิงตั้งครรภ์จะให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด แม้ว่าเขาจะไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่าการจับมือของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเจ็บครรภ์ นอกจากนี้โบเบคและเจนเซน (Bobak and Jensen, 1993 : 452 - 460 ; จินตนา, 2534 : 57 - 59) กล่าวว่า การสนับสนุนจากสามีจะช่วยส่งเสริมความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยการช่วยเหลือด้วยการลูบหน้าท้อง หรือการบีบนวดบริเวณบั้นเอวและต้นขาเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

จากการศึกษาของเคอร์ตีส (Curtis, 1965 อ้างตาม นุชรา, 2531 : 16) พบว่า ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการให้สามีเข้าไปอยู่ใกล้ชิดเธอในขณะที่คลอดด้วย ซึ่งกลุ่มที่สามีเข้ามาอยู่ใกล้ชิดภรรยาขณะคลอด จะแสดงความคิดเห็นต่อสามีในทางบวก แต่กลุ่มที่สามีไม่ได้เข้าไปใกล้ชิดภรรยาขณะคลอดจะมีความคิดเห็นต่อสามีในทางลบ ซึ่งมัวร์ (Moore, 1983 : 73) กล่าวว่า การที่สามีภรรยาได้มีประสบการณ์ร่วมกันในกระบวนการคลอด ไม่เพียงแต่ทำให้กระบวนการคลอดดำเนินไปด้วยดีเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตรตั้งแต่ในวินาทีแรกของชีวิต ทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสให้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้รีเดอร์และมาร์ติน (Reeder and Martin, 1987 : 523) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของสามีตั้งแต่การเตรียมการคลอด และมีส่วนร่วมรับรู้ในประสบการณ์การคลอด โดยให้สามีอยู่เป็นเพื่อนภรรยาในห้องคลอด เพื่อช่วยให้สามีเข้าใจภรรยา คอยประคับประคองภรรยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นการเริ่มต้นความผูกพันที่ดีต่อบุตร (Diehl, 1997 89 - 95)

การที่ให้สามีเข้าไปมีส่วนร่วมในการคลอดนั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการทำงานของพยาบาล แต่เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดได้รับการประคับประคองทางด้านร่างกายและจิตใจจากสามี (พรธณพีโล , 2540 : 1 - 7) โดยความช่วยเหลือจากสามีซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด ที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้เป็นอย่างดี แต่หญิงตั้งครรภ์ยังคงต้องการความช่วยเหลือดูแลทั้งจากสามี และพยาบาล ทั้งนี้เพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการการสัมผัสที่อบอุ่นจากบุคคลที่รัก และความมั่นคงปลอดภัย จากบุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ (Hodnett, et.al., 1996 : 13-20 ; พรธณพีโล, 2540 : 1-7) และจากการศึกษาของแกกนอนและคณะ (Gagnon, et.al., 1997 : 71-77) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ต้องการให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยในระยะคลอดร้อยละ 83.7 ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบ one - to - one และร้อยละ 86.3 ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม

ปกติ จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ จะได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลแบบ one - to - one แล้วก็ตาม แต่หญิงตั้งครรภ์ยังมีความต้องการให้สามีอยู่ด้วย สูงเกือบเท่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสุวรรณณี (2538 : 67 - 72) กล่าวว่า ไม่มีกำลังใจใดจะมีค่าความหมายสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่ากำลังใจจากสามี ที่จะทำให้จิตใจของหญิงตั้งครรภ์มั่นคง และสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดนี้ไปได้ได้อย่างง่ายดาย การมีสามีอยู่ใกล้ชิด คอยปลอบโยน ให้สัมผัสที่อบอุ่นอยู่ข้างกาย จึงเป็นความปรารถนาของหญิงตั้งครรภ์ และกำลังใจจากสามี จะยิ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ผ่านพ้นความเจ็บปวดได้ การศึกษาของโจนส์ (Jones , 1985 ; 29 - 31) พบว่า การที่สามีเข้าไปอยู่กับภรรยาในระยะเจ็บครรภ์หรือระยะคลอด เป็นการคำจุนทางอารมณ์มากที่สุด และทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจในตนเองรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นจะส่งผลให้รู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

จากการศึกษาของเคนเนลและคณะ (Kennel , et.al.,1991 : 2197 - 2201) เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่าการใช้ยาระงับปวดในกลุ่มควบคุมประมาณ 6.2 ชั่วโมงหลังจากรับเข้าดูแลในห้องคลอด และกลุ่มทดลองประมาณ 9.5 ชั่วโมงหลังจากรับเข้าดูแลในห้องคลอด กล่าวคือกลุ่มควบคุมต้องใช้ยาระงับปวดเร็วกว่ากลุ่มทดลอง จากผลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และสามี ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดามารดา พบว่า การสนับสนุนจากสามีช่วยให้หญิงตั้งครรภ์บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (Vehvilainen , 1995 : 731 - 737) สัมพันธ์กับฮอดเน็ต (Hodnett , 1996 : 257 - 264) ที่กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองในระยะคลอด จะลดความต้องการใช้ยาระงับปวดลง และการศึกษาของสุดใจ (2540 : 37 - 42) เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถภาพของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดพบว่า กลุ่มที่ให้สามี / ญาติ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลในห้องคลอด มีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลตามระบบเดิม ซึ่งกอร์รี, แมคคินนี และเมอร์เร (Gorrie , Mckinney & Murrey , 1994) กล่าวว่า ความเอาใจใส่ดูแลที่ได้รับจากทั้งสามี และพยาบาลจะให้ประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้คลอด ทำให้การคลอดราบรื่น เกิดความอบอุ่นใจ และมีกำลังใจที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ในการคลอดได้เป็นอย่างดี ผลลัพธ์คือ การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และทารกมีความแข็งแรงสมบูรณ์

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนจากสามีดังกล่าวมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม อันเป็นสาเหตุทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Clark, et.al., 1979 อ้างตาม พรรณิมา,2537 : 1) ปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดคือ ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีความกลัวต่อความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ (Jensen, et al.,1981 : 216 - 217) โดยแมคแคฟเฟอร์ (McCaffery, 1979 : 130) และมายส์ (Myles, 1981 : 258) เสนอแนะวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยการอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ในขณะเจ็บครรภ์ เพื่อลดความกลัวที่มีผลกระทบต่อความเจ็บปวดได้

ดังนั้นจากการศึกษาตำรา เอกสารและบทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีระดับความเจ็บปวดที่ไม่รุนแรงมาก โดยการสนับสนุนจากสามี ด้วยการให้สามีอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ และสามีอาจจะกระทำกิจกรรมที่ช่วยลดความกลัว ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ เช่น พูดคุยให้กำลังใจ จับมือ ลูบหน้าท้อง ช่วยบีบหนดบริเวณบั้นเอวและต้นขา ช่วยควบคุมการหายใจ หรือสิ่งใด ๆ อยู่เป็นเพื่อนเท่านั้น ซึ่งในประเทศไทยโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ การส่งเสริมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามีในระยะเจ็บครรภ์มีค่อนข้างจำกัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก เพื่อนำผลจากการวิจัยครั้งนี้เสนอเป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการสนับสนุนจากสามีแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ในการเปลี่ยนแปลงนโยบายของโรงพยาบาลโดยการอนุญาตให้สามีเข้าห้องคลอด เพื่อให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ได้ และเป็นแนวทาง ในการวางแผนการพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อการศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงครรภ์แรก การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา จำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จำนวน 30 คน และเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยที่สุดแต่เพียงพอที่จะทำการทดสอบความเชื่อมั่นทางสถิติได้ (เพชรน้อย, ศิริพร, และทัศนีย์, 2539 : 138) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 20 - 30 ปี
2. อายุครรภ์ 40 ± 2 สัปดาห์
3. ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนหน้า
4. แพทย์พิจารณาแล้วให้คลอดปกติ
5. ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์
7. สถานภาพสมรสคู่
8. หญิงตั้งครรภ์และสามียินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

การจัดหญิงตั้งครรภ์เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยเริ่มทำการศึกษา 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองใน 30 คนหลัง เพื่อป้องกันมีการเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งสามีสามารถเข้าไปนั่งอยู่เป็นเพื่อนได้ ในขณะที่สามีของกลุ่มควบคุมไม่สามารถเข้าไปได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุของสามี ระดับการศึกษาของสามี อาชีพของสามี รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และการเตรียมปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ประกอบด้วย การกระตุ้นการหดตัวของมดลูก การแตกของถุงน้ำคร่ำ และระยะเวลาการคลอด

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ ฉวี (2526) ซึ่งแปลและเรียบเรียงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์ร็อค (Sturrock, 1972) ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว การแสดงออกของการหายใจ การแสดงออกของใบหน้า และการแสดงออกของคำพูด โดยแต่ละด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1, 2 และ 3 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)

การให้คะแนน จะให้ตามลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออก ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ควบคุมตนเองไม่ได้เลย

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้บ้าง

คะแนน 3 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี

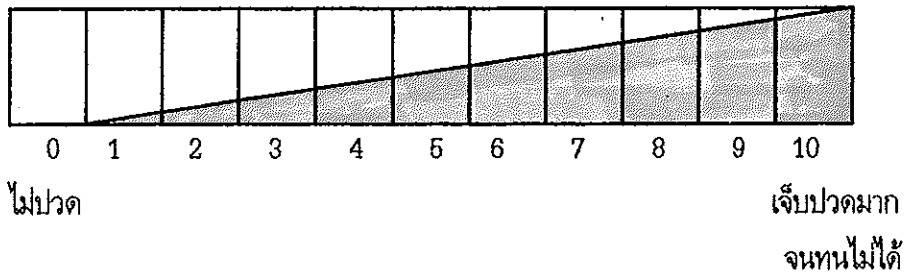
ผู้วิจัย กำหนดคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ไม่ดี คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 5 - 8.33

สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 8.34 - 11.67

สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 11.68 - 15

3. มาตรสวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ สร้างโดยพรนิรันดร์ (2528) ใช้วัดระดับความเจ็บปวดจัดลำดับการให้คะแนนระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 - 10 โดยใช้สีแดงแทนความเจ็บปวด และพื้นที่สีแดงเพิ่มมากขึ้นแทนความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้น กำหนดให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีระดับความเจ็บปวดซึ่งตรงกับช่องที่ไม่มีพื้นที่สีแดง และคะแนน 10 หมายถึง มีระดับความเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้ ซึ่งตรงกับช่องที่มีพื้นที่สีแดงมากที่สุด



ภาพประกอบ 13 แสดงเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด

คะแนนระดับความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 4 ช่วงดังนี้

ไม่มีความเจ็บปวด	มีคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในช่อง	0
ความเจ็บปวดเล็กน้อย	มีคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในช่อง	1 - 3
ความเจ็บปวดปานกลาง	มีคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในช่อง	4 - 6
ความเจ็บปวดมาก	มีคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในช่อง	7 - 10

ผู้วิจัย กำหนดระดับความเจ็บปวดที่ประเมินได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีความเจ็บปวด	ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ	0
ความเจ็บปวดเล็กน้อย	ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่าง	1 - 3.33
ความเจ็บปวดปานกลาง	ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่าง	3.34 - 6.67
ความเจ็บปวดมาก	ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่าง	6.68 - 10

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

การหาความตรงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ได้รับการดัดแปลงแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสถิติศาสตร์จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ทำการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (Interrater reliability) โดยวิธีของวิลเลียม เอ สกอตต์ (William A. Scott) (สุภาพ, 2525 : 56 - 57) ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกตเท่ากับ 0.92

2. มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์

พรนิรันดร์ (2528) ได้หาความเชื่อมั่นของมาตรฐานวัดระดับความเจ็บปวดนี้ โดยนำไปวัดระดับความเจ็บปวดคู่ขนาน (Parallet test) กับมาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple pain scale) ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อสะโพกคนเดียวกัน แล้วนำคะแนนที่ได้จากมาตรฐานวัดทั้งสองชุดมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ 0.79

ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของมาตรฐานวัดระดับความเจ็บปวด โดยนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการนำไปวัดระดับความเจ็บปวดคู่ขนานกับมาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย แล้วนำคะแนนที่ได้จากมาตรฐานวัดทั้งสองชุดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) (เพชรน้อย, และวัลยา, 2536 : 172) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตรับรองจากสถาบันถึงหน่วยงานที่จะศึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้เมื่อแรกเริ่มเข้าสู่ห้องเตรียมคลอด
3. ผู้วิจัยอธิบายหญิงตั้งครรภ์ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในห้องรอคลอดก่อนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เกี่ยวกับการบอกระดับความเจ็บปวดในมาตรฐานวัดระดับความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ ตามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยบอกให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทราบว่า จะทำการสอบถามระดับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะทุก 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร จนปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร
4. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิดประมาณ 4 เซนติเมตร ผู้วิจัยเริ่มวัดระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ ในการวัดระดับความเจ็บปวดแต่ละครั้งวัดขณะที่มดลูกหดตัวเต็มที่ วัดระดับความเจ็บปวดทั้งหมดประมาณ 4 ครั้ง
5. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิดประมาณ 4 เซนติเมตร ผู้ช่วยผู้วิจัยเริ่มสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ โดยสังเกตแต่ละครั้งห่างกันทุก 1 ชั่วโมง สิ้นสุดการสังเกตเมื่อปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ในการสังเกตเริ่ม

ตั้งแต่หมดลูกเริ่มหดตัวถึงหมดลูกคล้ายตัวเต็มที่ใช้เวลาในการสังเกตแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที เพื่อสังเกตพฤติกรรมให้ครบทั้ง 5 ด้าน โดยสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดทั้งหมดประมาณ 4 ครั้ง

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายไปตรวจสอบความครบถ้วน และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1. แจกแจงความถี่ และคิดร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกแต่ละข้อตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี
3. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี
4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สูตรทดสอบค่า t (t - test)
5. เปรียบเทียบคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สูตรทดสอบค่า t (t - test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีจำนวน 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2540 การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนตัว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม ร้อยละ 81.67 มีอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 51.67 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.33 มีอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 53.33 อายุของสามีอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี ร้อยละ 50 สามีมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 สามีประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 45 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 6,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 68.33 ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 93.33 ไม่ได้รับการสอนการเตรียมปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยไคสแควร์ พบว่า ไม่พบความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนตัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม	χ^2	P -value
	จำนวน (ร้อยละ) (n = 30)	จำนวน (ร้อยละ) (n = 30)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)					
20 - 25	24 (80)	25 (83.33)	49 (81.67)	0.111	0.738
26 - 30	6 (20)	5 (16.67)	11 (18.33)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	10 (33.33)	13 (43.33)	23 (38.33)		
มัธยมศึกษา	17 (56.67)	14 (46.67)	31 (51.67)	0.682	0.711
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3 (10)	3 (10)	6 (10)		
อาชีพ					
ใช้แรงงาน	20 (66.67)	18 (60)	38 (63.33)	0.287	0.592
ไม่ใช้แรงงาน	10 (33.33)	12 (40)	22 (36.67)		
อายุของสามี (ปี)					
20 -25	14 (46.67)	14 (46.67)	28 (46.67)	0.000	1.000
26 -30	16 (53.33)	16 (53.33)	32 (53.33)		
ระดับการศึกษาของสามี					
ประถมศึกษา	15 (50)	15 (50)	30 (50)		
มัธยมศึกษา	10 (33.33)	13 (43.33)	23 (38.33)	1.677	0.432
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5 (16.67)	2 (6.67)	7 (11.67)		
อาชีพของสามี					
ใช้แรงงาน	26 (86.67)	25 (83.33)	51 (85)	0.131	0.717
ไม่ใช้แรงงาน	4 (13.33)	5 (16.67)	9 (15)		
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
3,000 - 6,000	11 (36.67)	9 (30)	20 (33.33)		
6,001 - 10,000	14 (46.67)	13 (43.33)	27 (45)	0.929	0.628
10,001 บาทขึ้นไป	5 (16.66)	8 (26.67)	13 (21.67)		
สถานภาพสมรส					
จดทะเบียนสมรส	8 (26.67)	11 (36.67)	19 (31.67)	0.693	0.405
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	22 (73.33)	19 (63.33)	41 (68.33)		
การเตรียมปฏิบัติตัวใน ระยะเจ็บครรภ์					
ได้รับการสอน	2 (6.67)	2 (6.67)	4 (6.67)	0.000	1.000
ไม่ได้รับการสอน	28 (93.33)	28 (93.33)	56 (93.33)		

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก โดยได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำและถุงน้ำคร่ำแตกเองในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม	χ^2	P value
	จำนวน (ร้อยละ) (n = 30)	จำนวน (ร้อยละ) (n = 30)	จำนวน (ร้อยละ)		
การกระตุ้นการหดตัวของมดลูก					
ได้รับ	20 (66.67)	17 (56.67)	37 (61.67)	0.635	0.425
ไม่ได้รับ	10 (33.33)	13 (43.33)	23 (38.33)		
การแตกของถุงน้ำคร่ำ					
แตกเอง	14 (46.67)	15 (50)	29 (48.33)	0.667	0.796
เจาะถุงน้ำคร่ำ	16 (53.33)	15 (50)	31 (51.67)		

2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

จากการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวมและในแต่ละด้าน คือ การแสดงออกของเสียง การเคลื่อนไหว การหายใจ ไบหน้า และคำพูด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำค่าเฉลี่ยเหล่านี้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมาเปรียบเทียบโดยการทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยรวมและในแต่ละด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตาราง 3 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การแสดงออกของเสียง	2.67	0.53	2.31	0.70	4.29***
การแสดงออกของการเคลื่อนไหว	2.42	0.53	2.06	0.55	4.97***
การแสดงออกของการหายใจ	2.45	0.50	2.31	0.47	2.07**
การแสดงออกของใบหน้า	2.41	0.51	1.93	0.47	7.08***
การแสดงออกของคำพูด	2.88	0.35	2.43	0.59	6.87***
รวม	12.83	1.90	11.04	2.27	6.27***

***P < 0.001

**P < 0.05

3. ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

เมื่อวัดระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีและกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี พบว่า คะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 4.25 - 8 และกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 2.33 - 9.25 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.99 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.45 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการทดสอบที่ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาคะแนนระดับความเจ็บปวดตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 4 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุน

ตาราง 4 เปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ช่วงคะแนน	\bar{X}	S.D.	t	ระดับความเจ็บปวด
กลุ่มทดลอง	4.25 - 8	5.99	1.33	5.22***	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม	2.33 - 9.25	7.45	1.02		มาก

***P < 0.001

4. ระยะเวลาคลอด

สำหรับระยะเวลาคลอด ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในช่วง 3 ชั่วโมง 17 นาที ถึง 22 ชั่วโมง 21 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในช่วง 3 ชั่วโมง 45 นาที ถึง 22 ชั่วโมง 34 นาที และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 10 ชั่วโมง 38 นาทีเท่ากัน

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยแยกอภิปรายผลดังนี้

1. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ดังแสดงในตาราง 3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่นั่นหมายความว่า การสนับสนุนจากสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนจากสามีเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษานี้ก็อธิบายตามแนวคิดของดิครีด (Dick-Read, 1984 : 196 - 197) ที่กล่าวว่า ความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด เป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ถ้าสามารถป้องกันมิให้เกิดความกลัวก็จะเป็นการป้องกันความเครียด มีผลให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเจนเซนและคณะ (Jensen, et.al., 1981 : 216 - 217) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด คือ ความวิตกกังวล ความกลัว

ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีความกลัวต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ฉะนั้น การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากสามีไม่ว่าสามีจะกระทำกิจกรรมใดก็ตาม ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง โดยไชเนส (Shaines cited in Chapman, 1992 : 114) กล่าวว่า สามีของหญิงตั้งครรภ์จะให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด แม้ว่าเขาจะไม่สามารถทำอะไรได้มากกว่าการจับมือหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเจ็บครรภ์ สอดคล้องกับ สุวรรณี (2538 : 71 -72) กล่าวว่า ไม่มีกำลังใจใดจะมีความหมายสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่ากำลังใจจากสามี การมีสามีใกล้ชิดคอยปลอบโยนให้สัมผัสที่อบอุ่น ทำให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจ และสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดนั้นไปอย่างง่ายดาย จากการศึกษาของ สุปราณี และคณะ (2533 : 68 - 69) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจ มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการศึกษาของ สุดใจ (2540 : 40 - 41) เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถภาพของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด พบว่ากลุ่มที่ให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลในห้องคลอด การรับรู้ต่อความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบเดิม

ในขณะที่สังเกตพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสังเกตพบว่าการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ (รายละเอียดดูภาคผนวก ง.) เช่น สามีกระทำกิจกรรมโดยการช่วยบีบนวดบริเวณนั้นเอวและต้นขา และมีการสัมผัสเบา ๆ บริเวณหน้าท้องขณะมดลูกแข็งตัว พฤติกรรมดังกล่าวเป็นการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายความเจ็บปวด สัมพันธ์กับแนวคิดของโบเบคและเจนเซน (Bobak & Jensen, 1993 : 452 - 460) และจินตนา (2534 : 57 - 59) กล่าวว่า การช่วยเหลือด้วยการสัมผัสบริเวณหน้าท้อง หรือการบีบนวดบริเวณนั้นเอวและต้นขา เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด จะช่วยส่งเสริมความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ดังเช่นการศึกษาของ ฉวีและสุพิศ (2537 : 18) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่า การสัมผัสโดยพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสเพื่อการผ่อนคลาย หรือการสัมผัสเพื่อการดูแล จะช่วยส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์แรกให้สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น

การพยาบาลตามปกติหญิงตั้งครรภ์จะได้รับความสุขสบายในระยะคลอด โดยพยาบาลจะให้การดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการดูแลกรรยาให้ได้รับความสุขสบาย พบว่า สามีส่วนใหญ่ช่วยเช็ดหน้า เช็ดตัวให้กรรยา ซึ่งสุปราณีและคณะ (2533 : 74) กล่าวว่า การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความสุขสบายและผ่อนคลาย จะทำให้กล้ามเนื้อมีความเครียดน้อยลง ความเจ็บปวดลดน้อยลง อันมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในขณะคลอดได้ดี โดยฮอดเนทและคณะ (Hodnett, et.al., 1996 : 13) และพรพรรณพีไล (2540 : 3) กล่าวว่า ความช่วยเหลือจากสามีสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้เป็น

อย่างดี แต่หญิงตั้งครรภ์ยังคงต้องการความช่วยเหลือดูแลทั้งจากสามีและพยาบาล ทั้งนี้เพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการการสัมผัสที่อบอุ่นจากบุคคลที่รักและความมั่นคงปลอดภัยจากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งแกกนอน และคณะ (Gagnon, et.al., 1997 : 74) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยในระยะคลอดร้อยละ 83.7 ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบ one - to - one และร้อยละ 86.3 ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่าแม้หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการพยาบาลแบบ one - to - one แล้วก็ตามแต่หญิงตั้งครรภ์ยังมีความต้องการให้สามีอยู่ด้วยสูงเกือบเท่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นความเอาใจใส่ดูแลที่ได้รับจากทั้งสามีและพยาบาล จะให้ประโยชน์อย่างยิ่งแก่หญิงตั้งครรภ์ทำให้การคลอดราบรื่น เกิดความอบอุ่นใจและมีกำลังใจที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ในการคลอดได้เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการแสดงออกของเสียง การเคลื่อนไหว ใบหน้า และคำพูด มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.36, 0.36, 0.48, 0.45 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจ มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.14 เท่านั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันไม่มาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมด้านการแสดงออกของเสียง การเคลื่อนไหว ใบหน้า และคำพูด เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของบุคคล การแสดงออกขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมให้แสดงพฤติกรรมออกมาในด้านดีหรือไม่ดี ส่วนพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจ เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่ใช้ส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดตามวิธีของลามาช (จินตนา, 2534 : 50 - 51; พิริยา, 2535 : 36; มณีรัตน์, 2534 : 109 - 113; Burroughs, 1992 : 191; May & Mahlmeister, 1990 : 551 - 567) ซึ่งเทคนิคการส่งเสริมความสามารถเผชิญความเจ็บปวดด้วยวิธีของลามาช หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะการใช้เทคนิคการหายใจ เป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ดังเช่นการศึกษาผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาชต่อพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารก (รสสุคนธ์, 2530 : 84) การศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด (พรรณิมา, 2537 : 61) และการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด (ละมัย และคณะ, 2534 : 33) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 , 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ

จากข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ได้รับการสอนการเตรียมปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์จำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 6.67 ผู้วิจัยสังเกตการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ มีบางรายที่พยายามช่วยควบคุมการหายใจโดยบอกให้ภรรยาหายใจเข้าออก ตามวิธีการที่ได้รับฟังจากพยาบาลแนะนำ หญิงตั้งครรภ์ขณะที่พยาบาลเข้าไปให้การพยาบาลตามปกติ โดยการควบคุมการหายใจช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ได้ดี (พรรณิภา, 2537 : 29) แต่การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ในการควบคุมการหายใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่สามารถปฏิบัติตามการควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่ทดลองหัดรัดตัว ซึ่งพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจเป็นเทคนิคที่ต้องฝึกจึงเป็นเรื่องยากที่จะบอกให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝึกมาก่อนปฏิบัติได้ดีขณะเจ็บครรภ์ (อุษา, 2534 : 29) ดังเช่นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ได้รับการฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดามารดาพบว่า การสนับสนุนจากสามีช่วยให้หญิงตั้งครรภ์บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (Vehvilainen, 1995 : 731) โดยบอนิกา (Bonica, 1994 : 618 - 619) ได้พูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์ที่ฝึกเตรียมคลอดแบบลามาซในยุโรปและอเมริกัันประมาณ 700 ราย สรุปว่า หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 85 แสดงพฤติกรรมเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงออกเลยในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด โดยส่วนใหญ่บอกว่าเจ็บปวดมากแต่มีความพอใจที่จะร่วมมือกับแพทย์ และผู้สอนเตรียมตัวคลอด จึงพยายามควบคุมตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดอาจไม่สัมพันธ์กัน คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความเจ็บปวดสูงอาจไม่แสดงพฤติกรรมเจ็บปวดออกมา (Reeder & Martin, 1987 : 502 -503)

เนื่องจากในการศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.33 ไม่ได้รับการสอนการเตรียมปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันไม่มาก แต่จากการที่สามีของหญิงตั้งครรภ์บางรายพยายามช่วยควบคุมการหายใจของภรรยา จึงเป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านการแสดงออกของการหายใจ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ระดับความเจ็บปวด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีคะแนนระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ดังแสดงในตาราง 4) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนจากสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากความรู้สึกเจ็บปวดอาจเกิดจากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายเป็นผลของเส้นประสาทอัตโนมัติหลังแอดรีนาลิน (Adrenalin) มากขึ้น จะไปยับยั้งการผลิตออกซีโทซิน(Oxytocin) ทำให้มดลูกหดตัวน้อยลง มีผลให้การคลอดใช้เวลายาวนาน เพิ่มภาวะตึงเครียดมากยิ่งขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับความเจ็บปวด การฝึกฝน การยอมรับในความเจ็บปวด สุขภาพอนามัยของร่างกาย การมีความเหนื่อยล้าหรือมีความวิตกกังวล ความเครียดและความกดดัน การเอาใจใส่หรือการถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดได้ทั้งสิ้น (Barbara, 1984 : 31 - 33) ในการศึกษาผู้วิจัยไม่ได้เตรียมการใด ๆ แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีมาก่อน โดยกิจกรรมที่สามีกระทำให้หญิงตั้งครรภ์ อาจจะพูดคุยให้กำลังใจ จับมือ ช่วยควบคุมการหายใจ หรือนั่งเฉย ๆ อยู่เป็นเพื่อนเท่านั้น การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากสามี ทำให้มีผลต่อสภาวะจิตใจช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับมายส์ (Myles, 1981 : 258) ที่เสนอแนะวิธีบรรเทาความเจ็บปวด โดยการอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์เพื่อลดความกลัว เมื่อสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความกลัวโดยการสนับสนุนจากสามี ก็จะเป็นการป้องกันความเครียด มีผลให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรรณิ และคณะ, 2538 : 50 ; Mackey, 1990 : 143) จากการศึกษาของดิครีด (Dick-Read, 1984 : 196 - 197) พบว่าความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก จะเป็นแรงต้านทานทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความตึงเครียดมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย และฮอดเน็ต (Hodnett, 1996 : 257) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองในระยะคลอด จะลดความต้องการการใช้ยาระงับปวดลง

แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของนักวิจัยและนักทฤษฎีหลายท่าน เกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคม โดยกล่าวถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรักความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นใจ ความผูกพันใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย (Houes, 1981 : 24 - 25; Weiss cited in Linsey, 1988 : 108; ; Jacobson, 1986 : 252) ในขณะทำการศึกษาผู้วิจัยสังเกตการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ พบว่าบางรายมีสีหน้าและแววตาที่แสดงออกถึงการรับรู้และเห็นใจภรรยา ในขณะที่ภรรยาแสดงความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดตัว การแสดงออกของสามีดังกล่าว เป็นการสนับสนุนคำจูนทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ โดยโจนส์ (Jones, 1985 : 31) พบว่า การที่สามีเข้าไปอยู่กับภรรยาในระยะเจ็บครรภ์หรือระยะคลอด เป็นการคำจูนทางอารมณ์มากที่สุด และทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจในตนเองรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

การแสดงออกของสามี่ต่อหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสังเกตพบว่าบางรายพยายามช่วยจับมือภรรยา
 ลูกหน้าท้องให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออกขณะมดลูกหดตัว ตามวิธีการที่ได้เห็นจากพยาบาลที่เข้าไปให้
 การพยาบาลตามปกติแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการลูกหน้าท้องเป็นอีกเทคนิคหนึ่งตามวิธีการของลามาช เพื่อใช้ใน
 การบรรเทาความเจ็บปวด (จินตนา, 2534 : 57 - 58) โดยเพอริค (Peric, 1984 : 138) อธิบายว่าความ
 เจ็บปวดจะมีมากขึ้นถ้าหากบุคคลสนใจอยู่ที่บริเวณที่เจ็บปวด ดังนั้นการลูกหน้าท้องจึงช่วยเบี่ยงเบนความ
 สนใจจากบริเวณที่เจ็บปวดได้ นอกจากนั้นเร็ดเตอร์และมาร์ติน (Reeder & Martin, 1987 : 498 - 500)
 กล่าวว่า การลูกหน้าท้องเป็นวิธีที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจ ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดน้อยลง ในขณะที่
 เดียวกันการลูกหน้าท้องทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาด
 ใหญ่ให้ทำงานมากกว่าใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้ไม่มีการส่งกระแสความรู้สึกเจ็บปวดจึงไม่เกิดความรู้สึก
 เจ็บปวด หรือส่งกระแสความรู้สึกเจ็บปวดได้เพียงเล็กน้อยจึงเกิดความรู้สึกเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
 ตามแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

3. ระยะเวลาคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาคลอดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี่กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการ
 สนับสนุนจากสามี่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดและระยะเวลาคลอดประกอบด้วย 1) แรงในการคลอด 2) ช่องทางคลอด
 3) สิ่งที่เกิดออกมามีผลต่อปัจจัยด้านสภาวะจิตใจของผู้คลอด (ฐิติพร,
 2540 : 5 - 6; MacLaren, 1994 : 106; Cunningham, 1997 : 261 - 273) การได้รับการสนับสนุนจาก
 สามี่มีผลต่อปัจจัยด้านสภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์โดยตรง แต่ไม่มีผลต่อปัจจัยด้านอื่นซึ่งเป็นปัจจัยทาง
 สรีรวิทยาของการคลอด จึงทำให้การสนับสนุนจากสามี่ไม่มีผลต่อการคลอดและระยะเวลาคลอด ดังเช่นการ
 ศึกษาของเคนเนลและคณะ (Kennell, et.al., 1991 : 2200) เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง
 ในระยะคลอด พบว่า ระยะเวลาคลอดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับการ
 ดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน การศึกษาของแกกนอน และคณะ (Gagnon, et.al., 1997 : 76)
 เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือระดับประคองแบบ one - to - one ในระยะคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับ
 การพยาบาลแบบ one -to - one ระยะเวลาคลอดเฉลี่ย 9.1 ชั่วโมง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติระยะ
 เวลาคลอดเฉลี่ย 9.4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันมาก การศึกษาของละมัย และคณะ (2534 : 30)
 พบว่าระยะเวลาคลอดเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอด กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดใกล้เคียงกัน
 คือ 7.51 และ 7.59 ตามลำดับ การศึกษาของอุษา (2534 : 46) พบว่า ระยะเวลาคลอดเฉลี่ยกลุ่มที่ได้รับการ

เตรียมตัวตลอด 10.34 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวตลอด 8.47 ชั่วโมง การศึกษาของสุปราณี และคณะ (2533 : 67) พบว่า ระยะเวลาคลอดของกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้านจิตใจในระยะคลอด 9.32 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 9.57 ชั่วโมง และการศึกษาของพรรณิกา (2537 : 56) พบว่า ระยะเวลาคลอดเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติใกล้เคียงกัน คือ ระยะที่หนึ่ง 10.34 และ 14.40 ชั่วโมงส่วนระยะที่สอง 50 นาที และ 58 นาที ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา ระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน 2540 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี กลุ่มละ 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ อายุระหว่าง 20 - 30 ปี อายุครรภ์ 40 + 2 สัปดาห์ ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ แพทย์พิจารณาแล้วให้คลอดปกติ ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรสคู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของฉวี (2526) ที่แปลและเรียบเรียงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์ร็อค (Sturrock, 1972) และมาตรสวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร สร้างโดยพรนิรันดร (2528) ใช้วัดระดับความเจ็บปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนตัว คะแนนที่ได้จากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และมาตรสวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร มาวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกแต่ละข้อตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มที่ได้รับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)

2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี

3. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สูตรทดสอบค่า ที (t - test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สูตรทดสอบค่า ที (t - test)

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
2. คะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อจำกัดในการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การศึกษากำหนดให้ 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้วในบทที่ 3 ประกอบกับหน่วยงานที่ผู้วิจัยทำการศึกษา กำหนดให้ผู้วิจัยศึกษากลุ่มทดลองเฉพาะในช่วงเวรบ่าย-ดึก และเวรเช้าในวันหยุดราชการ เพราะหน่วยงานให้เหตุผลว่าในเวรเช้าวันราชการมีบุคลากรจำนวนมาก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล หน่วยงานเกรงว่าจะมีความยุ่งยากและวุ่นวาย ถ้าหากผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มทดลองในเวรเช้าวันราชการ ทำให้ตัวอย่างที่นำมาศึกษาไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรเป้าหมาย เพราะทุกหน่วยของประชากรไม่ได้ถูกเลือกเข้ามาศึกษาแต่ละกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการ

1.1 จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอยู่ในระดับดี และระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลน่าจะให้ความสำคัญของการสนับสนุนจากสามีแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ควรจะมีการปรับนโยบายเพื่อเปิดโอกาสให้สามีได้เข้าไปดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในต่างประเทศพร้อมใจกันพัฒนาเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยการอนุญาตให้สามีและญาติหรือเพื่อนสนิทของหญิงตั้งครรภ์เข้าไปอยู่ด้วยในห้องคลอด

1.2 จากการศึกษาผู้วิจัยสังเกตการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในการช่วยควบคุมการหายใจ และการช่วยจับมือกรยาสูบหน้าท้อง ถ้าจะให้ได้ผลดีมากขึ้น จึงควรมีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์และสามีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้และฝึกเทคนิคการหายใจและการสูบหน้าท้อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ เน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการสนับสนุนจากสามีในระยะคลอด ซึ่งการเรียนการสอนส่วนใหญ่จะเน้นบทบาทของสามีในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด

2.2 ควรจัดการเรียนการสอนในการปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ เน้นให้นักศึกษามีการเตรียมสามีตั้งแต่ในหน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้สามีมีความรู้ความสามารถ มีความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละระยะของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนสามีในการช่วยเหลือประคับประคองภรรยาในแต่ละระยะของการคลอด

3. ด้านการวิจัย

3.1 จากการศึกษาผู้วิจัยสังเกตการแสดงออกของสามีต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในการช่วยควบคุมการหายใจ และการช่วยจับมือภรรยาอุ้มหน้าท้อง ดังนั้นน่าจะทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมสามีในการช่วยควบคุมการหายใจ และการอุ้มหน้าท้องต่อความสามารถเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

3.2 เนื่องจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ดังนั้นน่าจะทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง

3.3 การศึกษาครั้งนี้ สามีไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดมาก่อน ดังนั้นน่าจะศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่สามีได้รับการเตรียมดูแลในระยะคลอดกับสามีที่ไม่ได้รับการเตรียม

บรรณานุกรม

- เกียรติกำจร กุศล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผูกพันต่อทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมิดา มารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จริยวัตร คมพัยค์ม. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(2), 96-103.
- จันทรวรดี เจริญสันติ. (กันยายน-ธันวาคม, 2531). การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดา. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 13(3), 66-73.
- จินตนา บ้านแก่ง. (2534). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (ตุลาคม - ธันวาคม , 2539). การคลอดอย่างมีคุณภาพ : มิติใหม่ของการพยาบาล. พยาบาลสาร. 23(4), 1-5.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2537). ผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. พยาบาลสาร. 21(4), 18-25.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. (2540). อันตรายในระยะคลอดการประเมินและการพยาบาล. ภาควิชาการพยาบาล สูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบุรณ์. (2535). ตำราสูติศาสตร์เล่มที่ 1. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชรา บุญกนก. (2531). บทบาทของบิดาในการส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงดูทารก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ประภารัตน์ ทวีเกียรติตระกูล. (2528). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของสามีในขณะภรรยาตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พยอม อยู่สวัสดิ์, อนูรี ออตยะกุล และจันทนา ลีตระกูล. (เมษายน 2529). ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะคลอด. วารสารการศึกษาและวิจัยพยาบาล. 8(11), 25-36.

พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. (2528). ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อสะโพก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พรรณนิภา รักรักษ์กุล. (2537). ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พรรณพีไล ศรีอาภรณ์. (เมษายน-มิถุนายน, 2540). การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือประคับประคองในระยะคลอด. พยาบาลสาร. 24(2), 1-7.

พริยา ศุภศรี. (2536). การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2536). สถิตินอนพาราเมตริกเพื่อการวิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่2). สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. หาดใหญ่ : บริษัทอัลลายด์เพรสจำกัด.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และทัศนีย์ นະແສ. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. (พิมพ์ครั้งที่2). สงขลา : เหมการพิมพ์.

- มณีรัตน์ สุกโชติรัตน์. (2534). **คลอดง่าย : คู่มือการเตรียมร่างกายและจิตใจไว้คลอดบุตร.**(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี วัฒนานนท์ และคณะ. (2526). **การสำรวจผลกระทบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อกระบวนการคลอด.**ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. (2530). **ผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลมหายใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ละมัย วีระกุล และคณะ. (2534). **เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด** ทุนอุดหนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลพะเยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- วราวุธ สุมาวงศ์. (2533). **คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด.**(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ์ เตี้ยววิเศษ และคณะ. (มกราคม-มิถุนายน,2538). **ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร.** **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2(2), 49-58.**
- วิลาวัณย์ ศรีสุวรรณ. (2531). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส เจตคติของบิดาต่อบุตรกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุกัญญา ปริสัญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์. (ม.ป.ป.). **การพยาบาลในระยะคลอด.** กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรินติ้ง เฮาส์.
- สุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิตต์ ศรีสุพรรณวาท. (ตุลาคม-ธันวาคม,2519). **การคาดคะเนกำหนดคลอดและการจับอาการหดรัดตัวของมดลูกด้วยมือทางหน้าท้องของผู้ตั้งครรภ์.** **วารสารการแพทย์, 4-18.**

สุปราณี อ้นธเสรี, ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (มกราคม-มีนาคม, 2533). ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. *วารสารพยาบาล*, 39(1), 31-43.

สุปราณี อ้นธเสรี และคณะ. (2533). ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุภาพ วาดเขียน. (2525). *เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิดและวิธีหาคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

สุรีย์ สิมาร์ักษ์ และธีระ ทองสง. (2530). *การตั้งครรภ์และการคลอด*. เชียงใหม่ : บริษัทเชียงใหม่สหนวิกิจ จำกัด.

สุลี ร้อยคณหา. (2521). การเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติตนในระยะคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุวรรณณี ศรีจันทร์อาภา. (2527). *ความพร้อมในการเป็นบิดามารดาของบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุวรรณณี เวทีบวรวงศ์. (พฤศจิกายน, 2538). ช่วงเวลาก่อนคลอดภาวะที่แม่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญ. *รักลูก*, 154, 67-72.

สุดใจ นางาม. (มกราคม-มีนาคม, 2540). การส่งเสริมสมรรถภาพของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด. *วารสารวิชาการเขต12*, 8(1), 37-42.

ศศิธร มณีแสง. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด กับ การปรับตัวของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง. (2530). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดปกติในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ศิริพันธ์ ศิริพันธ์. (2536). ความคาดหวังในการเลี้ยงดูบุตร การมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบิดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อรพินธ์ เจริญผล, มาลี เลิศมาลีวงศ์ และอุษา เชื้อหอม. (กรกฎาคม-กันยายน, 2536). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์. **11(3)**, 186-195.

อุษา เชื้อหอม. (2534). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

เอื้อมพร ทองกระจาย และคณะ. (2528). การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

Affonso, D.D.(1979). Application of psychosocial concepts. In A.L. Clark ; D.D. Affonso & T.R. Harris(Eds.), **Childbearing : A nursing perspective**. (2nd ed.), (p.p.345-373). Philadelphia : F.A. Davis Company.

Barbara, S. (1984, March). Control of pain in labour. **Nursing Mirror**. **7**, 31-33.

Barbieri, R.L. (1991, January-February). Labour in the primigravid patient. **Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility**. **14**, 9-31.

Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issues. In B.H. Gottlub(Eds.), **Social networks and social support**.(p.p.69-95). Beverly Hill : Sage Publications.

- Bobak, I.M. & Jensen, M.D. (1991). **Essentials of maternity nursing**. (3rd ed.). St. Louis : Mosby.
- Bobak, I.M. & Jensen, M.D. (1993). **Maternity and gynecologic care**. (5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Bonica, J.J. (1994). Labour pain. In P.D. Well & R. Melzack (Eds.), **Text book of pain**. (3rd ed.),(p.p.615-630). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Bonica, J.J. et.al.(1990).**The management of pain**. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Brown, M.A. (1986). Social support during pregnancy : A unidimensional or Multidimensional construct. **Nursing Research**. **35**(2), 4-9.
- Brown, M.A. (1986, March./April.). Social support, stress and health : A comparison of expectant mothers and fathers. **Nursing Research**. **35**(2), 72-75.
- Burroughs, A. (1992). **Maternity nursing : An introduction text**. (6th ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Chapman, L.L. (1992, March./April.). Expectant father, roles during labor and birth. **Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing**. **21**(2), 114-120.
- Chapman, L.R. & Syrjala, K.L. (1990). Measurement of pain. In J.J. Bonica et.al. (Eds.). **The management of pain**. (p.p.580-594). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Chark, A.; Affonso, D. & Harris, T. (1979). **Childbearing : A nursing perspective**. (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Cranley, M.S. (1981, March). Root of attachment : The relationship of parents with their unborn. **Birth Defects**. **17**(6), 59-83.

- Cronenwett, L.A. (1985, March./April.). Network structure, social support, and psychological outcome of pregnancy. **Nursing Research**. **34**(2), 93-99.
- Cunningham, F.G. et.al. (1997). **Williams Obstetric**. (20th ed.). New Jersey : Prentice Hall.
- Dick-Read, G. (1984). **Childbirth without fear**. New York : Haper and Rows Publisher.
- Diehl, K. (1997, March./April.). Adolescent Mothers : What produces positive mother-infant interaction. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. **22**, 89-95.
- Dodson, M.E. (1985). **The management of postoperative pain**. London : Edward Arnold.
- Farrer, H. (1990). **Maternity care**. (2nd ed.). Melbourne : Churchill Livingstone.
- Feldman, H.R. (1991). Pain. In M.L. Patrick, et.al.(Eds.).**Medical-surgical nursing : Pathophysiological concepts**. (p.p.32-115). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Gagnon, A. et.al. (1997, June). A Randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. **Birth**. **24**(2), 71-77.
- Gorrie, T.M.; McKinney, E.S. & Murray, S.S. (1994). **Fundamental of maternal newborn nursing**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social network and social support : An overview of research, practice, and policy implication. **Health Education Quarterly**. **12**(1), 5-22.
- Hodnett, E. (1996, March./April.). Nursing support of the labour woman. **Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing**. **25**(3), 257-246.
- Hodnett, E. et.al. (1996). A strategy to promote research-based nursing care effects on childbirth outcomes. **Research in Nursing & Health**. **19**, 13-20.

- House, J.S. (1981). **Work, stress and social support**. London : Addison Wesley.
- Hubman, M. (1982, June). Endogenous opiate and pain. **Advances Nursing Science**. 4, 66.
- Jacobson, D.E. (1986, September). Types and timing of social support. **Journal of Health and Social Behavior**. 27, 250-263.
- Jacox, A.K. (1977). **Pain : A source book for nurses and other health professional**. (5th ed.). Boston : Little Brown and Company.
- James, J. (1990). Being a birth attendant. **New Generation**. 9(2), 22-25.
- Jensen, M.D. et.al. (1981). **Maternity care**. (2nd ed.). St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Johnson, M. (1977). Assessment of clinical pain. In A.K. Jacox(Ed.). **Pain : A source book for nurses and other health professional**.(5th ed.), (p.p.139-166). Boston : Little Brown and Company.
- Jones, B. (1985). Who says it doesn't hurt. **Nurse Mirror**. 160, 29-31.
- Kennell, J. et.al. (1991, May). Continuous emotional support during labor in a US hospital. **The Journal of the American Medical Association**. 265(17), 2197-2201.
- Kozier, B. (1983). **Fundamentals of nursing**. (2nd ed.). Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York : Springer Publishing.
- Lederman, E. et.al. (1981, April). Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 956-958.

- Light, H.K. & Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. **118**, 46-50.
- Lindsey, A.M. (1988). Social support conceptualization and measurement instrument. In S.M. Frank(Ed.). **Instrument for clinical nursing research**. (p.p.107-118). Norwork : Appleton & Lange.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. (1987). **Medical-surgical nursing : A psychophysiologic approach**. (3rd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Mackey, M.C. (1990). Women's preparation for the childbirth experience. **Maternal-Child Nursing Journal**. **19**, 143-173.
- MacLaren, A. (1994). **Concepts and activities : Maternal neonatal nursing**. Pennsylvania : Syringhouse Corporation.
- May, K.A. (1982, November./December.). Three phases of father involvement in pregnancy. **Nursing Research**. **31**(16), 337-342.
- May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (1990). **Comprehensive maternity nursing**. (2nd ed.). St. Louis : J.B. Lippincott Company.
- May, K.A. & Mahlmeister, L.R.(1994). **Maternal and neonatal nursing : family centered care**.(3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- McCaffery, M. (1979). **Nursing management of the patient with pain**. (2nd ed.). Philadelphia : J.B. lippincott Company.
- Mercer, R.T. (1981, March./April.). A Theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. **Nursing Research**. **30**, 202-207.

- Mercer, R.T.; Hackley, K.C. & Boston, A.G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to childbirth. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. **32**, 202-207.
- Moore, D. (1983, March./April.). Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. **32**(2),73.
- Morgan, B.S.& Barden, M.E. (1985). Unwed and pregnan : nurses' attitudes toward unmarried mothers. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. **10**, 114-118.
- Myles, M.F. (1981). **Textbook for midwives**. (9th ed.). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Neeson, D.J. & May, A.K. (1986). **Comprehensive maternity nursing**. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Norbeck, J.S. (1981, July). Social support : A mode for clinical research and application. **Advances in Nursing Science**. **3**, 43-59.
- Norbeck, J.S. & Anderson, N.J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. **Research in Nursing & Health**. **12**(5), 281-287.
- Norbeck, J.S. et.al. (1981). The development of an instrumental to measure social support. **Nursing Research**. **30**(5),264-269.
- Norr, K.L. et.al. (1977). Explaining pain and enjoyment in childbirth. **Journal of Health and Social Behavior**. **18**, 260-275.
- Olds, S.B. ; London, M.L. & Ladewig, P.A. (1988). **Maternal newborn nursing : A family centered approach**. California : Addison-Wesley Publishing Company.

- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). **Health promotion in nursing practice**. (2nd ed.).
Norwork : Appleton & Lange.
- Peric, K.W. (1984). The understanding and management of acute pain in adult : The
nursing contribution. **International Journal of Nursing Studies**. **21** : 131 -143.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support : the social inoculation. **American Journal
Orthopsychiat**. **52**(1), 20-31.
- Pillitteri, A. (1981). **Maternal-newborn nursing : care of the growing family**. (2nd ed.).
Boston : Little.
- Reading, A.E. (1989). Testing pain mechanism in persons in pain. In P.D. Well & R.
Melzack. (Eds.) **Text book of pain**. (2nd ed.), (p.p.269-280). Edinburgh : Churchill
Livingstone.
- Reeder, S.J. & Martin, L.L. (1987). **Maternity nursing : family newborn and women's health
care**. (16th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Robert, J.E. (1983). Factors influencing distress from pain during labour. **American Journal
Maternal/Child Nursing**. **8**, 62-66.
- Russel, C.S. (1974, May). Transition to parenthood : problems and gratifications. **Journal of
Marriage and the Family**. **36**, 294-302.
- Schaefer, C.; Coyne, J. & Lazarus, R. (1981). The health - related functions of social
support. **Journal of Behavioral Medicine**. **4**(4), 381-406.
- Stewart, M.J. (1989). Social support instruments created by nurse investigators.
Nursing Research. **38**(5), 268-275.

Taylor, M. (1991, May). Providing emotional support. **Nursing Times**. 87(22), 66.

Thoits, P.A. (1982, June). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**. 22, 145-159.

Vehvilainen-Julkunen, K. (1995, October). Family training : supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. **Journal of Advanced Nursing**. 22(4), 731-737.

Wilson, R.W. & Elmassion, B.J. (1981, April). Endorphine. **American Journal of Nursing**. 81, 722 - 725.

Zlatnik, F.J. (1994). Normal labor and delivery. In J.R. Scott; et.al. (Eds.). **Danforth's obstetrics and gynecology**.(7th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสฺณกุล ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วังจันทร์ เพ็ชรพิเชษฐ์เชียร ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์ ภาควิชาสูติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. นางเสงี่ยม เตชะภัทรกุล หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

มาตรสวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์

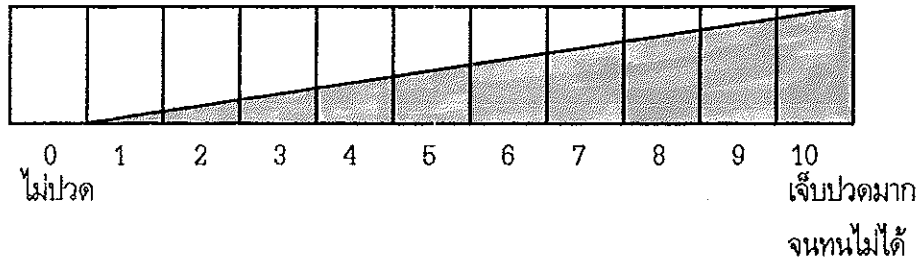
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

- () กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี
 () กลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี 1-2
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว
1. อายุ
 (1) 20 - 25 ปี (2) 26 - 30 ปี 3
2. ระดับการศึกษา
 (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา (3) สูงกว่ามัธยมศึกษา 4
3. อาชีพ
 (1) ใช้แรงงาน (2) ไม่ใช้แรงงาน 5
4. อายุของสามี
 (1) 20 - 25 ปี (2) 26 - 30 ปี 6
5. ระดับการศึกษาของสามี
 (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา (3) สูงกว่ามัธยมศึกษา 7
6. อาชีพของสามี
 (1) ใช้แรงงาน (2) ไม่ใช้แรงงาน 8
7. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)
 (1) 3,000 6,000 (2) 6,001-10,000 (3) 10,001 บาทขึ้นไป 9
8. สถานภาพสมรส
 (1) จดทะเบียนสมรส (2) ไม่ได้จดทะเบียนสมรส 10
9. การเตรียมปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์
 (1) ได้รับการสอน (2) ไม่ได้รับการสอน 11
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด
1. การกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
 (1) ได้รับ (2) ไม่ได้รับ 12
2. การแตกของถุงน้ำคร่ำ
 (1) แตกเอง (2) เจาะถุงน้ำคร่ำ 13
3. ระยะเวลาการคลอด ชั่วโมง นาที

แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

พฤติกรรม	3	2	1
การแสดงออกของเสียง	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ส่งเสียงร้องครางใด ๆ - พุดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ - ไม่มีเสียงถอนหายใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้องครางเบา ๆ - พุดคุยด้วยน้ำเสียงเบาหรือดังผิดปกติ - ร้องให้เจ็บ ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้องครางเสียงดัง - เอะอะโวยวาย - ร้องให้เสียงดัง - หวีดร้อง
การแสดงออกของการเคลื่อนไหว	<ul style="list-style-type: none"> - นิ่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย,สงบ - เปลี่ยนท่าทางอย่างเหมาะสม - ไม่กระสับกระส่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - เคลื่อนไหวส่วนของร่างกายด้วยความไม่สบายได้แก่ เกร็งมือ เกร็งเท้า กำมือบิดมือ บิดเท้า มือยึดเกาะเตียง 	<ul style="list-style-type: none"> - กระสับกระส่ายบิตตัวไปมาหรือเกร็งทั้งตัว
	การแสดงออกของการหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมการหายใจได้ไม่สม่ำเสมอแต่พยายามที่จะควบคุมการหายใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถควบคุมการหายใจหรือไม่พยายามที่จะควบคุมการหายใจ
การแสดงออกของใบหน้า	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย - เรียบเฉยหรือยิ้ม 	<ul style="list-style-type: none"> - หลับตาแน่นหรือคิ้วขมวดหรือเม้มปากขมริบฝีปากขณะที่มีตลุกหดรัดตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - หน้าตาบิดเบี้ยวหรือกัดฟันใบหน้าเกร็งเกือบหรือตลอดเวลาที่มีตลุกหดรัดตัว
การแสดงออกของคำพูด	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่พูด ไม่บ่นถึงความเจ็บปวด - คำพูดที่แสดงถึงความพยายาม ความอดทนหรือพูดปลอบตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - พุดบ่นถึงความเจ็บปวดหรือความไม่สบายบ้างหรือร้องขอความช่วยเหลือบ้างเป็นบางครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - พุดอย่างหมดหวังที่แสดงว่าไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดอีกแล้ว หรือร้องขอความช่วยเหลือเกินความจำเป็นบ่อย ๆ เช่น ขอให้ผ้าห่มคลุม เป็นต้น

มาตรสั้วัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์



มาตรสั้วัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ใช้วัดระดับความเจ็บปวดโดยมีพื้นที่สีแดงแทนความเจ็บปวด พื้นที่สีแดงเพิ่มมากขึ้น หมายถึง มีความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้น จัดลำดับการให้คะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวดเลยและไม่มีพื้นที่สีแดงเลย ส่วนคะแนน 10 หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ และมีพื้นที่สีแดงมากที่สุด

วิธีการใช้ ให้หญิงตั้งครรภ์บอกถึงระดับความเจ็บปวด บนพื้นที่สีแดงตามมาตรสั้วัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ ในการวัดระดับความเจ็บปวดแต่ละครั้ง วัดขณะที่มดลูกหดตัวเต็มที่

ภาคผนวก ค.**ตารางแสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง**

- ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ตาราง 7 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง
- ตาราง 8 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม
- ตาราง 9 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง
- ตาราง 10 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1.	12.5	13
2.	11.75	14.25
3.	13.25	10
4.	12	9.75
5.	10.25	11.75
6.	13	8.25
7.	12	6
8.	13.33	10.5
9.	13.25	13.25
10.	13	13.33
11.	11.25	12.33
12.	14.33	12.5
13.	13	11
14.	11.33	9.33
15.	13	9.75
16.	13.5	11.75
17.	14.5	10.67
18.	13.67	10.75
19.	12.75	11.5
20.	13.67	10.67
21.	14.5	9.5
22..	12.75	11
23.	13	9.33
24.	14	10.33
25.	13	13.33
26.	11.75	9
27.	13.67	11.67
28.	11	12.33
29.	14.25	11.5
30.	12	11.25

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1.	6	6.75
2.	5.5	6.25
3.	4.5	7
4.	7.33	9.25
5.	7.25	6.5
6.	6	9
7.	5.67	7.5
8.	5.67	7.25
9.	4.75	7.5
10.	5	2.33
11.	6	8
12.	5.67	7.25
13.	5.67	9
14.	7	7.67
15.	5.75	8.75
16.	7	8.5
17.	5.75	7.33
18.	7	8.25
19.	6.75	7.5
20.	6.25	8
21.	4.25	8.5
22.	5	8.67
23.	7.33	7.67
24.	5	7
25.	4.5	5.33
26.	7.25	7.75
27.	5	8.33
28.	8	6.67
29.	5.5	7.5
30.	7.33	6.5

ตาราง 7 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง

รายที่	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
1	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	3	2	2	2	3	12
	4	3	2	2	2	2	11
2	1	3	2	2	2	3	12
	2	3	2	2	1	3	11
	3	3	2	2	2	3	12
	4	3	2	2	2	3	12
3	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	2	3	2	3	13
	4	1	2	2	2	3	10
4	1	3	3	3	3	3	15
	2	2	2	2	2	3	11
	3	1	2	2	2	3	10
5	1	2	2	2	2	2	10
	2	1	2	2	2	2	9
	3	2	2	2	2	3	11
	4	2	2	2	2	3	11
6	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	3	2	2	2	3	12
7	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	2	2	2	2	3	11
	4	2	2	2	2	2	10
8	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	2	2	2	2	2	10

ตาราง 7 (ต่อ)

รายชื่อ	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
9	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	2	2	2	3	12
	4	2	2	2	2	3	11
10	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	3	2	2	2	3	12
11	1	3	2	2	2	3	12
	2	3	2	2	2	3	12
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	2	2	2	3	11
12	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	2	3	3	14
	3	3	3	2	3	3	14
13	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	3	2	2	2	3	12
14	1	3	3	3	3	3	15
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	1	9
15	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	2	2	2	2	3	11
	4	2	2	2	2	3	11
16	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	2	3	2	3	13
	4	2	2	2	2	3	11

ตาราง 7 (ต่อ)

รายที่	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของไป หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
17	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	3	3	3	3	15
	4	3	2	3	2	3	13
18	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	3	3	13
	3	3	2	2	3	3	13
19	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	2	3	14
	3	3	2	2	2	3	12
	4	2	2	2	2	2	10
20	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	2	2	2	2	3	11
21	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	3	3	3	3	15
	4	3	2	3	2	3	13
22	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	3	2	3	13
	3	3	2	2	2	3	12
	4	2	2	2	2	3	11
23	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	3	2	2	2	3	12
24	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	2	3	3	14
	3	3	3	2	2	3	13

ตาราง 7 (ต่อ)

รายที่	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
25	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	2	3	14
	3	2	3	2	2	3	12
	4	2	2	2	2	3	11
26	1	3	2	3	3	3	14
	2	2	2	3	3	3	13
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	2	2	2	2	10
27	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	2	3	14
	3	2	3	2	2	3	12
28	1	3	3	2	2	3	13
	2	2	2	2	2	3	11
	3	2	1	2	2	2	9
29	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	3	3	3	3	3	15
	4	3	2	2	2	3	12
30	1	3	3	3	3	3	15
	2	2	2	2	2	3	11
	3	2	1	2	2	3	10

ตาราง 8 แสดงผลการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม

รายที่	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
1	1	3	3	3	2	3	14
	2	3	2	3	2	3	13
	3	3	2	3	2	3	13
	4	3	2	3	2	3	12
2	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	2	3	14
	3	3	3	3	2	3	14
	4	3	3	3	2	3	14
3	1	2	2	2	2	2	10
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	2	2	2	2	10
4	1	2	2	3	2	3	12
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
	4	1	1	2	1	2	7
5	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	3	2	3	13
	3	2	2	2	2	2	10
	4	1	2	2	2	2	9
6	1	2	2	2	2	2	10
	2	2	2	2	1	2	9
	3	1	1	2	1	2	7
	4	1	1	2	1	2	7
7	1	1	1	2	1	1	6
	2	1	1	2	1	1	6

ตาราง 8 (ต่อ)

รายชื่อ	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของไม้ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
8	1	3	3	3	3	3	15
	2	2	2	2	2	3	11
	3	2	2	2	1	2	9
	4	1	1	2	1	2	7
9	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	3	2	3	13
	3	3	2	3	2	3	13
	4	3	2	2	2	3	12
10	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	3	3	3	15
	3	2	2	2	2	2	10
11	1	3	3	3	2	3	14
	2	3	2	2	2	3	12
	3	2	2	2	2	3	11
12	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	3	2	2	3	13
	3	3	2	2	2	3	12
	4	2	2	2	2	2	10
13	1	3	2	2	2	2	11
	2	3	2	2	2	2	11
	3	3	2	2	2	2	11
14	1	2	2	2	2	2	10
	2	2	2	2	2	2	10
	3	1	1	2	2	2	8

ตาราง 8 (ต่อ)

รายชื่อ	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
15	1	2	2	2	2	3	12
	2	2	2	2	2	2	10
	3	1	2	2	2	1	8
	4	1	2	2	2	2	9
16	1	3	2	3	2	3	13
	2	3	2	3	2	3	13
	3	3	2	2	2	3	12
	4	2	1	2	1	3	9
17	1	3	2	2	2	3	12
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
18	1	3	3	3	2	3	14
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	1	2	2	2	9
19	1	3	3	3	2	3	14
	2	3	3	2	2	3	13
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	1	2	2	2	9
20	1	3	2	3	2	3	13
	2	2	2	2	2	3	11
	3	2	1	2	1	2	8
21	1	3	2	2	2	2	11
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
	4	1	1	2	2	1	7

ตาราง 8 (ต่อ)

รายชื่อ	ครั้งที่	การแสดง ออกของ เสียง	การแสดง ออกของ การเคลื่อนไหว	การแสดง ออกของ การหายใจ	การแสดง ออกของใบ หน้า	การแสดง ออกของคำ พูด	รวม
22	1	3	3	2	2	3	13
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	2	2	10
23	1	2	2	2	2	3	11
	2	2	2	2	2	2	10
	3	1	2	2	1	1	7
24	1	3	2	2	2	3	12
	2	2	2	2	2	3	11
	3	2	1	2	1	2	8
25	1	3	3	3	2	3	14
	2	3	2	3	2	3	13
	3	3	2	3	2	3	13
26	1	2	2	2	2	2	10
	2	2	2	2	2	2	10
	3	2	2	2	1	2	8
	4	2	2	2	1	2	8
27	1	3	2	3	2	3	13
	2	3	2	2	2	2	11
	3	3	2	2	2	2	11
28	1	3	3	3	3	3	15
	2	3	2	2	2	3	12
	3	2	2	2	2	2	10
29	1	3	2	2	2	3	12
	2	2	2	2	2	3	11
30	1	3	2	3	2	3	13
	2	3	2	3	2	3	13
	3	2	2	2	2	2	10
	4	2	2	2	1	2	9

ตาราง 9 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ รายที่	1	2	3	4	รวม
1	5	6	6	7	24
2	4	4	6	8	22
3	3	5	5	6	18
4	5	8	9	-	22
5	6	7	7	9	29
6	3	6	7	8	24
7	4	6	7	-	17
8	4	5	8	-	17
9	3	4	5	7	19
10	3	6	6	-	15
11	5	5	7	7	24
12	4	6	7	-	17
13	3	6	8	-	17
14	5	7	9	-	21
15	4	5	6	8	23
16	5	6	8	9	28
17	5	5	6	7	23
18	5	7	9	-	21
19	5	6	7	9	27
20	5	5	7	8	25
21	3	3	4	7	17
22	3	4	5	8	20
23	5	8	9	-	22
24	3	5	7	-	15
25	3	3	5	7	18
26	5	7	8	9	29
27	3	5	7	-	15
28	7	8	9	-	24
29	5	5	5	7	22
30	5	8	9	-	22

หมายเหตุ - หมายถึง สิ้นสุดการศึกษาเนื่องจากปากมดลูกเปิดมากกว่า 8 เซนติเมตร

ตาราง 10 แสดงผลการวัดระดับความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ รายที่	1	2	3	4	รวม
1	2	8	8	9	27
2	5	6	7	7	25
3	6	6	8	8	28
4	8	9	10	10	37
5	5	6	9	8	26
6	9	9	7	9	36
7	7	8	-	-	15
8	5	7	8	9	29
9	6	7	8	9	30
10	1	1	5	-	7
11	6	8	10	-	24
12	5	6	8	10	29
13	8	9	10	-	27
14	6	7	10	-	23
15	6	9	10	10	35
16	7	8	9	10	34
17	6	7	9	-	22
18	6	8	9	9	33
19	4	7	9	10	30
20	6	8	10	-	24
21	7	10	7	10	34
22	7	9	10	-	26
23	6	7	10	-	23
24	6	7	8	-	21
25	4	4	8	-	16
26	5	7	9	10	31
27	6	9	9	-	25
28	4	7	9	-	20
29	5	10	-	-	15
30	3	5	8	10	26

หมายเหตุ - หมายถึง สิ้นสุดการศึกษาเนื่องจากปากมดลูกเปิดมากกว่า 8 เซนติเมตร

ภาคผนวก ง.

การแสดงออกของสามีมื้อหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมที่สามีแสดงออกต่อหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะนั่งอยู่เป็นเพื่อน จับมือ พุดปลอบใจภรรยา ช่วยเช็ดหน้าเช็ดตัว ช่วยบีบนวดบริเวณบั้นเอวและต้นขา สัมผัสเบาๆ บริเวณหน้าท้องขณะมดลูกแข็งตัว

บางรายพยายามช่วยควบคุมการหายใจโดยบอกให้ภรรยาหายใจเข้าออก ตามวิธีการที่ได้ฟังจากพยาบาลแนะนำหญิงตั้งครรภ์ ขณะที่พยาบาลเข้าไปให้การพยาบาลตามปกติ

บางรายพยายามช่วยจับมือภรรยาลูบหน้าท้องให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออกขณะมดลูกหดตัว ตามวิธีการที่ได้เห็นจากพยาบาลที่เข้าไปให้การพยาบาลตามปกติ

บางรายพยายามพูดคุยกับภรรยาหลายๆ บางรายนั่งเงียบๆ แต่จะลุกขึ้นเปลี่ยนที่นั่งไปข้างเตียงด้านที่ภรรยาอนตะแคงข้างไปเสมอ

บางรายมีสีหน้าและแววตาที่แสดงออกถึงการรับรู้และเห็นใจภรรยา ในขณะที่ภรรยาแสดงความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดตัว

ภาคผนวก จ.**การพิทักษ์สิทธิหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด**

ในการวิจัยครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในโครงการจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากได้รับการแนะนำตน บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยจากผู้วิจัยดังนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ วีรวรรณ ภาษาประเทศ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่องผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดให้มีประสิทธิภาพ จึงใคร่ขอความร่วมมือของท่านเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยในระหว่างการวิจัยหญิงตั้งครรภ์จะไม่ได้รับยาระงับปวดใด ๆ แต่ถ้าแพทย์พิจารณาว่าสมควรต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใช้ยาระงับปวด การวิจัยจะยุติทันทีและหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการพยาบาลตามปกติต่อไป

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

ภาคผนวก ฉ.

สูตรทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

1. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต โดยวิธีของวิลเลียม เอ สกอตต์ (William A. Scott)

$$\text{ความเชื่อมั่น} = \frac{P_o - P_e}{1.00 - P_e}$$

P_o = อัตราส่วนของค่าที่น่าจะเป็น (Probability) ของการสังเกตพฤติกรรมได้ตรงกันของผู้สังเกตสองคน

P_e = อัตราส่วนตรงกันของความน่าจะเป็นของการสังเกตพฤติกรรมได้ตรงกัน ที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญโดยเลือกผลจากการสังเกตคนใดคนหนึ่ง

2. มาตรการวัดความเจ็บปวดของพรินริ่งเจอร์

คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

$$R_{xy} = \frac{N \sum YX - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

R_{xy} = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

N = จำนวนของผู้ถูกทดสอบ

X = คะแนนที่ได้จากมาตรการวัดความเจ็บปวดของพรินริ่งเจอร์

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนที่ได้จากมาตรการวัดระดับความเจ็บปวด

Y = คะแนนที่ได้จากมาตรการวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย

$\sum Y$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนที่ได้จากมาตรการวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย

$\sum YX$ = ผลรวมทั้งหมดของผลคูณระหว่างคะแนนที่ได้จากมาตรการวัดความเจ็บปวดกับคะแนนที่ได้จากมาตรการวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางวีรวรรณ ภาษาประเทศ

วัน เดือน ปีเกิด 4 มิถุนายน 2504

สถานที่เกิด จังหวัดนครศรีธรรมราช

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา

2527

เทียบเท่าปริญญาตรี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2527 - ปัจจุบัน

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 7 (วช.)

สถานที่ทำงาน : ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา