

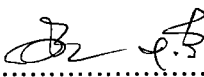
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

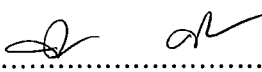
นราภรณ์ ฤทธิเรือง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

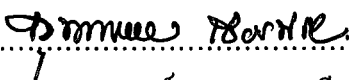
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นราภรณ์ ฤทธิเรือง ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

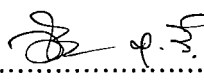
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

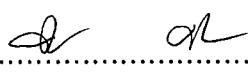

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุขศรี)

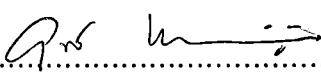

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุขศรี)


.....กรรมการ
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์พริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่เป็นอย่างดี ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ให้คำชี้แนะ และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนผู้มีความเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจ และสนับสนุน ผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตแด่บุพการี บุรพคณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและ ประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

นราภรณ์ ฤทธิเรือง

52921193: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ/ การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด/ การรับรู้
ประสบการณ์การคลอด

นราภรณ์ ฤทธิเรือง: ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความ
เจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด (EFFECTS OF
EMPOWERMENT PROGRAM ON LABOUR PAIN COPING AND WOMEN'S
PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิริยา
ศุภศรี, วท.ม., สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Ph.D. 75 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ผู้คลอดที่มีพลังอำนาจจะสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ และมีการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด
พัทลุง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความ
เจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ
พรรณนาและสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่า และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้
ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ควรมีโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไป
ประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการ
รับรู้ประสบการณ์การคลอด

529211193: MAJOR: ADVANCED MISWIFERY: M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: EMPOWERMENT/ PAIN COPING/ PERCEPTION OF CHILDBIRTH
EXPERIENCE

NARAPORN RITTHIRUANG: EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON
LABOUR PAIN COPING AND WOMEN'S PERCEPTION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE.
ADVISORY COMMITTEE: PIRIYA SUPPASRI, M.S., SUPIT SIRIARUNRAT, Ph.D. 75 P.
2016.

Empowering women could cope with labor pain and perceive a good childbirth experience. The purposes of this quasi-experimental research was to determine the effect of empowerment program on labor pain coping and perception of childbirth experience. The samples consisted of 60 pregnant women receiving antenatal service and delivery at a hospital in Phatthalung province. They were divided into 2 groups of 30, control group receiving the regular care and experimental group receiving the empowerment program. The research instruments were the demographic record form, coping behaviors with labor pain observation record, and the perception of childbirth experience questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and independent *t*-test.

The results showed that average scores of coping behaviors with labor pain and the perception of childbirth experience in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($p < .001$). The research findings suggested that nurses at antenatal clinics should apply this empowerment program to enhance coping behaviors with labor pain and the perception of child birth experience among pregnant women.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	7
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด.....	15
การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
รูปแบบการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	30
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	35
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
5 สรุปและอภิปรายผล.....	38
สรุปผลการวิจัย.....	38
อภิปรายผลการวิจัย.....	39
ข้อเสนอแนะ.....	42
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	42
บรรณานุกรม.....	43
ภาคผนวก.....	54
ภาคผนวก ก.....	55
ภาคผนวก ข.....	57
ภาคผนวก ค.....	64
ภาคผนวก ง.....	66
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	75

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว.....	35
2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ คลอระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม.....	37
3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม.....	37

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2	ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มดลูกมีการหดตัว เพื่อขับทารกและรกออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ซึ่งการหดตัวของมดลูกทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง เกิดการถ่างขยายของปากมดลูก การดึงรั้งของเอ็นต่างๆในบริเวณอุ้งเชิงกราน ส่งผลให้เกิดการบีบและการบาดเจ็บของตัวรับความรู้สึก จึงทำให้เกิดความเจ็บปวด (Gupta, Anand, Kumar, & Singhal, 2006) ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่มักจะมองว่าการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้คลอดบางรายต้องร้องขอยาแก้ปวด ซึ่งยาแก้ปวดแม้จะช่วยลดความเจ็บปวด ผู้คลอดสามารถพักได้ แต่ฤทธิ์ของยาก็อาจจะทำให้ การถ่างขยายของปากมดลูกหยุดชะงัก การคลอดไม่ก้าวหน้าได้ (Kukul & Demirok, 2008) นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาแก้ปวดยังไปกดการหายใจของทารกในครรภ์ กดศูนย์หายใจของผู้คลอด ทำให้การหายใจช้าลงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ทำให้การไหลเวียนของโลหิตที่ผ่านไปยังรกลดลงอาจทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนได้ (Thorp & Breedlove, 1996)

ความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้คลอด (Melzack, Kinch, Dobkin, Lebrun, & Taenze, 1984) โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความกลัวมาก ทั้งกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวตนเองและบุตรจะได้รับอันตราย หรือเสียชีวิต กลัวบุตรพิการจากการศึกษา พบว่า ผู้คลอดที่มีความกลัว ความวิตกกังวลสูง จะมีผลทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง ระยะเวลาการคลอดล่าช้าออกไป (Reeder & Martin, 1987) ซึ่งจะสังเกตได้จากผู้คลอดที่มีความกลัว จะแสดงพฤติกรรมสนองตอบต่อความเจ็บปวดโดยการร้องครวญคราง ทูรันทูราย พฤติกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า และทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดและความกลัวเพิ่มมากขึ้น ร่างกายเกิดความตึงเครียดมากขึ้น เมื่อร่างกายมีความตึงเครียดมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น (Durham, 2002) เกิดเป็นวงจรของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain-cycle) (Dick-Read, 1984) นอกจากนี้ จากความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต เมื่อผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก จะทำให้จิตใจเกิดความกลัว ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ความเจ็บปวดจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขवालัษณ์ เสรีเสถียร, จวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2555) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความเจ็บปวดในผู้คลอดแต่ละรายจะแตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด ได้แก่ อายุ หญิงตั้งครรภ์

ที่มีอายุน้อย จะมีการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดรุนแรงมากกว่ามารดาที่มีอายุมาก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มารดาครรภ์แรกจะมีความเจ็บปวดมากกว่ามารดาครรภ์หลัง ความพร้อมในการเตรียมตัวคลอด ความกังวลสูงจะทำให้เพิ่มระดับความเจ็บปวด (Klossner, 2006) ความมั่นใจในความสามารถของตนในการควบคุมการคลอด ความตระหนักเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการคลอด ความกลัวต่อความเจ็บปวด การเปิดขยายของปากมดลูก และความถี่ของการหดตัวของมดลูก (Lowe, 1989) แต่ปัจจัยสำคัญที่สุดต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด คือ ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการคลอด (Lowe, 1991)

การที่ผู้คลอดไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ผู้คลอดร้องขอกิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น หรือต้องการพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มาก รวมทั้งยกการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดให้เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด จะสามารถช่วยตัวเองและบุตรนั้นปลอดภัย การที่ผู้คลอดไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการคลอดที่ธรรมชาติได้สร้างไว้ให้ ดังเห็นได้จากการร้องขอการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นหรือไม่มีข้อบ่งชี้ที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ไม่เกินร้อยละ 15 (ธีระ ทองสง, 2559) ซึ่งการผ่าตัดคลอดนั้น จะมีความเสี่ยงต่อการตายของมารดาเพิ่มขึ้นมาก ภาวะแทรกซ้อนของยาเสพติด การติดเชื้อหลังคลอด การอุดตันของหลอดเลือดดำ เสี่ยงต่อการตายของมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น และมี ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อทารก เช่น การบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอด ปัญหาด้านการหายใจ และความเสี่ยงของโรคหอบหืด (Lothian, 2006) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด น่าจะช่วยให้ผู้คลอดลดการพึ่งพากิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นและร้องขอการผ่าตัดคลอด ซึ่งลดการผ่าตัดคลอดลง

กลยุทธ์หนึ่งใน การส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้คลอด ซึ่งต้องเตรียมผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด (Kameda & Shimada, 2008) และเป็นบทบาทที่แผนกสูติกรรมสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในปัจจุบันการเตรียมผู้คลอดส่วนใหญ่จะเน้นการสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์การเตรียมตัวคลอด การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด การพาชมห้องคลอดซึ่งการเตรียมผู้คลอดดังกล่าว ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการช่วยให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องคลอดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดในขณะตั้งครรภ์มาแล้ว บางส่วนยังมีพฤติกรรมร้องเอะอะ โวยวาย ทูรันทูราย เมื่อมี

อาการเจ็บครรภ์คลอดหรือขอยาบรรเทาปวด และต้องการให้พยาบาลอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้คลอดไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมผู้คลอด ผู้วิจัยเชื่อว่าสุขภาพของบุคคลเป็นความรับผิดชอบของตนเอง บุคคลมีความสามารถในการพัฒนาและตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง และพยาบาลสามารถที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้คลอดใช้ศักยภาพตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้น โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกรู้สึกคิด ทักษะที่ดีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองรวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจโดยมีผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว คือผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Sense of control) และมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง (Personal satisfaction) Gibson (1995) นั่นคือ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติ
2. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และตัวแปรตาม คือ การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกลึกซึ้ง ทักษะที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้แก่วัยนั้น ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองรวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจ

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาของผู้คลอดที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดตัว ประเมิน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Sturrock (1972) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยฉวี เบาทรวง (2526) ประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้าและด้านการตอบสนองทางคำพูด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดในระยะคลอด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการ

รับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ประกอบด้วยการรับรู้ประสบการณ์ 6 หมวด ได้แก่ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดและความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด

การเตรียมตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ จัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสรีระที่เปลี่ยนแปลงเมื่อตั้งครรภ์ การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ การเตรียมของใช้หลังคลอด และการพาลูกกลับบ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

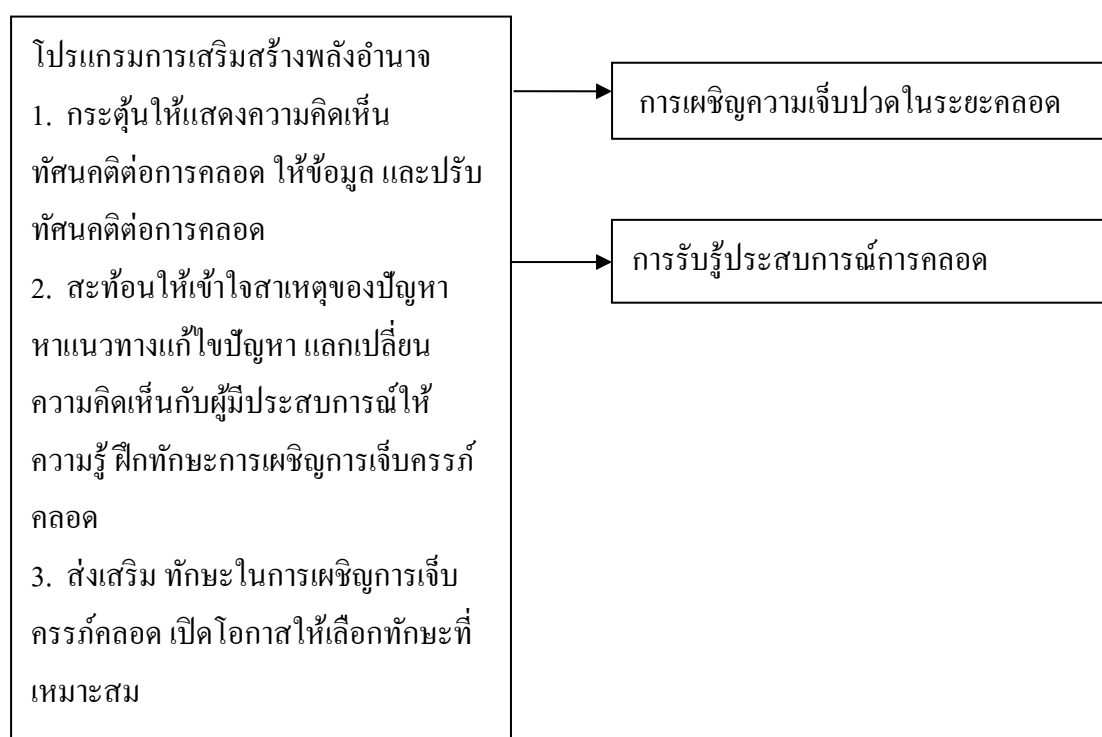
การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจภายในบุคคล (Intrapersonal process) ซึ่ง Gibson (1995) ได้แบ่งกระบวนการนี้ ออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนค้นหาสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง 2) ขั้นตอนสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflective) ทำให้บุคคลสะท้อนคิดถึงปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เรียงลำดับของปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ปัญหารวมทั้งพิจารณาเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตน 3) ขั้นตอนการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีผู้คอยชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง 4) ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลที่ตามมาของกระบวนการนี้ (Empowerment outcomes) คือ บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Sense of control) และมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง (Personal satisfaction)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกนึกคิด ทศนคติที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองรวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้

หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจ โดยมีผลลัพธ์ของที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว คือ ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Sense of control) และมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง (Personal satisfaction) นั่นคือ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ และมีการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดที่ดีดังกรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงในแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดเกิดจากการที่ระบบประสาทนำความรู้สึกผ่านไปยังกลไกการยึดขยายของปากมดลูกและการหดตัวของมดลูก ซึ่งการหดตัวของมดลูกส่งผลให้เกิดการยืดและการบิดตัวของตัวรับความรู้สึก จึงทำให้เกิดความเจ็บปวด (Rantaet al., 1995) ดังนั้นการเจ็บครรภ์จึงขึ้นตรงกับการหดตัวของมดลูก (Bonica & Chadwick, 1989) ส่งผลให้ Adrenocorticotrophic hormone และ Beta-endorphin ถูกหลั่งออกจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดและปากมดลูกที่ขยายตัว ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะลดลงในช่วงหลังคลอด (Murray & Mckimney, 2010) การคลอดจึงถือเป็นความเจ็บปวดและประสบการณ์สำคัญในชีวิต การรับรู้ความเจ็บปวดขึ้นกับปัจจัยหลายประการและมีวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด

ทฤษฎีความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดนั้น เป็นความเจ็บปวดที่สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเจ็บปวด ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ปัจจุบันนิยมใช้ 2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ได้อธิบายว่าการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดจะมีลักษณะเสมือนการเปิด-ปิดรับกระแสความเจ็บปวดของประสาทสมองส่วนกลาง (Melzack & Wall, 1996) ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

- 1.1 มีกลไกการปรับความเจ็บปวดที่กระดูกไขสันหลังบริเวณ Substantiagelatinosa ซึ่งจะมีหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าของพลังงานประสาท 2 กลุ่ม คือ โยประสาทขนาดเล็กและ

ใยประสาทขนาดใหญ่ โดยพลังงานจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กจะเปิดประตู และใยประสาทขนาดใหญ่จะทำหน้าที่ปิดประตู เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดพลังงานในใยประสาททั้ง 2 ขนาด ถ้าพลังของใยประสาทขนาดเล็กมากกว่าพลังของใยประสาทขนาดใหญ่ ประตูก็จะเปิด สมองจะมีการรับรู้ความเจ็บปวด แต่ถ้าพลังจากใยประสาทขนาดเล็กมีน้อยกว่าพลังจากใยประสาทขนาดใหญ่ ประตูก็จะปิด ไม่มีสัญญาณส่งไปยังสมองจึงไม่มีการรับรู้ความเจ็บปวด และพบว่าใยประสาทขนาดใหญ่จะอยู่ใต้ผิวหนังเป็นส่วนมาก (Simkin & Bolding, 2004) ดังนั้น ถ้ามีการกระตุ้นผิวหนังโดยการถูบ การนวด การประคบ หรือการถูบริเวณหลังจะช่วยลดความเจ็บปวดให้กับผู้คลอได้

1.2 การส่งสัญญาณจาก Reticular formation ในก้านสมอง (Brain stem) การทำงานของ Reticular formation โดยการปรับระดับปริมาณความรู้สึกรับรู้ของพลังงานใยประสาทเข้าสู่สมอง จากส่วนต่างๆของร่างกายให้เหมาะสมเกิดขึ้นอยู่อย่างสม่ำเสมอ ถ้าพลังงานนำเข้ามาจำนวนมาก โดยเกิดการกระตุ้นจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากตา หรือจากหู จะมีการยับยั้งการทำงานของ Reticular formation เพิ่มขึ้น จนเป็นสาเหตุทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งผ่านสัญญาณประสาท ทำให้ความเจ็บปวดไม่ถึงสมอง (Simkin & Bolding, 2004) จึงไม่เกิดความเจ็บปวด มีการนำวิธีต่าง ๆ มาใช้กับผู้คลอเพื่อยับยั้งพลังงานจากใยประสาทให้เข้าสู่สมองน้อยลงโดยการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด

1.3 การส่งสัญญาณจากเปลือกสมอง (Cerebral cortex) และทาลามัส (Thalamus) สัญญาณจากเปลือกสมอง และทาลามัสของผู้คลอ ไม่ว่าจะผ่านทางตรงหรือทางอ้อม สามารถทำให้ประตูความเจ็บปวดเปิดหรือปิดได้ มีความเกี่ยวข้องกับสติปัญญา ความรู้สึก อารมณ์ (สินีนาฏ หงส์ระนัย, 2555) ดังนั้น ความเชื่อและประสบการณ์ของแต่ละคน จึงมีการส่งพลังงานจากใยประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมองเพื่อรับรู้ความเจ็บปวดได้

2. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าน่าจะมีสารเคมีบางอย่างที่มีผลต่อความเจ็บปวด สารเคมีดังกล่าวเป็นสารคล้ายมอร์ฟิน เรียกว่า Endorphin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการปิด-เปิดประตูในทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวด เป็นสารที่ร่างกายสามารถสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นสื่อในการตอบสนองความเจ็บปวด โดยทั่วไปสาร Endorphin จะเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และจะคงอยู่ในระดับนี้ไปอีกหลายวันหลังคลอด (Murray & McKinney, 2010) ซึ่งกระบวนการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณ Endorphin ที่หลั่งออกมา

สรุป กลไกของความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ จะเกี่ยวข้องกับการส่งพลังกระแสนประสาทความเจ็บปวดจากก้านสมอง เปลือกสมอง ซาลามัส และสารเคมีในร่างกายที่เรียกว่า Endorphin รวมทั้งการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดมีดังนี้

1. ความมั่นใจในการคลอด ผู้คลอดที่มีความมั่นใจในตนเอง มีความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ทำให้การรับรู้ในการเจ็บปวดลดลง ลดการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยผู้คลอดครรภ์หลังจะมีความมั่นใจกว่าผู้คลอดครรภ์แรก (Lowe, 2002)

2. ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการปกติที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บปวดในระยะคลอด ความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยถือเป็นภาวะปกติ สามารถพบได้ในการคลอด แต่ถ้ามีความวิตกกังวลหรือกลัวมากเกินไป ทำให้มีการหลั่งสาร Catecholamine ทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียด ประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูกลดลง เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น (Klossner, 2006)

3. ความเหนื่อยล้าเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดจะมีความไม่สบาย จากการเจ็บครรภ์คลอด เป็นสาเหตุให้มีการพักผ่อนได้น้อย นอกจากนี้ การได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอและความก้าวหน้าของการคลอดอาจล่าช้า ทำให้มีการคลอดที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลงได้ (Klossner, 2006)

4. การยอมรับการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าจะมีสามีและครอบครัวที่อบอุ่น แต่มีปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จึงทำให้ไม่พร้อมที่จะมีบุตร เกิดภาวะคับข้องใจ กลัว และวิตกกังวลทำให้รู้สึกเกิดความเจ็บปวดมากกว่าปกติ (ศศิธร พุมดวง, 2553)

5. ประสบการณ์ความเจ็บปวดและการคลอดในอดีต มีผลต่อการความเจ็บปวดและการคลอดในปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่ดี การคลอดมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีความรู้สึกเจ็บปวดมากและมีความกลัวจากประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา หญิงตั้งครรภ์ย่อมจะกลัวและฝังใจต่อความเจ็บปวดนั้น เมื่อมีความเจ็บปวดครั้งใหม่จึงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากกว่าปกติและความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง (Klossner, 2006)

6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Parity) หญิงครรภ์แรกจะรับรู้ความเจ็บปวดมากในระยะเริ่มเจ็บครรภ์ ส่วนหญิงครรภ์หลังจะเริ่มรู้สึกเจ็บครรภ์สูงขึ้น เมื่อผ่านกระบวนการเจ็บครรภ์นานแล้ว และเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอด เนื่องจากหญิงครรภ์หลังจะมีสภาพของปากมดลูกเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์อ่อนนุ่มกว่าหญิงครรภ์แรก ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ง่ายกว่า หญิงครรภ์หลัง จึงมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าหญิงครรภ์แรก (ศศิธร พุมดวง, 2553)

7. วัฒนธรรมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะมีการแสดงออกถึงความรู้สึกที่แตกต่างกัน วัฒนธรรมที่เชื่อว่าต้องยอมรับความเจ็บปวดในการคลอดผู้คลอดจะไม่แสดงอาการเจ็บปวดออกมา แม้ว่าจะมีอาการปวดมาก แต่บางวัฒนธรรมผู้คลอดจะแสดงอาการเจ็บปวดโดยการร้องเสียงดัง เอะอะโวยวาย ขอซาแก้ปวด ขอผ่าตัดคลอด เป็นต้น (Lowe, 2002)

8. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมต่างกันได้ เนื่องจากผู้คลอด ต้องไปอยู่คนเดียวในโรงพยาบาลตามลำพังเพราะไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้า ผู้คลอดจึงมีความรู้สึกว่าจะต้องอยู่ตามลำพัง หรือเสียงร้องของผู้คลอดอื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวด ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า ความสามารถในการดูแลตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง จึงทำให้ประสิทธิภาพในการนำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดมาใช้ ลดลงตามไปด้วย (สุกัญญา ปรีस्थ्यกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550)

สรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด มีทั้งปัจจัยในและปัจจัยภายนอก ตัวบุคคล ได้แก่ ความมั่นใจในการคลอด ความกลัวและความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าเมื่อเข้าสู่ ระยะคลอด การยอมรับการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ความเจ็บปวดและการคลอดในอดีต จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีผลกระทบต่อมารดา ดังนี้

ด้านสรีรวิทยา ในระยะคลอดทำให้การเผาผลาญของร่างกายและความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดก็จะเร่งการเผาผลาญให้เพิ่มมากขึ้น จากการสร้างของฮอร์โมน *Catecholamine* ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง เมื่อตกอยู่ในภาวะอันตราย (Fight หรือ Flight) รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของ *Cortisol* และ *Glucagon* ทำให้ผู้คลอดหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการขับคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้น และมีออกซิเจนไปเลี้ยงทารกน้อยลง ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด (Metabolic acidosis) การที่มี *Catecholamine* มากเกินไปนั้นจะยับยั้งการตอบสนองของมดลูกต่อ *Oxytocin* ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า นอกจากนี้ ระดับฮอร์โมน *Catecholamine* ที่สูงนั้น ยังลดการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูก ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะออกซิเจนต่ำ (Hypoxia) และตามมาด้วยภาวะร่างกายเป็นกรด (McKinney, James, Murray, Nelson, & Asswill, 2013)

ด้านจิตใจ ความเจ็บปวดในระยะคลอด หรือการบรรเทาปวดที่ไม่ดี มีผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง อาจมีความยากลำบากในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุตร ความจำเกี่ยวกับการคลอดที่ไม่ดี อาจมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือการคลอดในครั้งต่อไป (McKinney et al., 2013)

สรุป ผลของการเจ็บครรภ์คลอด มีผลกระทบต่อผู้คลอด ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด เป็นความเจ็บปวดที่ทวีความรุนแรงตามความก้าวหน้าของการคลอด หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามระยะของการคลอด ดังนี้

1. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด (First stage) เริ่มตั้งแต่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดยาวนานที่สุดของการคลอด (อุสาห์ ศุภรพันธ์, 2548) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

1.1 การเผชิญความเจ็บปวดในระยะมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ระยะนี้ สิ่งกระตุ้นส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ความถี่ และความแรงของการหดตัวของมดลูกยังมีน้อย การเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ ส่วนใหญ่จะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ค่อนข้างดี สามารถควบคุมตนเองได้ (ปานิสรา ไชยวงศา, ศรี้อย อนุสรณ์ศรีกุล และวิชัย อิงพินิจพงศ์, 2551) และสามารถเรียนรู้เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลายได้ดี การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมที่ผู้คลอดมักจะแสดงออก ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว โกรธ ไม่พอใจ หรือซึมเศร้า (Greulich & Tarrant, 2007) สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการคลอด อาจนำไปสู่การใช้สูติศาสตร์หัตถการ

1.2 การเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ระยะนี้เริ่มมีสิ่งกระตุ้นมากขึ้น มดลูกหดตัวถี่และแรง ส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ผู้คลอดเริ่มอ่อนเพลียความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง (Abushikha & Oweis, 2005) การเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ มีการแสดงออกให้เห็นถึงความตึงเครียด และมีความต้องการที่จะบรรเทาความตึงเครียดเหล่านั้น พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่ม หน้าตาบิดเบี้ยว ซึมเศร้า แยกตัว พฤติกรรมถดถอย มือเกร็งหรือกำขบเคี้ยวไว้นั่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง นอกจากนี้ คำพูดจะแสดงให้เห็นว่าผู้คลอดมีความกลัว ไม่สุขสบาย และต้องขอความช่วยเหลือ (ปานิสรา อารยะจารุ, ศรี้อย อนุสรณ์ และวิชัย อิงพินิจพงศ์, 2551)

2. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage) ระยะนี้เป็นระยะที่มีความเจ็บปวดมากที่สุด มีความกังวลสูง มีความตึงเครียด ผู้คลอดจะเบ่งทารกออกมา มีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (อุสาห์ ศุภรพันธ์, 2548) การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ คือ อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมดลูกหดตัว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการคลอด ความสามารถ

ในการรับรู้ลดลง (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้มารดาและทารก ได้รับบาดเจ็บจากการคลอดได้

3. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด (Third and Fourth stage) เป็นระยะที่รกคลอดจนถึงสองชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้ความเจ็บปวดจะลดลง ความรู้สึกตึงเครียดต่าง ๆ ลดลงเป็นระยะที่ผ่อนคลาย (วิการ์ตัน สอดส่อง, 2548) หากไม่มีสถานการณ์วิกฤติในระยะนี้พบว่า ผู้คลอดแสดงถึงความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส และฟังเสียงบุตรของตน ถ้ามเกี่ยวกับบุตรถึงภาวะสุขภาพ (สุกัญญา ปรีสังญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ระยะนี้ผู้คลอดจะอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ต้องการพักผ่อน

การประเมินพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การประเมินพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่นิยมและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของ Sturrock (Sturrock coping labor scale, 1972) เช่น งานวิจัยของ นวี เบาทรวง (2526), สุกัญญา สังฆสุวรรณ (2541), สมศิริ นันสวัสดิ์ศิริ (2542), สุจินดา ตรีเนตร (2544) และมลิวัดย์ รัตยา (2557)

แบบสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดของ Sturrock (1972) ประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออก 5 ด้าน ดังนี้

1. การแสดงออกทางเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์ของความเจ็บปวดแทนคำพูด เช่น ร้องไห้ ครวญคราง อะอะโวยวาย ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ
2. การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหว เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทางลำตัว แขน ขา เมื่อมดลูกหดตัว เช่น การนอนบิดไปมา เกร็งมือ เกร็งเท้า กระสับกระส่าย
3. การแสดงออกทางการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านสรีระของร่างกาย เมื่อมดลูกหดตัว เช่น หายใจเร็วกว่าปกติ ไม่สม่ำเสมอ กลั้นหายใจ ปีกจมูกบาน เพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น
4. การแสดงออกทางใบหน้า เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทางสีหน้า ตา คิ้ว หน้าผาก และฟัน เมื่อมดลูกหดตัว เช่น สีหน้าเรียบเฉย หลับตาปิดแน่น กัดฟัน เข้มปาก หน้านิ้วคิ้วขมวด ขบริมฝีปาก
5. การตอบสนองทางคำพูด เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทางวาจา เมื่อมดลูกหดตัว เช่น คำพูดที่บ่งบอกว่าเจ็บปวดอย่างไร มากน้อยแค่ไหน และเจ็บปวดบริเวณใด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของ Sturrock (1972) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย นวี เบาทรวง (2526) ประกอบด้วยพฤติกรรมที่แสดงออก 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ วิธีใช้ยาบรรเทาปวด และวิธีไม่ใช้ยาบรรเทาปวด

1. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยา (ซัชชัย ปรีชาไว, พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2552) โดยส่วนใหญ่ยาที่ใช้เป็นยาประเภทระงับปวด ยาระงับประสาท และยากล่อมประสาท ยาเหล่านี้มีคุณสมบัติช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ทำให้จิตใจสงบ และรู้สึกสบายในช่วงมดลูกคลายตัว แต่ยาบรรเทาปวดส่วนใหญ่สามารถซึมผ่านรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ได้ ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ Morphine ยา Pethidine โดยทั่วไปนิยมให้ในรูปของยาฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาอาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ง่วงนอน สะลึมสะลือ การตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง จนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว ผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกหายใจลำบากในระยะแรกหลังคลอด อาจเกิดภาวะตัวเหลืองหลังคลอด เพราะตับและไตยังทำงานไม่สมบูรณ์ (Poole, 2003)

ปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่จะสามารถระงับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้โดยสิ้นเชิง การให้ยาบรรเทาปวดจึงต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์อย่างใกล้ชิด และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดที่ได้รับยาบรรเทาปวด เพื่อมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอดทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด

2. วิธีไม่ใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับการที่มดลูกหดตัว ปากมดลูกเปิดขยาย การเคลื่อนตัวของทารก ทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดนี้เป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าของการคลอด แต่ความเจ็บปวดก็ทำให้ผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวล และทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความไม่สบาย และความกลัวให้แก่ผู้คลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อทั้งมารดาและทารก ดังนั้น จึงมีผู้คิดค้นวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และช่วยให้ผู้คลอดสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดและผ่านวิกฤตการณ์การคลอดไปได้ด้วยดี ซึ่งเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีไม่ใช้ยามีดังนี้

2.1 เทคนิคการหายใจ (Breathing techniques) เป็นวิธีที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากความเจ็บปวดให้มาสนใจกับการหายใจเพียงอย่างเดียว ลักษณะการหายใจขึ้นกับระดับความรุนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก โดยที่ผู้คลอดต้องเริ่มด้วยการหายใจล้างปอด (Cleansing breath) หายใจลึก ๆ ยาว ๆ ไม่กลั้นหายใจ เทคนิคการหายใจ

ต้องมีการฝึกฝนกันอย่างต่อเนื่อง และใช้ความตั้งใจในการฝึกเป็นอย่างมาก ในการทำแต่ละครั้งต้องให้สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกด้วย จะทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ ผู้คลอดรู้สึกสบายไม่เกิดภาวะหายใจเร็วหรือตื้นกว่าปกติ (Hyperventilation) (Klossner, 2006)

ลักษณะการหายใจขึ้นอยู่กับ การเปิดขยายของปากมดลูก ดังนี้

ในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 ซม ควรหายใจแบบช้า (Slow deep chest breathing) โดยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1-4 แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5

ในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม ควรหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบา (Shallow accelerant decelerated breathing) ขณะมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจแบบช้าก่อน เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่จึงเปลี่ยนการหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบาจนมดลูกคลายตัวจึงกลับไปเป็นแบบช้า

ในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม ควรหายใจแบบเร็ว ตื้น เบา และเป่าออก (Shallow breathing with forced blowing out) โดยการหายใจเข้า ออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้ง ติดต่อกันแล้วเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง

2.2 การลูบและการนวด (Touch and massage)

การลูบหน้าท้อง เป็นวิธีลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ ทำให้ผู้คลอดไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ตามทฤษฎีควบคุมประตู ขณะเดียวกันยังสามารถเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นที่มาของความเจ็บปวด (สุกัญญา ปริสาัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) โดยการให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบา ๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวหน้าขึ้นไปทางยอดมดลูกในขณะที่มีการหายใจเข้า และจากยอดมดลูกลูบผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ในขณะหายใจออก ดังนั้น เมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบท้องเสร็จ 1 ครั้ง ไปพร้อม ๆ กัน หรืออีกแบบหนึ่ง พยาบาลหรือญาติเป็นผู้ลูบให้

การนวดจะช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากกล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป และบรรเทาความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และช่วยลดภาวะที่กล้ามเนื้อเกิดการสั้นและเป็นตะคริวในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ถ้าผู้คลอดมีอาการปวดหลังในระยะคลอดก็อาจจะให้สามีช่วยนวดบริเวณหลังได้ (Klossner, 2006) โดยให้ผู้คลอดนอนตะแคง พยาบาลนวดเล็ก ๆ เป็นวงกลมบริเวณกระดูกก้น (Sacrum) ขณะที่มดลูกหดตัว น้ำหนักมือที่กดลงให้คงที่สม่ำเสมอหรืออาจนวดเป็นรูปเลขแปด โดยผู้คลอดกำมือและกางนิ้วหัวแม่มือออกวางด้านฝ่ามือลงบริเวณที่ส่วนล่างสุดของกระดูกก้นน้ำหนักมือค่อนข้างแรง วนมือเป็นรูปเลขแปดวงเล็กแล้วค่อย ๆ เบาแรงกด เมื่อวนมือเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น หรืออาจแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตัวเอง โดยนอนตะแคงมือข้างหนึ่งกดน้ำหนักมือลงที่บริเวณส่วนล่างของหลัง เพื่อที่จะได้แรงกดมากขึ้น

ให้นิ้วหัวแม่มือยึดส่วนล่างสุดของกระดูกสันหลัง กดนิ้วทั้งสี่ กดน้ำหนกกลางที่นิ้วทั้งสี่ แล้วดูไปตามขวาง

2.3 การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (Movement and positioning) เป็นวิธีที่ช่วยลดอาการปวด ไม่สุขสบายในระยะคลอดและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ จะช่วยลดอาการเจ็บครรภ์ได้ ท่าที่สบายจะช่วยให้หัวใจของทารกเดินเป็นปกติ หรือใช้หมอนรองหลังหรือสะโพก หลีกเลี่ยงการนอนอยู่บนเตียง เพราะการนอนจะทำให้ก้นถูกกดเกิดความเจ็บปวดมากขึ้น และการลุกเดินจะช่วยให้ทารกเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานได้เร็วขึ้นจากแรงโน้มถ่วงของโลก กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด (ศศิธร พุมดวง, 2549)

2.4 การใช้ความร้อนหรือความเย็น (Heat or cold application) เป็นวิธีการช่วยลดความตึงเครียดและส่งเสริมความสบาย การใช้ความร้อนหรือความเย็น โดยความร้อนมีผลลดการนำสัญญาณประสาทของ C fiber ทั้ง Afferent fiber และ Efferent fiber ทำให้การนำสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดไปที่สมองลดลง ความร้อนกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีผลทำให้รู้สึกสบายจึงปวดลดลงส่วนความเย็นสามารถลดอาการปวดในระยะเวลาสั้น ๆ ได้ จากกลไกที่ความเย็นทำให้เกิดอาการชาเฉพาะที่เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด และลดอัตราการนำสัญญาณประสาทของเส้นประสาทที่นำความเจ็บปวดจึงสามารถลดอาการปวดลงได้

2.5 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นการให้ผู้คลอดสนใจอยู่กับบางสิ่งบางอย่างมากกว่าความเจ็บปวด วิธีนี้มีผลดีที่สุดถ้าใช้ก่อนความเจ็บปวดจะเริ่มขึ้น หรือใช้หลังความเจ็บปวดเริ่มได้ไม่นาน การเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Simkin & Bolding, 2004) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ การพูด การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดให้กับผู้คลอด ด้วยวิธีการไม่ใช่ยา และคัดสรรการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้คลอดกระทำได้ง่าย และไม่เป็นอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ เช่น การหายใจ การลูบและการนวด การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Marut and Mercer (1979) การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะ

คลอด ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด

สุกัญญา ปริสัณญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี (2556) การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด และรวมไปถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะเป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นประสาทการรับรู้ให้ตื่นตัว และส่งกระแสประสาทไปยังสมอง สมองจะแปลความหมายของสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าที่ได้รับใหม่ออกมาเป็นประสบการณ์การคลอดบุตรใน 2 ลักษณะ คือ ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก และประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ

สรุป การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะคลอด โดยการแปลความหมายด้านบวกหรือลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมหรือเจตคติของผู้คลอดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ ผู้คลอดที่มีอายุมากมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างกับผู้คลอดที่มีอายุน้อย (สุปราณี อัทเสรี และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) ผู้คลอดที่มีอายุมากจะมีความรู้สึกปลอดภัยกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อยสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ และคลอดได้ด้วยตนเอง (Nichols, 1992)

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ผู้คลอดผ่านการคลอดหลายครั้ง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดที่คลอดครั้งแรก (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990)

ลักษณะทางวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ เป็นตัวกำหนดบทบาทการเป็นมารดาในสังคมที่ให้ความสำคัญและยกย่องว่ามารดาเป็นผู้ให้กำเนิด มีผลให้ผู้คลอดในสังคมหรือครอบครัวนั้นรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่ดี (Low, Martin, Sampsel, Guthrie, & Oakley, 2003) จึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งประสบการณ์การคลอดและการให้กำเนิดบุตรของผู้หญิงยังมีความแตกต่างหลากหลาย และมีความซับซ้อน

ระดับการศึกษาผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า เนื่องจากการได้รับการศึกษาจะทำให้มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด (Nichols, 1992)

ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่

ความวิตกกังวล ผู้คลอดจะมีความรู้สึกกลัวและกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ในระหว่างรอคลอด ยิ่งการคลอดล่าช้า (Dick-Read, 1984) มารดาจะยิ่งมีความกลัวและกังวลมากขึ้น จะเผชิญกับการเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ไม่ดี (สุกัญญา ปรีชญญกุล และคณะ, 2556)

ความคาดหวัง ผู้คลอดที่คาดหวังว่าตัวเองจะเผชิญความเจ็บปวดได้ โดยใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย จะส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Green et al., 1990)

ความรู้สึเจ็บปวดในการคลอด ผู้คลอดที่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้จะส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999) ตรงกันข้ามผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดมาก มีระยะการคลอดที่ยาวนาน จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Waldenstrom, Sci, Brog, Olsson, Skold, & Wall, 1996)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการคลอดอย่างเพียงพอจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ ส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Lavender et al., 1999)

การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด (วาสนา แหวนหล่อ, 2540; นิจสากร นังคลา, 2546)

ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ผู้คลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Mercer et al., 1986)

การสนับสนุนทางสังคม ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนดูแลจากพยาบาล สามี หรือเพื่อนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้ และไม่ได้รับภาระเจ็บปวด จะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (Lavender et al, 1999)

การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดคือ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้คลอดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดมีผู้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้แก่ Marut and Mercer (1979) เป็นผู้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เพื่อศึกษาผลของความพึงพอใจต่อการคลอด ทดลองใช้ในในกลุ่มผู้ที่คลอดเองกับกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แล้วปรับปรุงแบบประเมินให้มีความตรงของเนื้อหาจึงได้แบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ

สุพิศ ฌ เขียงใหม่ (2533) ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเพิ่มเติมจากแนวคิดของมารุตและเมอร์เซอร์ และของเยวาลักษณ์ เสรีเสถียรและการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ ครอบคลุมด้านความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด โดยไม่ได้มีการแยกข้อคำถามรายด้าน

นิจสากร นังคลา (2546) ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดตามแนวคิดของ มารุตและเมอร์เซอร์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Perception of Birth Experience Questionnaire) ของ Marut and Mercer (1979) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด 2) ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด 3) ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 4) ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด 5) ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และ 6) ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1991) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

Rafael (1995) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเอง ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของตัวเอง

Zimmerman (2002) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง มีการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายอย่างมีวิจารณญาณ

Rodwell (1996) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการหรือผลของการถ่ายโอนพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการในการสร้างและพัฒนาความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเอง เป็นกระบวนการช่วยเหลือแบบหุ้นส่วน มีการตัดสินใจร่วมกัน มีอิสระในการสร้างทางเลือก มีความรับผิดชอบและยอมรับในทางเลือกนั้น ผู้ที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่นได้ ต้องเห็นคุณค่าของผู้อื่น และก่อนที่จะเห็นคุณค่าของผู้อื่น จะต้องเห็นคุณค่าของตนเองก่อน

สถาบันพระบรมราชชนก (2546 อ้างถึงใน นงนภัทร รุ่งเนย, 2548) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถหรือให้อำนาจในการตัดสินใจแก่บุคคล ชุมชน และสังคม ด้วยความเป็นอิสระในการจัดการกับสถานะแวดล้อมต่างๆ ด้วยความรู้ที่มั่นใจและตระหนักในคุณค่าแห่งตนเองว่า สามารถควบคุมความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของตนเองได้ โดยมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง และร่วมมือกันทำงานเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่พึงปรารถนา แต่ไม่ใช่เป็นพลังที่จะไปบังคับหรือครอบงำคนอื่น

จากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลรับรู้ และเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพหรือความสามารถในการที่จะกระทำการใด ๆ ได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ซึ่งกันและกัน ด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนและทรัพยากรอื่น ๆ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพื่อดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมาย

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimensional concept) (Kieffer, 1984) และมีความซับซ้อน ซึ่งมีความยากลำบากในการให้คำจำกัดความ เนื่องจากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะแตกต่างกันไปในการนำไปใช้ของกลุ่มบุคคลและบริบทที่แตกต่างกัน (Gibson, 1991)

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional concept) เนื่องจาก กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคล (Demand) และได้รับการช่วยเหลือ (Nurtured) จากผลของการพยายามในการทำงานร่วมกัน (Collaborative) (Kieffer, 1984) เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจะมีการแลกเปลี่ยนทรัพยากร และส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน นำมาซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้มแข็ง (Strengthen) มากกว่าความอ่อนแอ (Weaken) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นที่การแก้ปัญหา มากกว่าการเน้นที่ปัญหา เน้นที่ความเข้มแข็ง (Strengths) สิทธิ (Rights) และความสามารถ (Abilities) มากกว่าความพร่อง (Deficits) และความต้องการของบุคคล (Need) (Kieffer, 1984) ดังนั้น พื้นฐานของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางในเชิงรุก (Proactive orientation) และเป็นแนวคิดในเชิงบวก (Positive concept)

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับพลวัต (Dynamic concept) (Hess, 1984) มองว่าอำนาจเป็นทั้งการรับ และการให้ หรืออีกนัยหนึ่ง อำนาจ คือการใช้ร่วมกัน

(Hegar & Hunzeker, 1988) ในการพิจารณาถึงอำนาจ จะไม่เพียงแต่มองว่าการไม่มีอำนาจ (Powerless) หรือความพยายามที่จะเอาอำนาจมา แต่ต้องมองด้วยว่า การมีอำนาจ (Powerful) จะปลดปล่อยอำนาจอย่างไร เป็นแนวคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตย (Democratic concept) การเสริมสร้างพลังอำนาจภายใต้แนวคิดนี้แนะนำเกี่ยวกับการกระจายอำนาจใหม่ (Redistribution of power) และมีความยุติธรรมทางสังคม (Social justice) (Hegar & Hunzeker, 1988)

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการโต้แย้งเหตุผล (Dialectical concept) เป็นแนวคิดเชิงพัฒนาการ (Development concept) ทำให้บุคคล ครอบครัวยุค และชุมชนเติบโต และได้รับการส่งเสริมศักยภาพ (Rappaport, 1984) ในกระบวนการของการเสริมสร้าง พลังอำนาจ ความขัดแย้ง ความตึงเครียด และความเติบโต จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Hurty, 1984)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (1995) การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล

1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตัวเอง เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง การที่บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รักตนเอง จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการดูแลตนเองที่ดี ทำให้เกิดพลังอำนาจในตนเอง

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดี หรือมีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการช่วยแก้ปัญหาช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับปัญหาดังการศึกษาของ คาร์นี จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย พบว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

1.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) การมีเป้าหมายในชีวิตจะทำให้บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายแรงจูงใจนั้นมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

ดั่งการศึกษาของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจ ความหวัง เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา จากการทำนาคำร่า วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์ ดั่งการศึกษาของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย พบว่าการมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2. ปัจจัยภายนอกบุคคลเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหา มีหลายแหล่ง ได้แก่ ด้วยกัน คู่สมรส พ่อแม่ รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น ดั่งการศึกษาของ คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Process of empowerment)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาสถานการณ์จริง (Discovering reality) เมื่อบุคคลได้รับข้อมูล ระยะเวลาแล้ว จะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกงุนงง สับสน ไม่แน่ใจ วิดกกังวล โกรธซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ได้รับทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์เช่นนี้

1.2 การตอบสนองทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลสูญเสียความสามารถหรือมีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง จะพยายามแสวงหา

ความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลหรือความรู้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

1.3 การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavior responses) บุคคลรับรู้และตระหนักถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเอง มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการหาความรู้และจากความรู้สึกที่เกิดขึ้น ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ใหม่ การกระทำที่แสดงออกในระยะนี้ จะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า วิตกกังวลจนเกินไป ทำให้รู้สึกสับสนกับข้อใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้ได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่เราทำได้เป็นสิ่งที่สำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียด แล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้อง เกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ในขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น นำมาประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธี ขึ้นอยู่กับแนวทางการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล โดยการตัดสินใจตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้กับตนเองได้
- 2) สอดคล้องกับปัญหาของตนเองและการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและการยอมรับจากทีม

สุขภาพ 5) เป็นวิธีที่สร้างการยอมรับและเปิดกว้างให้บุคคลอื่น สามารถนำไปใช้ได้ โดยขั้นตอนนี้ บุคคลจะต้องมีความมั่นใจในความรู้ และความสามารถของตนเอง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือก บุคคลจะร่วมมือกันแก้ปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิด ประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและ จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเชิงพัฒนาการ ทำให้บุคคลมีการเติบโตและเข้มแข็ง มีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Gibson, 1991) โดยมีผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. ความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of control or A sense of mastery of their situation) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2. ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง (Personal satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีและเป็นประโยชน์กับตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

3. การพัฒนาตนเอง (Self development) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดีเหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น

4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง (Purpose and meaning in life) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า ความหมายของตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น

บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มองค์กร และชุมชนได้รู้จักการพึ่งตนเองมากที่สุด โดยดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมมาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย Gibson (1995) โดยมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

1. ผู้สอน (Educator) ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ข่าวสารจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ หากขาดข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม คุณภาพประสิทธิภาพและกระบวนการตัดสินใจจะไม่เกิดขึ้น

2. เป็นที่ปรึกษา (Counsellor) ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แนวทางโดยยึดความจำเป็นและความต้องการของแต่ละบุคคล

3. ผู้สนับสนุน (Support) ให้การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย Pierce (1988) ต้องมุ่งเน้นที่การกำหนดเป้าหมาย และการตัดสินใจร่วมกัน (Mutual goal-setting and decision making) และมีข้อมูลผูกพันระหว่างกันทั้งสองฝ่ายที่จะตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการ มีการหาทางเลือกแนวทาง และมีการตัดสินใจร่วมกัน (Hawks, 1992) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แต่การใช้กลุ่มสนับสนุน (Group support) อาจมีข้อจำกัด คือ สมาชิกบางคนอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เพราะแต่ละคนให้ความสำคัญของปัญหาแตกต่างกันไป เมื่อเข้ากลุ่มจะทำให้กลุ่มมีอิทธิพลในการตัดสินใจและการมองปัญหาซึ่งไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริง

4. ผู้เสริมแรง (Enabler) ให้การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไป แรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญจะทำให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคล

5. ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่เป็นประโยชน์

6. ผู้ช่วยเหลือ (Helper) ให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพและให้การช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการ

การประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานวิจัย

มีผู้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ไปใช้ในงานวิจัย เช่น สุพร มหาวรากร (2551) ศึกษาเรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จำนวน 70 ราย ในกลุ่มทดลองจำนวน 35 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 35 ราย โดยใช้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง 2) สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการชี้แจงรายละเอียดกิจกรรม บันทึกข้อมูล ทดสอบความรู้ บรรยายประกอบภาพพลิกและวิทัศน์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้จากต้นแบบทั้งที่ดูแลตนเองได้ดีและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 4) การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษา พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปาริชาติ บัวหลวง (2552) ศึกษาเรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาต่อความเครียดและการแสดงบทบาทในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย โดยดัดแปลงมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของ ศิริกมล กันศิริ (2550) โดยดัดแปลงมาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง โดยการสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยม นำมารดาเยี่ยมชมสถานที่ สัมภาษณ์เชิงลึกกับมารดาหลังจากการเยี่ยมบุตร แจกคู่มือสำหรับมารดา 2) สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก สรุปปัญหาและแนวทางแก้ไข 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม 4) คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยการให้คำพูดคุยยอชมชื่นชมในความสามารถของมารดาเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ จัดให้มารดาแต่ละท่านรู้จักกัน พูดคุย แลกเปลี่ยนแนวทางการดูแล ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมารดากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการแสดงบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมิ่นมา, พิสมัย ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง (2555) ศึกษาเรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไธสง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 ราย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง และ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจใน

สถานการณ์ปัญหาของตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับวิธีการดูแลเท้าและแผลที่เท้าที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับ โปรแกรม แดกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า มีผู้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ยังไม่พบการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้คลอด ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้นมา เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดในระยะคลอดได้ และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

สรุป จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบบางงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้คลอดในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในตนเอง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญความเจ็บปวด และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตุครั้งเดียวหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพัทลุง
กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 60 ราย โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-35 ปี
2. มีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ครรภ์แฝด

โรคความดันโลหิตสูง

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งการพูด อ่านฟัง และเขียน
5. สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีอายุครรภ์เกิน 41 สัปดาห์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะคลอด
2. มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ได้แก่
 - 2.1 มีเลือดสด ๆ ออกจากช่องคลอด หรือมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ หรือมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริง)
 - 2.2 ระยะเวลาของการคลอดยาวนาน (ในระยะที่ 1 ยาวนานกว่า 16 ชั่วโมง หรือในระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานกว่า 2 ชั่วโมง)
 - 2.3 การคลอดผิดปกติ ได้แก่ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศ การช่วยคลอดด้วยคีม และการคลอดท่าก้น
 - 2.4 ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ($FHS < 120$ ครั้ง/ นาที หรือ $FHS > 160$ ครั้ง/นาที) และทารกมีความพิการแต่กำเนิด

3. ได้รับยาเร่งคลอด หรือยาบรรเทาปวด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคำนวณด้วยโปรแกรม G * power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Independent t-test) จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กำหนดขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect size = $d = .50$) กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .50 (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 30 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนครั้งที่ 3 เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกรู้สึก ทักษะคิดที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้องและการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้มีประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองรวมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยมีสื่อประกอบ คือ คู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำให้กำลังใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ครอบครัวและลักษณะครอบครัว

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เป็นแบบสังเกต พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของ Sturrock (1972) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย จวี เบาทรวง (2526) มีทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด 5 ด้าน คือ การแสดงออกทางเสียง การเคลื่อนไหวทางร่างกาย การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางใบหน้า และการตอบสนองด้านคำพูด

การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ตามพฤติกรรมที่แสดงออก ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ได้แก่ ร้องเสียงดัง ตะโกน พุดตะคอก พุดร้องของความช่วยเหลือตลอดเวลา หน้าตาบิดเบี้ยว สายหน้าไปมาแรง ๆ กลั้นหายใจขณะมดลูกหดตัว เคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระสับกระส่าย บิดตัวไปมา

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตัวเองได้ปานกลาง ได้แก่ ร้องเสียงครางเบา ๆ พุดถึงความไม่สบายหรือขอความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว กัดฟันแน่น สายหน้าไปมาช้า การหายใจไม่สม่ำเสมอ เกร็งมือและเท้า หรือเกาะเตียง

คะแนน 3 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตัวเองได้ดี ได้แก่ ไม่ส่งเสียงร้อง พุดด้วยน้ำเสียงปกติ ใบหน้าผ่อนคลายเรียบเฉย ควบคุมการหายใจสม่ำเสมอ

การแปลผล คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ไม่ดี

3. แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย ยูวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) จำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด

หมวดที่ 2 ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์

หมวดที่ 3 ความรู้สึกกลัวที่เกิดในระยะคลอด

หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด

หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด

หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอดครั้งนี้

แบบสอบถามมีข้อคำถามด้านบวก 29 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและ
ความคิดเห็นของท่านเลย

เป็นความจริงบางส่วน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและ
ความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน

เป็นความจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและ
ความคิดเห็นของท่านมากแต่ไม่ทั้งหมด

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาตามลักษณะข้อคำถาม โดย

ตัวเลือก คำถามที่มีความหมายในด้านบวก คำถามที่มีความหมายในด้านลบ

ไม่เป็นความจริงเลย 1 คะแนน 4 คะแนน

เป็นความจริงบางส่วน 2 คะแนน 3 คะแนน

เป็นความจริงมาก 3 คะแนน 2 คะแนน

เป็นความจริงมากที่สุด 4 คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คิดจากคะแนนรวม ข้อคำถาม
ทั้งหมด 42 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 42-168 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า
มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีมาก คะแนนรวมน้อย แสดงว่า การรับรู้ประสบการณ์
การคลอดที่ค่อน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
ตรวจสอบความตรงของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คู่มือ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด
แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้
ประสบการณ์การคลอด และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำผลการ
พิจารณาของแบบประเมิน 2 ชุดหลังมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity
Index: CVI) โดยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถาม
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีค่า CVI เท่ากับ .85 และ .97 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) การตรวจสอบหาความเที่ยงของ
เครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถาม

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ไปใช้ทดลองกับหญิงตั้งครรภ์ที่ลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะคลอด มีค่าความเที่ยงโดยวิธีแบ่งครึ่งเท่ากับ .73 และแบบสอบถามการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข 03-10-56 และ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพัทลุงตามลำดับ ซึ่งในการ วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการให้สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัคร ใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและยังคงได้รับการ รักษาและการพยาบาลตามปกติ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอเป็นภาพรวม

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าเวชปฏิบัติครอบครัวและหัวหน้าแผนก ห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 30 ราย และดำเนินการ เก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่ม ตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ให้ลงนามในใบยินยอมการวิจัย นำสติ๊กเกอร์สีฟ้าติดที่มุมบนของสมุด ฝากครรภ์
2. ภายหลังกกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติแล้ว ให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล

3. เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด จำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรขึ้นไป ครั้งต่อไปห่างกันครั้งละ 1 ชั่วโมง แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย

4. หลังคลอด 12 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย แจกการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ให้ลงนามในใบยินยอมการวิจัย นำสถิติเกออร์สึ่มคิดที่มุมบนของสมุดฝากครรภ์

2. ภายหลังกกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติแล้ว ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 3-6 คน และดำเนินการทดลองจำนวน 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ดำเนินการครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกรู้สึกคิด ทักษะคิดที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก

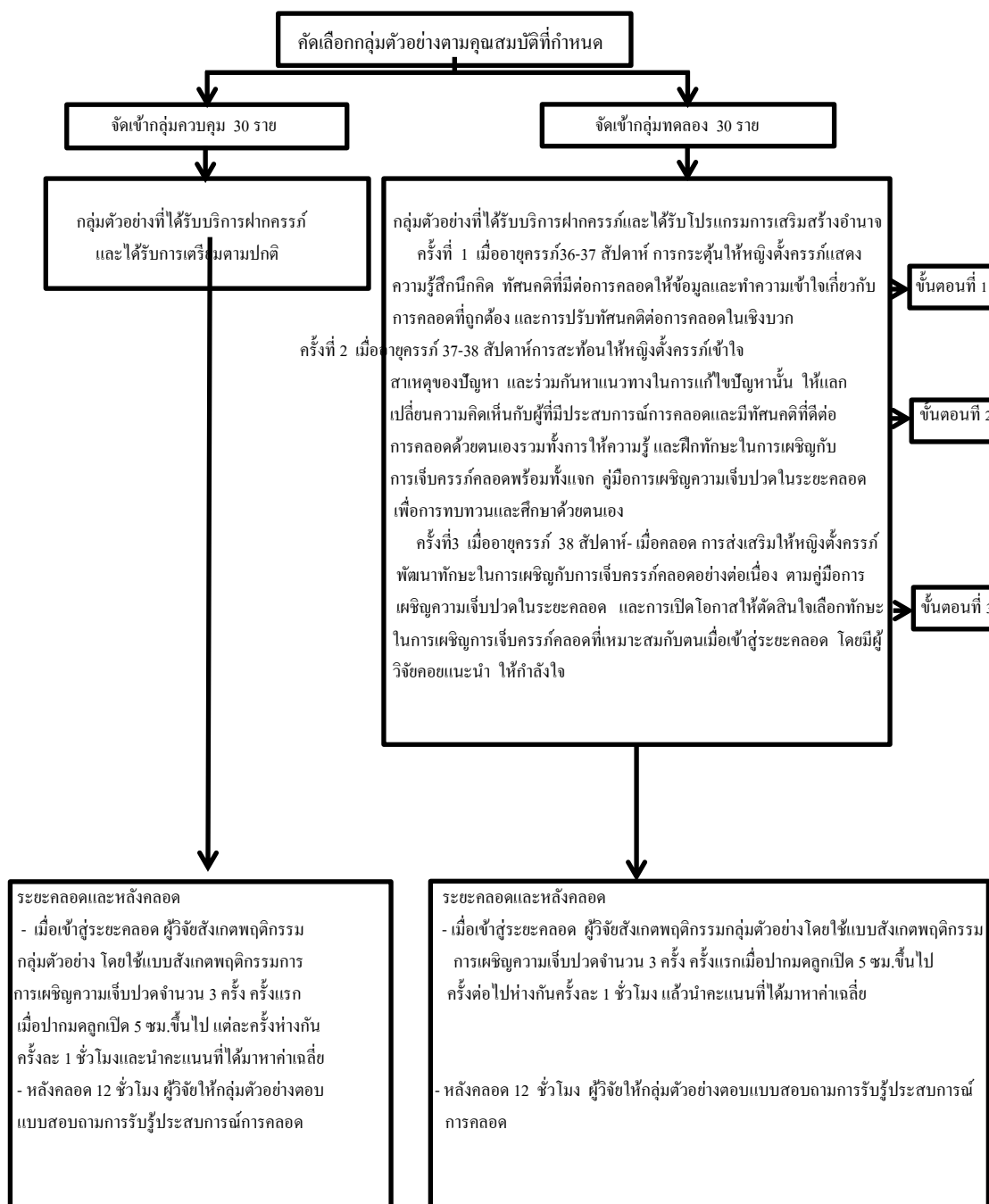
ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา นั้น ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ม่ประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองรวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดพร้อมทั้งแจก คู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อการทบทวนและศึกษาด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์-เมื่อคลอด ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจ

4. เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญ

ความเจ็บปวด จำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรขึ้นไป ครั้งต่อไปห่างกัน
ครั้งละ 1 ชั่วโมง แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย

5. หลังคลอด 12 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์
การคลอด



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกันด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตามปกติด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครรภ์แรก

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครรภ์แรก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครรภ์แรก จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว และลักษณะครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว และลักษณะครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	M = 27.50, SD = 4.14		M = 28.50, SD = 5.39		0.22 ^b
20-24	8	26.7	9	30.0	
25-29	12	40.0	6	20.0	
30 ขึ้นไป	10	33.3	15	50.0	
ระดับการศึกษา					0.80 ^a
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	15	50.0	14	46.7	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	15	50.0	16	53.3	
อาชีพ					0.44 ^a

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล ส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่ประกอบอาชีพ	12	40.0	15	50.0	
ประกอบอาชีพ	18	60.0	15	50.0	
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)	M = 8,189.30, SD = 5,615.69		M = 8,183.30, SD = 6,229.08		0.99 ^b
≤ 5,000	0	0	6	20.0	
5,001-10,000	30	100.0	24	80.0	
ลักษณะครอบครัว					0.44 ^a
ครอบครัวเดี่ยว	13	43.3	16	53.3	
ครอบครัวขยาย	17	56.7	14	46.7	

หมายเหตุ : ^a = Chi-Square test ^b = t-test

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 27.50 ปี ($SD = 4.14$ ปี) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 28.50 ปี ($SD = 5.39$ ปี) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี (ร้อยละ 40.0) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.0) กลุ่มทดลอง จบการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาและสูงกว่ามัธยมศึกษาเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.3) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60) ส่วนกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพพอ ๆ กัน (ร้อยละ 50) กลุ่มทดลองมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,189.30 บาท ($SD = 5,615.69$) และทุกคนมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,183.30 บาท ($SD = 6,229.08$) และส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 80) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 56.70) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53.30)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) ผลการวิเคราะห์ แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะ
คลอระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	One-tailed <i>p</i>
กลุ่มทดลอง	30	11.85	1.94	2.97	7.83	58	< .001
กลุ่มควบคุม	30	7.88	1.89				

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent *t*-test) พบว่า ผู้คลอกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 7.83, p < .001$) กลุ่มทดลอง ($M = 11.85, SD = 1.94$) กลุ่มควบคุม ($M = 7.88, SD = 1.89$) นั่นคือ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ แบบอิสระ (Independent *t*-test) ผลการวิเคราะห์ที่แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอระหว่างกลุ่มทดลอง กับ
กลุ่มควบคุม

กลุ่ม	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	One-tailed <i>p</i>
กลุ่มทดลอง	30	115.18	10.83	9.93	5.11	58	< .001
กลุ่มควบคุม	30	103.46	15.02				

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent *t*-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 5.11, p < .001$) กลุ่มทดลอง ($M = 115.18, SD = 10.83$) กลุ่มควบคุม ($M = 103.46, SD = 15.02$) นั่นคือ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้คลอด คู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 27.50 ปี ($SD = 4.14$ ปี) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 28.50 ปี ($SD = 5.39$ ปี) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี (ร้อยละ 40.0) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.0) กลุ่มทดลอง จบการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาและสูงกว่ามัธยมศึกษาเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.3) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60) ส่วนกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพ พอ ๆ กัน (ร้อยละ 50) กลุ่มทดลองมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,189.30 บาท ($SD = 5,615.69$) และทุกคนมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 8,183.30 บาท ($SD = 6,229.08$) และส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 80) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวชาย (ร้อยละ 56.70) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53.30)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)

2. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด มากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกนึกคิด ทักษะคิดที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ปัญหาตรงตามความเป็นจริง ยอมรับสภาพการณ์การคลอดตามความเป็นจริงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด จึงไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนและทารกในครรภ์ขณะคลอดได้ ส่งผลให้เกิดความกลัววิตกกังวล การมีความรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ ดังการศึกษาของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ที่พบว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา นั้น ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจตนเองมากขึ้น ตระหนักในความเข้มแข็งหรือความสามารถในการคลอดด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญกับความเจ็บครรภ์คลอด การให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเองนั้นช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการคาดการณ์การคลอดไปในทางที่ดีและมีความกลัวการคลอดลดลง ดังการศึกษาของ Melender (2002) ที่พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลัวการคลอด คือ การได้รับข้อมูลหรือรับฟังประสบการณ์การคลอดจากผู้อื่น

ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในทางลบ เช่น การคลออดเป็นสิ่งที่น่ากลัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์จินตนาการ และคาดเดาล่วงหน้าถึงความเจ็บปวดในขณะคลอด โดยทั่วไป เมื่อมีความกลัว ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphins ลดลง ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010) ดังการศึกษาของ ชนิดา เนียมปัทมา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญ์สว่าง (2554) ที่พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดนั้นจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับการเจ็บครรภ์คลอดด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจนั้น ช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย เมื่อผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งเป็นสารธรรมชาติที่ร่างกายสร้างขึ้น เพื่อลดความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้คลอดลดการรับรู้ความเจ็บปวดลงได้ (Fischer & Johnson, 1999) หรือสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ ดังการศึกษาของ วิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hodnett, Gates, Hofmeyr, and Sakala (2009) เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนดูแลต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนดูแลอย่างต่อเนื่องมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าและต้องการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตามปกติเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกนึกคิด ทศนคติที่มีต่อการคลอด ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ปัญหาตรงตามความเป็นจริง ยอมรับสภาพการณ์การคลอดตาม

ความเป็นจริงตระหนักในความสามารถการคลอดด้วยตนเอง ส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในเชิงบวก ดังการศึกษาของ Karlstrom, Nystedt, and Hildingsson (2015) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในของผู้คลอด (Internal factors) ได้แก่ ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวด และความเข้มแข็งของผู้คลอด (Strength)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา นั่น การให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการหรือเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ และส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ดังการศึกษาของ Lavender, Walkinshaw, and Walton (1999) ที่พบว่า ผู้คลอดที่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้จะส่งผลให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก การศึกษาของ Mercer (1986) ที่พบว่า ผู้คลอดที่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและผ่านเหตุการณ์นั้นได้ด้วยดีจะเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมกับตนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้กำลังใจ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้คลอดมีส่วนช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ดังการศึกษาของ Karlstrom, Nystedt, and Hildingsson (2015) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกของผู้คลอด (External factors) ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และเคารพของผดุงครรภ์ (Trustful and respectful relationship) การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Hodnett (2002) ก็พบว่า คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยเฉพาะการประคับประคองด้านจิตใจช่วยเสริมพลังอำนาจ และเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในเชิงบวก (Nilsson, Thorsell, Wahn, & Ekstrom, 2013) และการมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องตลอดการคลอด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้คลอดเผชิญสถานการณ์ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดี เป็นแนวทางสำคัญที่จะให้ผลย้อนกลับทางบวกและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการคลอด ดังการศึกษาของ วิภารัตน์ สอดส่อง (2548) และบุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล (2552) ที่พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้คลอด เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรมความเจ็บปวดในระยะคลอด และช่วยให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปบูรณาการกับงานบริการฝากครรภ์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดให้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหาในขณะคลอดและเชื่อมั่นในความสามารถในการคลอดของตนเอง

2. ด้านการศึกษา คณาจารย์แผนกการพยาบาลสูติกรรมสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปบูรณาการกับการเรียน การสอน เพื่อให้ผู้เรียนมีแนวคิดในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดตระหนักในศักยภาพของตนเองหรือพึ่งพาตนเองในการคลอดให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นศึกษาในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ เพื่อให้มีระยะเวลาในการติดตามประเมินความยั่งยืนหรือคงอยู่อย่างต่อเนื่องของการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้สามีหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม เนื่องจากสามีและครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ส่วนขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้น ในการการวิจัยครั้งนี้ไม่นำมาศึกษา เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาที่จะต้องติดตามการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของผู้คลอดจนถึงการคลอดครั้งต่อไป

บรรณานุกรม

- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวลระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. เชียงใหม่: แพร.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญาสินี บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(1), 37-38.
- ชนิดา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- ซัชชัย ปรีชาไว, พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2552). ความปวดและการระงับปวด. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*.
- ณัฐนิชา คำปาละ. (2546). ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตัวเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คารณิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คาริกา รวรงค์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิวกมล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดก้นกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.

ธีระ ทองสง. (2559). อัตราการผ่าตัดคลอด. เข้าถึงได้จาก

http://www.med.cmu.ac.th/deptbgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=406:cesarean-section-rate&catid=40&Itemid=482.

นงนภัทร รุ่งเนย. (2548). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุขวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง*, 2(2), 48-55.

นิจสากร นังกลา. (2546). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชศรา อึ้งอภิธรรม. (2554). ผลของการประคบเย็นและประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูমনสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2553). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 28(1), 100-110.

ปานีสรา ไชยวงศา, สร้อย อนุสรณ์ และวิชัย อึ้งพินิจพงศ์. (2551). ผลของการกอดจุดต่อความรู้สึกเจ็บครรภ์ของผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 31(4), 38-47.

ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณภา พาหุวัฒนกร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-107.

ปาริชาติ ชมบุญ. (2553). *คู่มือคุณแม่เตรียมตัวก่อนคลอดและการปฏิบัติตนหลังคลอด*. กรุงเทพฯ: เพชรประกาย.

ปาริชาติ บัวหลวงง. (2552). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาต่อความเครียดและการแสดงบทบาทมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภัสราพร เจริญศักดิ์ขจร. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับ HbA1c การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2553). การพยาบาลสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ .
- มลิวัลย์ รัตยา. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมั่นมา, พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล และวันทนา แก้วของผาง. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลทำ และคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2), 85-97.
- วาสนา แหวนหล่อ. (2540). ผลของการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ฐิตาพันธ์. (2551). วิธีการคลอดกับผลกระทบต่อสุขภาพเด็กแรกเกิด. เข้าถึงได้จาก <http://www.medclean.co.th/knowledge2.html>.
- วิทยา ฐิตาพันธ์. (2553). ผลกระทบต่อมารดาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน วิทยา ฐิตาพันธ์, บุญยิ่งมานะบริบูรณ์ และชราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด: ปัญหาที่ท้าทาย*. (หน้า 119-126). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิทยา ฐิตาพันธ์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และกตিকা นวพันธ์. (2553). *เวชปฏิบัติปริทัศน์ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.

- วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). *ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2547). *การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด*. ชลบุรี: ศรีศิลป์.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2549). *รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59-68.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2553). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. สงขลา: เค ก้อปี้.
- ศิริกมล กันศิริ. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สินีนานู หงส์ระนัย. (2555). *การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัย*. กรุงเทพฯ: แดเน็กอินเตอร์ คอร์ปอเรชั่น.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล, ณวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). *ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี*. *พยาบาลสาร*, 40(1), 84-93.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สุจินดา ตรีเนตร. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี อัทธเสรี และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ ณ เชียงใหม่. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาลและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุพร มหาวรากร. (2551). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุขภิญช สัจจสุวรรณ. (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียม หญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญ ภาวะเจ็บครรภ์, ระยะเวลาในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณณี นาคะ, จิตติมา ชาราพันธ์, วิไลลักษณ์ อุยานันท์ และรัชกร เทียมเท่าเกิด. (2546). ผลของการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องต่อความวิตกกังวล การเผชิญความเจ็บปวดในระยะปวด และระยะเวลาในการคลอดของผู้คลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 27(4), 57-65.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2542). ผลของการเตรียมก่อนคลอด ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญ เจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุส่าห์ สุภรพันธ์. (2548). การพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- Abushaikha, L., & Oweis, A. (2005). Labor pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 33-38.
- Baker, A., Ferguson, S. A., Roach, G. D., & Dawson, D. (2001). Perceptions of labor pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 171-179.
- Balaskas, J. (1983). *In active birth*. London :Unwin Paperbacks.
- Bonica, J. J., & Chadwick, H. S. (1989). Labour pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (46-96). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bonnel, A. M., & Boureau, F. (1985). Labor pain assessment: Validity of a behavioral index. *Pain*, 22(1), 81-90.
- Boyd, S. T. (1996). *Family health care nursing: Theory practice and research*. Philadelphia: F. A. Davis.

- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal nursing*, 37(1), 24-34.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Crowe, K., & Baeyer, C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16(2), 59-63.
- Cunningham, F.G. (2001). *Williams obstetrics* (21st ed.). North America: McGraw-Hill.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear*. New York: Harper and Rows.
- Durham, J. (2002). The pain and discomfort of labor and birth, *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 82-89.
- Fischer, S., & Johnson, P. G. (1999). Therapeutic touch: A viable link to midwifery practice. *Journal of Nurse-midwifery*, 44(3), 300-309.
- Friere, P. (1979). *Education for critical consciousness*. New York: Seahury Press.
- Friere, P. (1990). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum Press.
- Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectation, experiences, and psychological outcome of childbirth: A prospective study of 825 woman. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1), 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically children*. Boston: Boston College.
- Gibson, C. H. (1995). The process of powerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 1201-1210.
- Glangeaud, F. M. (1994). Psychological stress factors related to prenatal hospitalization. *Journal of Gynecology Obstetric*, 202(1), 61-67.
- Gupta, B., Anand, C., Kumar, G. S., & Singhal, H. (2006). Acute pain-laboranalgesia. *Indian Journal of Anesthesia*, 50(5), 363-369.
- Greulich, B., & Tarrant, B. (2007). The latent phase of labor: Diagnosis and management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 190-198.

- Hawks, J. H. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing, 17*(5), 609-618.
- Hegar, R., & Hunzeker, J. (1988). Moving toward empowerment based practice in public child welfare. *Social Work, 33*(6), 499-502.
- Hess, R. (1984). Thoughts on empowerment. *Prevention in Human Services, 3*(2), 227-230.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Journal of Gynecology and Obstetric, 186*(5), 160-172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2009). *Continuous support for women during childbirth (Review)*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, L. M. (1975). Bronchial hysteresis in excised lungs. *The Journal of Physiology, 249*(1), 435-443.
- Hurty, K. (1984). Power in a new key: the hidden resources of empowerment. *Philippine Journal of Nursing, 54*(2), 56-61.
- Kang, S. J., Choi, Y. S., & Ryu, J. E. (2008). Effects of a breastfeeding empowerment program on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 14-23.
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 32*(1), 39-48.
- Karlstrom, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 51*(2), 151-157.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Service, 3*(1), 9-36.
- Klossner, J. N. (2006). *Introductory maternity nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kukula, K., & Demirok, H. (2008). Effect of epidural anesthesia on labor progress. *Pain Management Nursing, 9*(1), 10-16.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labor and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery, 25*(1), 49-59.

- Lavender, T., Walkinshaw, S. A., Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery, 15*(1), 40-46.
- Leap, N., & Anderson, T. (2004). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. In S. Downe (ed.), *Normal childbirth: Evidence and debate*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Lee-Rife, S. M. (2010). Women's empowerment and reproductive experiences over the life course. *Social Science and Medicine, 71*(3), 634-642.
- Lothian, J. A. (2006). Home birth: The wave of the future. *The Journal of Prenatal Education, 15*(3), 43-46.
- Low, L. K., Martin, K., Sampelle, C., Guthrie, B., & Oakley, D. (2003). Adolescents' experiences of childbirth: Contrasts with adults. *Journal of Midwifery & Women's Health, 48*(3), 192-198.
- Low, D. L., & Peerry, S. E. (2003). *Maternity nursing* (6th ed.). Saint Louis: Mosby.
- Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 12*(1), 237-245.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 6*(1), 457-463.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *Journal of Obstetric and Gynecologic, 186*(5), 16-24.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas's perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research, 28*(5), 260-266.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Nelson, S., & Ashwill, J. (2013). *Maternal child nursing* (4th ed.). St. Louis: Saunders.
- Melender, H. L. (2002 a). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(4), 246-263.
- Melender, H. L. (2002 b). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth, 29*(2), 101-111
- Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M., & Taenzer, P. (1984). Severity of labor pain: Influence of physical as well as psychologic variables. *Canadian Medical Association Journal, 130*(5), 579-584.

- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain* (2nd ed.). London: Penguin Books.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experience from teens to forties*. New York: Springer.
- Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal newborn and women's health nursing* (5th ed.). Maryland: Saunders .
- Nichols, F. H. (1992). The Psychological effects of prepared childbirth on single adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 1(1), 41-49.
- Nichol, F. H., & Sharron, S. H. (1987). *Childbirth education in childbirth*. New York: W.B. Saunders.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. H., & Ekstrom, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 3(8), 424-431.
- Perry, E., Hockenberry, J., Lowdermilk, L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4th ed.). Canada: Mosby.
- Olds, S. B., London, M., & Ladewig, P. (2000). *Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach*. London: Upper Saddle Prentice Hall.
- Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, 4(2), 54-61.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & Childrearing family* (4th ed.). New York: Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Poole, J. H. (2003). Analgesia and anesthesia during labor and birth: Implications for mother and fetus. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal nursing*, 32(2), 780-793.
- Pierce, P. (1988). The roots of the rainbow coalition. *Journal of Black Studies and Research*, 19(2), 2-16.
- Rafael, A. R. F. (1995). Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concept. *Advanced in Nursing Science*, 18(2), 25-32.

- Ranta, P., Spalding, M., Kangas-Saarela, T., Jokela, R., Hollmen, A., Jouppila P., & Jouppila, R. (1995). Maternal expectations and experiences of labor pain-options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiology Scandinavia*, 39(3), 60-66.
- Ranta, P., Jouppila P., & Jouppila R. (1996). The intensity of labor pain in grand multiparas. *Acta Obstetricaetgy Necologica Scandinavica*, 75(3), 250-264.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(1), 1-7.
- Reeder, S. R., & Martin, L. L. (1987). *Maternity nursing: Family newborn and woman's health care* (16th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Ross, A. (1998). Maternal satisfaction with labour analgesia. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(2), 499-512.
- Sheiner, E., Sheiner, E. K., & Shoham-Vardi, I. (1998). The relationship between parity and labor pain. *International journal of Gynaecology and Obstetrics*, 63(3), 287-298.
- Shnider, S. M. (1981). Choice of anesthesia for labor and delivery, *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 23-33.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2000). *The labor progress handbook*. Malden: Blackwell Science.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectations experiences and satisfaction with labor. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 469-483.
- Sturrock, E. L. W. (1972). *Evaluation of tools for describing patient responses to labor*. Master's thesis, University of Utah.
- Thorp, J. A., & Breedlove, G. (1996). Epidural analgesia in labor: An evaluation of risks and benefits. *Birth*, 23(2), 63-83.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.
- Waldenstrom U., Borg, I. M., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth*, 23(3), 144-153.

Wuitchik, M., Hesson, K., & Bakal, D. A. (1990). Perinatal predictors of pain and distress during labor. *Birth, 17*(4), 186-191.

Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment theory: Psychological organizational and community levels of analysis*. New York: Plenum.

Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Journal of Advanced Nursing, 41*(2), 64-72.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชฐ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง
สาขาการพยาบาลศาสตร์ สภากาการพยาบาล
อดีตอาจารย์ประจำภาควิชา
การพยาบาลแม่และเด็ก
2. คุณจุฑารัตน์ เกิดเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ
ขั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดา และทารก
โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
3. คุณนงเยาว์ สายแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ
ขั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดา และทารก
โรงพยาบาลควนขนุน

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-10-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โดยกลุ่มที่ศึกษาเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกงหรา รวม 60 คน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นมารดาครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นเวลา 2 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งจะใช้เวลารวม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านจะเข้าใจสภาพที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในขณะคลอด สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และนำวิธีการดังกล่าวไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ในขณะคลอด และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยการเข้าร่วมกิจกรรมจะไม่เกิดผลเสียใดๆต่อท่าน การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าจะเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นทราบ ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันที

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 081-1457325 หรือที่ รศ.พิริยา สุขศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056

นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย(กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-10-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด โดยกลุ่มที่ศึกษาเป็น มารดาครรภ์แรกที่ได้รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกนทรา รวม 60 คน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นมารดาครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นเวลา 2 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะใช้เวลารวม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยจะนัดหมายกับท่านทั้งหมด 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 1 เมื่อท่านมีอายุครรภ์ 36 - 37 สัปดาห์ เพื่อให้ท่านทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการณ์การคลอดที่ถูกต้อง โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการดูแลที่จะได้รับในระยะคลอด

ครั้งที่ 2 เมื่อท่านมีอายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ ท่านจะได้ชมวิดีโอและได้รับฝึกทักษะในการเผชิญกับการคลอดฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดและท่าคลอด

ครั้งที่ 3 เมื่อท่านคลอด เพื่อติดตามประเมินผลท่านในการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการเผชิญกับการคลอด

ประโยชน์ที่จะได้รับ ท่านสามารถเข้าใจสภาพที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในขณะคลอด สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และนำวิธีการดังกล่าวไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ในขณะคลอด และเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี โดยการเข้าร่วมกิจกรรมจะไม่เกิดผลเสียใด ๆ ต่อท่าน การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วม หรือปฏิเสธการ

เข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นทราบ ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันที

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 081-1457325 หรือที่ รศ.พริษา สุขศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056

นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญ
ความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง
หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง)

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

Effects of Empowerment Program on Labour Pain Coping and Women's Perception of Childbirth Experience

ชื่อนิสิต นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง

รหัสประจำตัวนิสิต 52910109 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 10 - 2556

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 60 ราย สถานที่

เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลท่งศรีนคร จังหวัดพัทลุง

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด

.....

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การรับรู้
ประสบการณ์การคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี อายุครรภ์.....สัปดาห์
2. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้ ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 - อนุปริญญา/ ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
3. อาชีพปัจจุบัน
 - แม่บ้าน รับจ้างทั่วไป
 - ค้าขาย เกษตรกรรม ระบุ..... ข้าราชการ
4. รายได้เฉลี่ย..... บาท/ เดือน
5. ลักษณะของครอบครัว
 - ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคาดหวังของท่าน เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้ประสบมาในระยะคลอด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องตารางทางขวามือให้ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว **กรุณาตอบทุกข้อ** โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังต่อไปนี้

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ท่านเห็นข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

เป็นความจริงบางส่วน หมายถึง ท่านเห็นข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน

เป็นความจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

ประสบการณ์การคลอด	ระดับการรับรู้			
	ไม่เป็น ความจริงเลย	เป็นความ จริง บางส่วน	เป็นความ จริง ส่วนมาก	เป็นความ จริงมาก ที่สุด
หมวดที่ 1 ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด 1. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถปฏิบัติวิธีต่างๆเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น				
2. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ท่านปฏิบัติสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ผลดี				
..				
หมวดที่ 2 ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด 4. ตลอดระยะคลอดท่านมั่นใจว่าบุตรของท่านอยู่ในสภาพปลอดภัย				
.....				
หมวดที่ 3 ความรู้สึกตัวกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด 8. ตลอดระยะของการคลอดท่านคิดว่าท่านสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้โดยไม่มี ความหวาดกลัว				

ประสบการณ์การคลอด	ระดับการรับรู้			
	ไม่เป็น ความจริงเลย	เป็นความ จริง บางส่วน	เป็นความ จริง ส่วนมาก	เป็น ความจริง มากที่สุด
หมวดที่ 4 ความคาดหวังต่อ ประสบการณ์การคลอด 21. การคลอดครั้งนี้ยากลำบากกว่าที่ท่าน คาดหวังไว้				
หมวดที่ 5 ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นใน ระยะคลอด 27. ท่านรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่ทำ ให้เกิดความทุกข์ทรมานแสนสาหัส				
หมวดที่ 6 ความรู้สึกพึงพอใจใน ความสำเร็จของตนเองต่อการคลอดครั้งนี้ 34. ท่านรู้สึกว่าตนเองประสบ ความสำเร็จมากในการคลอดครั้งนี้				
42. ท่านรู้สึกพึงพอใจและเป็นสุขเมื่อนึกถึง ถึงการคลอดครั้งนี้				

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

คำชี้แจง ให้สังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงในระยะที่มดลูกหดตัว ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรขึ้นไป โดยใช้เวลาดังเกต 15 นาที ห่างกันครั้งละ 1 ชั่วโมง ต้องสังเกตพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน และให้คะแนนตามความเป็นจริง

ระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	ระดับคะแนน			คะแนนเฉลี่ย
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
1. การแสดงออกทางเสียง				
2. การเคลื่อนไหวทางร่างกาย				
3. การควบคุมการหายใจ				
4. การแสดงออกทางใบหน้า				
5. การตอบสนองด้านคำพูด				

คู่มือ

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด



จัดทำโดย
นางสาวนราภรณ์ ฤทธิเรือง
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คำนำ

ความเจ็บปวดจากการคลอด ถือเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้คลอดทุกคน เพราะกว่าผู้คลอดจะผ่านพ้นวิกฤตการณ์นี้ไปได้ ผู้คลอดต้องทนทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ เพื่อลดความเจ็บปวด คลายความกลัวความวิตกกังวลและช่วยให้คุณแม่ได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจในกระบวนการคลอด มีโอกาสฝึกวิธีเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด จะทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นสามารถควบคุมความเจ็บปวด บรรเทาความไม่สุขสบาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม บรรเทาความไม่สุขสบาย มีประสบการณ์ที่ดีต่อการเจ็บครรภ์คลอด และมีความมั่นใจในการคลอด