

3. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด 72) รองลงมาคือ เป็นเรื่องของธรรมชาติ (ร้อยละ 43) มารดาส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดว่าเป็นเรื่องน่ากลัว (ร้อยละ 37) (ตารางที่ 2)
- คลอดว่า เป็นเรื่องเป็นเรื่องที่น่ากลัว (ร้อยละ 37) (ตารางที่ 2)
- ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด*	จำนวน	ร้อยละ
เป็นเรื่องที่น่ากลัว	72	72.00
เป็นเรื่องธรรมชาติ	43	43.00
เป็นเรื่องที่น่ากลัว	37	37.00
เป็นความสุข	25	25.00
เป็นความประทับใจ	24	24.00

หมายเหตุ * มารดาตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4. วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ การบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 46) การเกร็งตัวและบีบกำสิ่งของ (ร้อยละ 42) และการเคลื่อนไหวร่างกายเปลี่ยนท่าทาง (ร้อยละ 39) (ตารางที่ 3)
- 4.1 วิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มารดาใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยวิธีทางด้านพฤติกรรมมากที่สุด รองลงมา คือ วิธีทางด้านความคิด โดยมารดาใช้วิธีการหายใจช้าลึก คิดเป็น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n=100)

วิธีที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด*	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการแสดงพฤติกรรม	72	72.00
หายใจช้า ๆ ลึก ๆ	68	68.00
การเกร็งตัวและบีบกำสิ่งของ	42	42.00
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง	39	39.00
การลูบหน้าท้อง	32	32.00
การบีบนิ้ว	18	18.00
วิธีการด้านความคิด	56	56.00
บอกตนเองให้อดทน	46	46.00
การทำจิตใจให้สงบ	24	24.00
คิดเรื่องอื่นแทน	8	8.00
วิธีการทางด้านจิต	36	43.00
การสวดมนต์ภาวนาขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์	24	24.00
กรีดร้องหรือร้องตะโกน	23	23.00
ร้องไห้	22	22.00

หมายเหตุ * มารดาตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

- 4.2 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด มารดารับรู้ว่าการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว อยู่ด้วย ปลอบโยน ให้กำลังใจ และการเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่น ๆ เป็นร้อยละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ การอดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ (ร้อยละ 26) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	30	30.00
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	30	30.00
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	26	26.00
การหายใจช้าลึก	14	14.00
รวม	100	100.00

5. การเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด

จากการเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดระหว่างกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.75$, $df = 3$, $P\text{-value} = .01$) กล่าวคือ มารดากลุ่มอายุน้อย

กว่า 20 ปี ระบุว่าวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์ หรือนุคคลสำคัญในครอบครัว อยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 42.9) ในขณะที่มารดากลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป ระบุว่าวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด คือ อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ คิดเป็นร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 33.8) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดจำแนกตามกลุ่มอายุมารดา

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	อายุ < 20 ปี		อายุ ≥ 20 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	15	42.9	15	23.1
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	9	25.7	21	32.3
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	4	11.4	22	33.8
การหายใจช้าลึก	7	20.0	7	10.8
รวม	35	100.0	65	100.0

$$\chi^2 = 9.08, df = 3, P\text{-value} = .03$$

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดระหว่างกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มมารดาที่มีการ

ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 5.998$, $df = 3$, $P\text{-value} = .112$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุดจำแนกตามกลุ่มอายุมารดา

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีที่สุด	การศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย		การศึกษาตั้งแต่ มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือนุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ปลอดภัย ให้กำลังใจ	15	35.8	15	25.9
การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง เกร็งตัว กำสิ่งของแน่นๆ	9	21.4	21	36.2
อดทน ทำเพื่อลูก ทำจิตใจให้สงบ	9	21.4	17	29.3
การหายใจช้าลึก	9	21.4	5	8.6
รวม	42	100.0	58	100.0

$$\chi^2 = 5.998, df = 3, P\text{-value} = .112$$

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในมารดาที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปานกลางถึงการศึกษาในระดับสูง และมีรายได้ปานกลาง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเกือบครึ่งของมารดาเหล่านี้ ไม่เคยทราบวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน และมีเพียงส่วนน้อยที่เคยได้เข้าชั้นเรียนเรื่องการเตรียมตัวคลอด ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดจากคำแนะนำของพยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอด และอีกครึ่งหนึ่งเรียนรู้ด้วยตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด จึงน่าจะสันนิษฐานได้ว่า มารดาในระยะตั้งครรภ์ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอดและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นไปได้ว่าการจัดบริการพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดแก่มารดาและครอบครัวยังไม่ทั่วถึง ทั้งที่มีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศสนับสนุนว่าการที่มารดาได้เข้าชั้นเรียนการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีผลต่อดีต่อพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา (ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, บุญยา ยารังษี, ผกาสุขเจริญ, และสุทธิพร พรหมจันทร์, 2544) ช่วยลดความกังวลและความกลัวการคลอด เพิ่มความเชื่อมั่นของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Lowe, 2002) ช่วยให้มารดาได้ความรู้เรื่องการคลอดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการลดความเจ็บปวดเพื่อเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (Fabian, Radestad & Waldenstrom, 2005) และลดระดับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด (Larsen, O'Hara, Brewer & Wenzel, 2001)

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดทำให้มารดาส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานมาก และเป็นความน่ากลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา เชื้อหอม และคณะ (Chuahorn et al., 2007) ที่พบว่า มารดาหญิงไทยรับรู้ว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดที่สุดในชีวิต เป็นความทุกข์ทรมาน และเป็นความน่ากลัว ความเจ็บ

ปวดทุกข์ทรมานเป็นภาวะคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดา ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหนทาง สูญเสียการควบคุมตนเอง และเกิดความตึงเครียด (Simkin & Bolding, 2004)

มารดาใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดหลากหลายวิธีทั้งวิธีการแสดงพฤติกรรม วิธีทางด้านความคิด และวิธีทางด้านจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Escott และคณะ (Escott et al., 2004) และ นิวินและกิบสเบอร์ส (Niven & Gijbers, 1996) อย่างไรก็ตามวิธีต่างๆ ที่มารดาใช้ เป็นไปตามธรรมชาติที่มารดาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (informal strategies) ขณะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ต้องมีการฝึกฝนมาก่อน เช่น การหายใจช้าลึก การบอกตนเองให้อดทน การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน การเกร็งตัว เป็นต้น แตกต่างจากวิธีที่ได้จากการเข้าชั้นเรียนเตรียมตัวคลอดที่ต้องการมีการฝึกมาก่อนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การหายใจแบบมีแบบแผน (breathing techniques) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscular relaxation) เป็นต้น (Lamaze, 1958 อ้างถึงใน Escott et al., 2004) นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า มีมารดาจำนวนน้อยมากที่ใช้ทักษะการคิดเรื่องอื่นเพื่อเบี่ยงเบนจากความเจ็บปวดจากการคลอด ทั้งที่ทักษะการเบี่ยงเบนจะช่วยให้มารดาระยะคลอดผ่อนคลายได้ดีกว่าการเกร็งร่างกาย (Escott et al., 2004) จึงเป็นไปได้ว่า ทักษะการเบี่ยงเบนด้วยการคิดเรื่องอื่น เป็นทักษะที่ต้องการใช้การฝึกฝนมาก่อนในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีมารดาเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

เมื่อพิจารณาวิธีการที่มารดาใช้ตามลำดับจากมากไปน้อย พบว่า รูปแบบการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นรูปแบบที่มีความพยายามควบคุมตนเองมากกว่าการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือทอดทิ้ง โดยมารดาเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วย การหายใจช้าลึก การบอกให้ตนเองอดทน และการเคลื่อนไหวร่างกาย มีส่วนน้อยที่ใช้ การร้องไห้ หรือร้องตะโกน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของคนไทย

ที่บุคคลควรมีการควบคุมการแสดงออกของตนเองที่ไม่ให้ก้าวร้าว และอดทน ซึ่งเป็นการแสดงถึงการมีวุฒิภาวะ ส่วนการร้องไห้ ร้องคราง ร้องตะโกน หรือกรีดร้อง เป็นสิ่งที่น่าอาย และเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกของความอ่อนแอ และความสามารถที่จะเลี้ยงดูบุตรได้อีกด้วย (Rice & Naksook, 1998)

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่มารดาใช้มากที่สุดคือ วิธีการหายใจเข้าลึก สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown, Douglas & Flood, 2001) ที่พบว่า วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยาที่มารดาชาวอเมริกันใช้มากที่สุด คือ การหายใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การหายใจช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกสบาย เป็นการผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจที่จะจดจ่ออยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดมาควบคุมการหายใจแทน มารดาจึงรู้สึกชอบและพึงพอใจ (Hunter, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาของเอสคอตต์และคณะ (Escott et al., 2004) ที่พบว่า การหายใจ มีประโยชน์ช่วยให้มารดาสามารถอดทนต่อความรู้สึกเจ็บปวด และช่วยให้มารดาสงบลง ส่วนวิธีที่ใช้มารดารองลงมาคือการบอกตนเองให้อดทน ซึ่งการบอกตัวเองในทางบวกช่วยให้มารดามีความหวัง มีกำลังใจ และอยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดอย่างสงบ (Escott et al., 2004) อย่างไรก็ตามมารดาใช้วิธีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่าทางเป็นร้อยละที่น้อยกว่าการเกร็งตัว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เอสคอตต์และคณะ (Escott et al., 2004) ที่พบว่า มารดาชาวอเมริกันรับรู้ว่าการเปลี่ยนท่าทางเป็นท่าหนึ่ง ท่าเดิน ท่าโน้มตัวไปข้างหน้า และท่านอนตะแคงซ้าย เป็นท่าที่ช่วยให้เผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามารดามีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง เนื่องจากความไม่สะดวกของเตียงนอนรอกคลอด และรูปแบบการดูแลไม่เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนท่าทางของมารดาในระยะคลอด มารดาคนไทยจึงมักคุ้นเคยที่จะอยู่ในท่านอนหงาย เป็นส่วนใหญ่

วิธีที่ดีที่สุดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

คือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์ หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย ทั้งนี้เพราะว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมาน มารดาจึงต้องการเพื่อน ต้องการความเห็นอกเห็นใจ และต้องการความช่วยเหลือ (Simkin, 1992) โดยเฉพาะจากพยาบาลผดุงครรภ์ มารดาคาดหวังให้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นดูแลความสุขสบายและลดความเจ็บปวดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด (Bowers, 2002) เพราะมีความเชื่อมั่นว่าพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาชีพที่จะดูแลช่วยเหลือมารดาได้เป็นอย่างดี (Hunter, 2009; Payant et al., 2008) การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญอยู่ด้วย จึงเป็นการเสริมสร้างกำลังใจเพิ่มความมั่นใจให้กับมารดา และช่วยให้มารดาสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996; Hunter, 2006; Iliadou, 2012) นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีความสามารถในการดูแลสนับสนุนมารดาทั้งทางด้านอารมณ์ (emotional support) ความสุขสบายของร่างกาย รวมทั้งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (physical support) ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด (informational support) และส่งเสริมการตัดสินใจของมารดาในการเลือกวิธีการคลอดและการดูแลรักษา (advocacy) (Adams & Bianchi, 2008) และพยาบาลผดุงครรภ์ยังเป็นผู้ที่อยู่กับมารดาในระยะคลอดเป็นเวลานานและต่อเนื่องมากกว่าบุคลากรอื่นทางการแพทย์ (Barrett & Stark, 2010) ซึ่งทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

ผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา โดยกลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ต้องการพึ่งพิงบุคคลอื่นคือ พยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว มาช่วยประคับประคอง ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดมากกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยการพึ่งตนเอง ด้วยการบอกให้ตนเองอดทน ทำเพื่อลูก และพยายามทำให้สงบ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่อายุ

น้อยกว่า 20 ปี จัดเป็นมารดาที่อยู่ในวัยรุ่น ยังมีวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ไม่สมบูรณ์ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ถือว่าเป็นภาวะที่คุกคามทางด้านความมั่นคงของจิตใจ ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล วัยรุ่นจึงมักมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนี้ด้วยการหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008) จึงใช้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการพึ่งบุคคลอื่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ หรือนุคลิกสำคัญในครอบครัว เป็นต้น ในขณะที่มารดาที่บรรลุนิติภาวะและมีวุฒิทางอารมณ์ดีกว่า มักมีแนวโน้มที่จะประเมินว่าภาวะเครียด จากการเจ็บครรภ์คลอดเป็นภาวะที่ท้าทาย และพยายามใช้วิธีการควบคุมสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ด้วยการบอกตนเองให้อดทน ตั้งความหวังที่จะทำเพื่อลูก และพยายามทำจิตใจให้สงบ ส่วนความแตกต่างของการศึกษาไม่มีผลต่อวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มมารดาที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่พบความแตกต่างในเรื่องการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้ เป็นวิธีที่เป็นธรรมชาติและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตั้งที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น มารดาที่มีความรู้สูงหรือต่ำจึงสามารถปฏิบัติได้คล้ายๆ กัน

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลของงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดบริการการดูแลมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ดังนี้

1. จัดให้มีบริการชั้นเรียนเพื่อการเตรียมตัวคลอดอย่างทั่วถึง ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มารดาในระยะตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถเข้ารับบริการได้
2. การจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมตัวคลอด ควรมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ

และการรับรู้ของมารดาและครอบครัวต่อการเจ็บครรภ์คลอด ให้เป็นไปในทางบวก ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด และพัฒนาทักษะของมารดาในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ด้วยตนเอง ด้วยการฝึกทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาที่หลากหลาย เพื่อให้มารดามีทางเลือกมากขึ้นในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

3. จัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาในระยะคลอด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นการกำลังใจแก่ผู้คลอดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งจะเป็นการตอบสนองความต้องการของมารดาในระยะคลอด โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุน้อยหรือมารดาที่ยังอยู่ในวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย ตลอดจนมารดาหลังคลอดทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีระยะคลอด*. พิมพ์ลักษณ์. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่.
- ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, นุชยา ยารังษี, ผกา สุขเจริญ, และสุทธิพร พรหมจันทร์. (2544). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้ และการเผชิญความเจ็บปวดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16, 25-36.
- ศศิธร พุ่มดวง (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21, 291-300.
- Abushaikh, L.A. (2007). Methods of

- coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (1), 35-40.
- Adams, E., & Bianchi, A. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 106-115.
- Barrett, S. J., & Stark, M. A. (2010). Factors associated with labor support behaviors of nurses. *The Journal of Perinatal Education*, 19 (1), 12-18.
- Bowers, B.B. (2002). Mother's experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 742-752.
- Brown, S., Douglas, C., & Flood, L.P. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10, (3), 1-8
- Callister, L. C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2003). The pain of childbirth: Perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing*, 4(4), 145-154.
- Chapman, C.R., & Nakamura, Y. (1999). A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researches. *Consciousness and Cognition*, 8, (4), 391-422.
- Cheung, N.F. (2002). The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery*, 18, 279-295.
- Chuahorm, U., Sripichyakarn, K., & Tungpunkom, P. (2007). Fear and suffering during childbirth among Thai women. *Thai Journal of Nursing Research*, 11 (1), 49-61.
- Chung, F., & Chao, Y. (2001). The lived experience of secondipara in childbirth. *Journal of Nursing Research (China)*, 9, 65-75.
- Esscott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R.B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20, 144-156.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parent hood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (5), 436-43.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S.I. (1996). Journey through labor and delivery: Perception of women who have given birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between communities based midwives and mothers. *Midwifery*, 22, 308-328.
- Hunter, L.P. (2009). Labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 111-118.
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, 6, 385-391.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30, 607-610. Retrieved June 4, 2013 from <http://research-advisors.com/tools/Sample Size.htm>
- Larsen, K.E., ÓHara, M.W., Brewer, K.K., & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labor pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*,

19 (3), 203-214.

Laurson, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1350-1355.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New-York: Springer.

Leap, N., Dodwell, M., & Newburn, M. (2010). Working with pain in labour: An overview of evidence. *New Digest*, 49, 22-6.

Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 16-24.

Niven, C.A., & Gijbers, K. (1996). Coping with labor pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 116-125.

Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurse's intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 405-414.

Pirdel, M., & Pirdel, L. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10, 217-223.

Rice, P.L., & Naksook, C. (1998). The

experience of pregnancy, labor and birth of Thai women in Australia. *Midwifery*, 14, 74-84.

Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. (2010). The coping with labor algorithm: An alternate pain assessment tool for the labor women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 107-116.

Simkin, P. (1992). The labor support person: Latest addition to the maternity care team. *International Journal of Childbirth Education*, 7(1), 19-24.

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery Womens Health*, 49, 489-504.

Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: An investigation of women's experience. *Birth*, 30(3), 189-194.

Zimmer-Gembeck, M.J., & Skinner, E.A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.