


ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด  
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

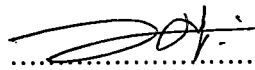
หญิง แทนรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2559  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

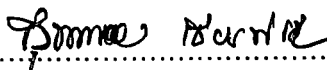
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ หลิง แทนรัตน์ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

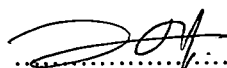
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุขศรี)

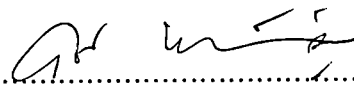
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เชียรพิเชฐ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุขศรี)

.....กรรมการ  
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุวิทย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และสร้างเสริมกำลังใจ เอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทราวดี เขียรพิเชฐ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และกรรมการทุกท่าน ที่กรุณาให้ความข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้คำชี้แนะ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากหัวหน้า หน่วยงานห้องคลอด และผู้ร่วมงานหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจ ซึ่งให้การ สนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน คอยเป็นกำลังใจอันดีเยี่ยมมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้ามีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

หญิง แทนรัตน์

52921197: สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)

คำสำคัญ: โปรแกรม/ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด/ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

หญิง แท่นรัตน์: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก (EFFECTS OF ENHANCING COPING WITH LABOUR PAIN PROGRAM ON PAIN SCORE AND PERCEIVED CHILDBIRTH EXPERIENCES IN PRIMIPAROUS MOTHERS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิริยา สุภศิริ, วท.ม., วรรณทนา สุภสีมานนท์, Ph.D. 67 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ที่รุนแรงนำไปสู่การมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุ 20-35 ปี มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 60 ราย โดย 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มาตรฐานวัดความเจ็บปวดที่ใช้ตัวเลขแทนระดับความปวด มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ เท่ากับ .86 และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที แบบอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = -4.89, p < .01$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 3.52, p < .01$ )

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

52921197: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY: M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)  
KEYWORDS: PROGRAM/ COPING WITH LABOUR PAIN/ PERCEIVED CHILDBIRTH  
EXPERIENCES

YING TANRAT: EFFECTS OF ENHANCING COPING WITH LABOUR PAIN  
PROGRAM ON PAIN SCORE AND PERCEIVED CHILDBIRTH EXPERIENCES IN  
PRIMIPAROUS MOTHERS. ADVISORY COMMITTEE: PIRIYA SUPPASRI, M.Sc.,  
WANTANA SUPPASEEMANONT, Ph.D. 67 P. 2016.

Ineffective coping with labour pain leads to severe labour pain and negative perception of childbirth experiences. This quasi-experimental study with two-groups posttest-only design aimed to determine the effects of coping with labour pain enhancement program on pain score and perceived childbirth experiences in primiparous women. A convenience sample of sixty primiparous women with the age between 20 to 35 years giving a birth at Samutprakarn Hospital were recruited in the study. The first 30 women were assigned to the control group and received routine nursing care while another 30 women were assigned to the experimental group and received both the program and routine nursing care. Data were collected by Demographic Questionnaire, a numerical pain scale which had a split-half coefficient of .86, and Perceived Childbirth Experience Questionnaire which had Cronbach's alpha of .80. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

Results revealed that experimental group had significantly lesser mean pain score ( $t_{58} = -4.89, p < .01$ ) and higher mean of perceived childbirth experience score ( $t_{58} = 3.52, p < .01$ ) than the control group.

It was recommended that nurse in delivery room can apply this program to help women to cope with labour pain effectively which will relieve labour pain and have positive perceived childbirth experiences.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
การเจ็บครรภ์คลอด.....	7
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด.....	16
โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด .....	19
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด .....	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	30
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	33
4 ผลการวิจัย.....	34
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	34

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	38
สรุปผลการวิจัย.....	38
อภิปรายผลการวิจัย.....	39
ข้อเสนอแนะ.....	41
บรรณานุกรม.....	43
ภาคผนวก.....	50
ภาคผนวก ก.....	51
ภาคผนวก ข.....	56
ภาคผนวก ค.....	65
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	67

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....	35
2	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง.....	36
3	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง .....	37



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5
2	มาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแทนระดับความปวด .....	11
3	มาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงและตัวเลขกำกับแทนระดับความปวด.....	12
4	มาตรวัดความปวดที่ใช้ใบหน้าคน .....	12
5	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	32

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การหดตัวของมดลูก แรงผลักดันภายในโพรงมดลูก การยืดของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง การเปิดขยายของปากมดลูก แรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน (เช่น เอ็น ท่อรังไข่ รังไข่ กระเพาะปัสสาวะ เยื่อบุช่องท้อง) ช่องทางคลอดและฝีเย็บยืดขยายในช่วงที่ทารกเคลื่อนต่ำลงมา ทำให้เกิดการปริหรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และเกิดแรงกดดันขยับประสาทรหว่างกระดูกเอวและกระเบนเหน็บ (Lumbosacral plexus) (Murray & McKinney, 2005) ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศ และก้น (Brownridge, 1995) ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารก

ผลของการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรงมีผลกระทบต่อผู้คลอดได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลระยะสั้น คือ การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนแคททีโคลามีน (Catecholamines) ซึ่งฮอร์โมนนี้จะทำให้หลอดเลือดในกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว และกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดช้าลง ผู้คลอดที่ร่างกายมีความตึงเครียดเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า รับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง (Murray & McKinney, 2005) นอกจากนี้ ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ร่างกายผู้คลอดอาจมีความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง จากการที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงหายใจเร็วขึ้น เกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ร่วมกับภาวะเลือดเป็นด่าง (Respiratory alkalosis) (Reynolds, 2010) ส่วนผลระยะยาว คือการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรง อาจทำให้มีภาวะเครียดหรือเกิดความหวาดกลัวที่รุนแรง ซึมเศร้า มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอด (Stewart, 1982) และมีปัญหาในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างมารดา และทารก (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004)

นอกจากนี้ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงยังมีผลกระทบต่อสุขภาพทารก กล่าวคือ การที่ระดับของฮอร์โมนแคททีโคลามีนที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดในมดลูกมีการหดตัว เลือดไหลเวียนไปสู่รกลดลง ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในกระแสเลือด และอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) (Reynolds, 2010) อันจะทำให้ทารกได้รับอันตรายถึงชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ และการหดตัวของมดลูกย่อมทำให้ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น ผู้คลอดจึงต้องมีวิธีในการจัดการหรือเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดนั้นให้ได้ ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะมีพฤติกรรม หรือวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Abushaikha (2007) เกี่ยวกับวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดชาวจอร์แดน พบว่า ผู้คลอดมีวิธีในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 4 วิธี (Method of coping with labour pain) ได้แก่ วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping) วิธีการเผชิญด้านจิตใจ (Psychological coping) วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) และวิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping)

การที่ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความพร้อมของปากมดลูก ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น ความกลัว ความเครียด ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในครั้งก่อน การได้รับการเตรียมคลอด การมีผู้ดูแลอยู่ด้วยในระยะคลอด ผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยผ่านการคลอด หรือมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ส่งผลให้มีระดับการเจ็บครรภ์คลอดสูงกว่าผู้คลอดในครรภ์หลัง (Sheiner, Sheiner, & Shoham-Vardi, 1998; Harkness & Gijbers, 1989 cited in Brownridge, 1995) โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด จะขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความหวาดกลัว และวิตกกังวล ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้น ดังวงจร กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด (Fear-Tension-Pain) ของ Dick-Read (1976) กล่าวคือ เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดแล้วมีความกลัว จะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียดและอ่อนล้ามากขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น

การเตรียมคลอดเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับแล้วว่าสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ และเป็นบทบาทที่พยาบาลแผนกสูติกรรมสามารถกระทำได้อย่างอิสระ ซึ่งมีผู้พัฒนาวิธีการเตรียมคลอดหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ร่วมกับการผ่อนคลายของ Dick-Read การเตรียมเพื่อการคลอดโดยใช้วิธีจิตป้องกัน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด ร่วมกับใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลายของ Lamaze การใช้แนวความคิดการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas เป็นต้น ซึ่งช่วงเวลาในการเตรียมคลอดที่เหมาะสมต้องทำเตรียมในระยะฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาในการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีการนำแนวคิดการเตรียมคลอดมาใช้ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในขณะฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการคลอดได้ แต่ยังมีผู้คลอดกลุ่มหนึ่งที่ไม่ผ่านการเตรียมคลอด เนื่องจากฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน หรือ โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการเตรียมคลอด และมาคลอดใน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2558 พบผู้คลอดที่ฝากครรภ์คลินิกเอกชน และ โรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 13.94, 18.38 และ 14.17 ของผู้คลอดครั้งแรกทั้งหมด (กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2558) และจากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอด จะมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด กล่าวคือ การร้องเอะอะ โวยวาย เรียกร้องความต้องการน้อยกว่า ควบคุมตนเองได้ดีกว่า ดังนั้น หากผู้คลอดไม่ได้รับการเตรียมคลอด ในระหว่างตั้งครรภ์ ถ้าได้รับการเตรียมคลอดในระยะปกามดลูกเปิดช้า (Latent phase) ก็น่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้คลอดกลุ่มนี้ สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้คลอดกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้คลอดกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ อิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด จากงานวิจัยของ Abushaikha (2007) ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา จึงน่าจะเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพดีกว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่แยกส่วนเพียงมิติเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในขณะคลอดลดลง และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

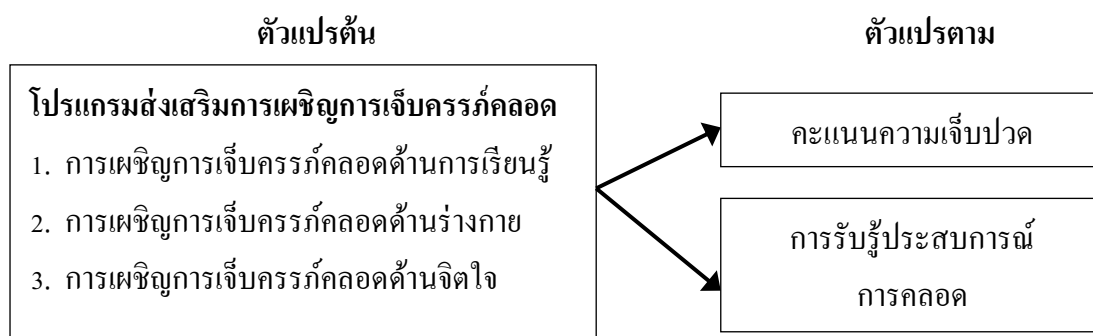
## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์
2. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติ เพื่อขับทารกออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ในกระบวนการคลอดนี้ เมื่อมดลูกหดตัวจะทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดจะมากหรือน้อยขึ้นกับความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะมีวิธีในการเผชิญกับความเจ็บปวด (Pain-coping method) ที่แตกต่างกัน จากงานวิจัยของ Abushaikha (2007) พบว่า ผู้คลอดมีวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด 4 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping method) วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) วิธีการเผชิญด้านจิตใจ (Psychological coping method) และวิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping method) การส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดผ่านพ้นการคลอดได้อย่างราบรื่น และมีความรู้สึกที่ดีต่อการคลอด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น โดยอิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดตามงานวิจัยของ Abushaikha (2007) จำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ความรู้ การฝึกทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และปรับทัศนคติที่มีต่อการคลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยการดูแลความสบาย กระตุ้นและส่งเสริมให้ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยการอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์ได้นั้น จะช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี (Hetherington 1990; Lumley & Brown 1993 cited in Malata, Hauck, Monterosso, & McCaul, 2007)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Two-groups only posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงมาใช้บริการที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ตัวแปรตาม คือ คะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้คลอดครั้งแรก หมายถึง ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้คลอดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะกับบริบทของผู้คลอด ประกอบด้วย 4 หมวด คือ การควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลในระยะคลอด ทศนคติต่อการเจ็บครรภ์คลอด และความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด

คะแนนความเจ็บปวด หมายถึง การรับรู้ถึงระดับความรุนแรงจากการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด ของผู้คลอด ประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แต่ละเซนติเมตรมีตัวเลขกำกับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ของ Revill, Robinson, Rosen, and Hogg (1976)

โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ช่วยเหลือให้ผู้คลอดจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยอิงวิธีการในการเผชิญการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดตามงานวิจัยของ Abushaikha (2007) ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ

การดูแลตามปกติ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่พยาบาลประจำหน่วยงานห้องคลอดที่ปฏิบัติเป็นประจำตามมาตรฐานการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเพื่อใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การเจ็บครรภ์คลอด
2. การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด
3. โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์
4. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

#### การเจ็บครรภ์คลอด

##### แหล่งกำเนิดการเจ็บครรภ์คลอด

แหล่งกำเนิดการเจ็บครรภ์คลอด (Murray & McKinney, 2005) ได้แก่

1. การหดตัวของมดลูกเป็นการเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูก เพื่อผลักดันทารก ให้เคลื่อนต่ำลงสู่ช่องเชิงกราน ซึ่งการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง ทำให้มีปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ไปเลี้ยงมดลูกลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจน ก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น ลักษณะความเจ็บปวดของการที่กล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือด คล้ายกับความเจ็บปวดที่เกิดจาก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. การเปิดขยายของปากมดลูก การยืดเปิดขยายของปากมดลูก และการยืดของกล้ามเนื้อ มดลูกส่วนล่าง เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การเปิดขยายของปากมดลูกจะส่งสัญญาณ ความเจ็บปวดไปยังข่ายประสาทบริเวณท้องน้อย (Hypogastric plexus) เข้าสู่เส้นประสาทไขสัน หลังที่กระดูกอกซี่ที่ 10, 11, 12 (T10, T11, T12) และกระดูกหลังซี่ที่ 1 (L1)
3. แรงดึงรั้งต่ออวัยวะในช่องเชิงกราน ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากการที่อวัยวะในช่องเชิงกราน (เช่น เอ็น ท่อรังไข่ รังไข่ ภาวะเยื่อปัสสาวะ และ อวัยวะเพศ) ถูกดึงรั้งขึ้น ซึ่งความเจ็บปวดนี้สามารถส่งผ่านไปยังหลังและขา
4. การยืดขยายของช่องทางคลอดและฝีเย็บ มักพบในช่วงที่ทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมา โดยเฉพาะในระยะที่สองของการคลอด ลักษณะของความเจ็บปวดเป็นลักษณะปวดแสบ เกิดจาก การนิ่วกด หรือการปริออกของเนื้อเยื่อ ความเจ็บปวดนี้เกิดจากกระแสประสาทของความเจ็บปวด ถูกส่งเข้าสู่เส้นประสาทไขสันหลัง บริเวณกระดูกก้นกบซี่ที่ 2, 3, และ 4 (S2, S3, S4) และการที่



ศีรษะทารถเคลื่อนต่ำลง ทำให้เกิดแรงกดบนข่ายประสาทระหว่างกระดูกเอว และกระเบนเหน็บ (Lumbosacral plexus) เกิดความเจ็บปวดบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศ และก้น (Brownridge, 1995)

### ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอด

ด้านร่างกาย ได้แก่

1. ระบบหายใจ ผู้คลอดที่มีอาการเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดอาจเกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ในบางครั้งพบว่าการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ถ้ามีภาวะหายใจเร็วเป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่การเกิดภาวะขาดคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (Hypocarbica) ทำให้ร่างกายเสียสมดุลกรด-ด่าง เกิดอาการคลื่นไส้ อ่อนล้า มึนงง สับสน หมดสติ และเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypocalcemia) ทำให้เกิดอาการชา (Paraesthesia) การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Tetany) ผิวหนังซึดและแห้งออก (Brownridge, 1995)
2. ระบบไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้น ต่อมหวมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenalin) และนอร์อะดรีนาลิน (Nor-adrenalin) ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น (Ueland & Hansen, 1969 cited in Brownridge, 1995)
3. ระบบทางเดินอาหาร ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารนาน (Brownridge, 1995)
4. ระบบการเผาผลาญพลังงาน การเจ็บครรภ์คลอด ทำให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้กรดไขมันอิสระ (Free fatty acids) และแลคเตท (Lactate) ในกระแสเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้ร่างกายเสียสมดุลกรด-ด่าง (Brownridge, 1995)
5. ระบบสืบพันธุ์ การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียด ซึ่งจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เพิ่มการหลั่งแคททีโคลามีน (Catecholamines) ประกอบด้วยอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟริน (Epinepharine and norepinepharine) แคททีโคลามีนจะไปกระตุ้นการทำงานของอัลฟา และเบต้ารีเซปเตอร์ (Alpha and beta receptor) ส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต และกล้ามเนื้อดลูก การกระตุ้นอัลฟารีเซปเตอร์จะส่งผลทำให้หลอดเลือดภายในกล้ามเนื้อดลูกมีการหดตัว และทำให้มดลูกหดตัวรุนแรง ซึ่งผลกระทบนี้จะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดของผู้คลอดผิดปกติ และการกระตุ้นเบต้ารีเซปเตอร์จะทำให้กล้ามเนื้อดลูกคลายตัว และทำให้หลอดเลือดขยายตัว แต่การทำงานของระบบประสาท

อัตรานมดัดชิมพาทดึกที่มากเกินไป ส่งผลให้มดลูกหดตัวแรงแต่ไม่มีประสิทธิภาพ (Brownridge, 1995) ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดช้าลง (Murray & McKinney, 2005)

#### ด้านจิตใจ ได้แก่

ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดรุนแรงต่อผู้คลอดในด้านจิตใจ คือ ผู้คลอดอาจไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร (Murray & McKinney, 2005) ในระยะยาวความเจ็บปวดที่รุนแรงจากการคลอดจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดและความกลัวอย่างรุนแรง มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ มีภาวะซึมเศร้า อาจทำให้ผู้คลอดมีปัญหาในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดาหลังคลอด และอาจมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Stewart, 1982)

ต่อทารกในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดรุนแรงจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คือ เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด ระบบประสาทซิมพาทิติกถูกกระตุ้น หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหดตัว เพื่อลดการสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เช่น มดลูก ทำให้เลือดที่สูบน้ำมาเลี้ยงมดลูกลดลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกรวมทั้งออกซิเจนที่ไปสู่ทารกไม่พอ ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) และถ้ามารดาเกิดภาวะหายใจเร็วผิดปกติ (Hyperventilation) อาจเกิดผลเสียต่อทารกคือ มีภาวะเลือดเป็นกรด (Fetal metabolic acidosis) (Reynolds, 2010)

#### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บครรภ์คลอด

การรับรู้ระดับความรุนแรงจากการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการเจ็บครรภ์ คือ ปัจจัยด้านร่างกาย และ ปัจจัยด้านจิตสังคม

##### 1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่มีผลให้ระดับการเจ็บครรภ์คลอดที่แตกต่างกัน ได้แก่

1.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Parity) เมื่อผู้คลอดครรภ์หลังเริ่มเจ็บครรภ์ สภาพของปากมดลูกมีความอ่อนนุ่มกว่าผู้คลอดครั้งแรก ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ง่ายกว่าผู้คลอดครรภ์หลังจึงมีความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรก (Murray & McKinney, 2005) ผู้คลอดครั้งแรกจะมีความกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลัง เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลมากจะควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้น้อย (Cheung, Ip, & Chan, 2007)

1.2 ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก เมื่อมดลูกหดตัวจะมีความตึงตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อมากขึ้น (Isometric) จะเกิดความเจ็บปวดมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะไม่สมดุลของส่วนนำทารก และช่องเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion: CPD) (Murray & McKinney, 2005)

1.3 ความพร้อมของปากมดลูก ถ้าก่อนคลอดปากมดลูกยังไม่พร้อมต่อการคลอด ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อที่จะทำให้ปากมดลูกบางและขยายใช้ระยะเวลานานขึ้น ส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนาน (Murray & McKinney, 2005)

1.4 คุณลักษณะของเชิงกราน ขนาดและรูปร่างของกระดูกเชิงกรานมีผลต่อระยะเวลาในการคลอด ลักษณะเชิงกรานที่ผิดปกติ อาจทำให้ทารกมีส่วนนำ หรือท่าที่ผิดปกติ มีผลทำให้การคลอดยาวนาน และคลอดยาก ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์ยาวนาน (Murray & McKinney, 2005)

1.5 ความอ่อนล้าและความหิว ทำให้ผู้คลอดมีความทนทานต่อการเจ็บครรภ์คลอด และความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์ลดลง (Murray & McKinney, 2005)

1.6 รูปแบบการรักษาของผู้ดูแล การดูแลรักษาบางอย่าง เช่น การคิดเครื่องเพื่อตรวจการทำงานของหัวใจทารก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาเร่งคลอด เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกไม่สบาย เกิดความเจ็บปวด และมีความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์ลดลง (Murray & McKinney, 2005)

## 2. ปัจจัยทางด้านจิต สังคม ที่มีผลให้ระดับการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน ได้แก่

2.1 ความกลัวและความเครียด สภาวะทางจิตใจมีความสำคัญต่อการรับรู้ความเจ็บปวด ความกลัว ความเครียดในระดับสูงจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เพิ่มการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamines) ทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และส่วนล่างไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้รู้สึกเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้น การเกิดวงจรนี้จะทำให้ประสิทธิภาพการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง ส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า ซึ่งอาจนำไปสู่ระยะการคลอดยาวนาน ทำให้ความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์ลดลง (Murray & McKinney, 2005)

2.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ในครั้งก่อน การรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมา ประสบการณ์การเจ็บครรภ์ที่รุนแรง ทำให้เกิดความกลัวในเหตุการณ์นั้น ๆ หากผู้คลอดมีประสบการณ์กลัวการคลอดจากการคลอดในอดีต เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดในอดีตที่ดี จะไม่กลัวการคลอด มีความอดทนต่อการคลอด และพร้อมที่จะให้กำเนิดทารก (Dick-Read, 1933 cited in Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004)

2.3 การได้รับการเตรียมคลอด เป็นการเตรียมพร้อมต่อการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อทำให้ผู้คลอดมีการคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวด และการหดตัวของมดลูกได้ถูกต้อง เกิดการปรับตัวเพื่อลดการเจ็บครรภ์ได้มากขึ้น การที่ผู้คลอดได้รับการเตรียม

คลอดสามารถทำให้ผู้คลอดได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ลดความเครียด และความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (Murray & McKinney, 2005) การได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการคลอด (ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549) มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด (จิตติพร อิงคถาวรวงษ์, อำนวย ลอยกุลนันท์, เสงี่ยม เตชะภัทรกุล และนันทิยา สุวรรณรัตน์, 2543) มีเจตคติที่ดี มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกที่ดี มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ (Escott et al., 2004)

2.4 การมีผู้ดูแลอยู่ด้วยในระยะคลอด การมีผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ผู้คลอดเกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ และสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ มีใช้ยาบรรเทาปวดลดลง และมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง (Murray & McKinney, 2005)

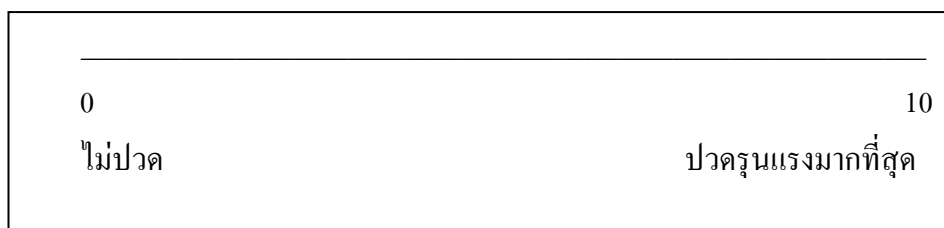
#### การประเมินการเจ็บครรภ์คลอด

ในการประเมินการเจ็บครรภ์คลอด มักใช้การวัดระดับความเจ็บครรภ์คลอดจากแบบวัดความปวด ในปัจจุบันมีวิธีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติเดียว (Unidimensional pain assessment tools) และ เครื่องมือประเมินความปวดแบบหลายมิติ (Multidimensional pain assessment tools)

1. เครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติเดียวเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดเฉพาะระดับความรุนแรงของความปวด (Pain intensity) เรียกเครื่องมือประเภทนี้ โดยรวม ๆ ว่า เครื่องมือวัดระดับความปวด (Pain rating scale) เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่

##### 1.1 มาตรวัดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS)

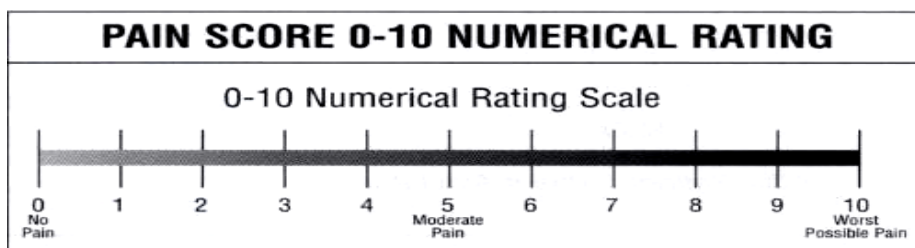
เป็นมาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรง 10 เซนติเมตร การประเมินระดับความปวด โดยให้ผู้มีความปวด ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงระบุตำแหน่งที่แทนความรุนแรงของความปวด แล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร นำค่าที่ได้มาใช้แทนค่าความปวด แต่วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาทางสายตา



ภาพที่ 2 มาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแทนระดับความปวด

### 1.2 มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)

เป็นมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข มีการกำหนดค่าตัวเลขลงบนเครื่องมือ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 หรือ 0 ถึง 100 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 มาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงและตัวเลขกำกับแทนระดับความปวด (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010)

### 1.3 มาตรวัดด้วยคำพูด (Simple descriptor scale: SDS)

เป็นมาตรวัดความปวดที่ให้ผู้มีความปวดบอกถึงระดับความปวดเป็นคำพูด ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข

### 1.4 มาตรวัดด้วยใบหน้า (Face rating scales)

เป็นมาตรวัดความปวดที่ให้ผู้มีความปวดบอกถึงระดับความปวดโดยใช้รูปใบหน้าคน มีรูปร่างหน้าตาหลายรูปแบบ เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก



ภาพที่ 4 มาตรวัดความปวดที่ใช้ใบหน้าคน (Beyer, Denyes, & Villaruel, 1992 as cited in Perry et al, 2010)

#### 1.4.2 เครื่องมือประเมินความปวดแบบหลายมิติ

เครื่องมือที่ครอบคลุมประสบการณ์ความปวดหลากหลายมิติ ได้แก่

##### 1.4.2.1 แบบประเมินความปวดครั้งแรก (Initial pain assessment tool)

เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการประเมินและบันทึกความปวดที่ครอบคลุมในเรื่อง ตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะ เวลาเริ่มต้น ความถี่ห่าง และรูปแบบของความปวด พฤติกรรมแสดงออกถึงความปวด ปัจจัยที่ทำให้ปวดลดลง ปัจจัยที่ปวดมากขึ้น ผลกระทบจากความปวด ข้อคิดเห็นอื่น ๆ และ แผนการให้ความช่วยเหลือ

##### 1.4.2.2 แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief pain inventory)

เป็นแบบประเมินความเจ็บปวดโดยย่อ มุ่งประเมินความปวดในรอบ 24 ชั่วโมง หรือในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับตำแหน่ง ระดับ ความรุนแรงของความปวด การประเมินผลจากการได้รับความช่วยเหลือที่ผ่านมา และ ผลกระทบของความปวดที่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต

##### 1.4.2.3 แบบสอบถามความปวดของแมคกิลล์ (McGill pain questionnaire: MPQ)

เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการรับรู้ความปวดหลายด้าน ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกทางระบบประสาท (Sensory) การประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ (Affective) และการประเมินโดยภาพรวม (Evaluative) เครื่องมือชนิดนี้เหมาะกับการนำมาใช้ในการวินิจฉัยความปวดที่มีความผิดปกติของระบบความรู้สึก ซึ่งอาจมีความผิดปกติทั้งระบบประสาทส่วนปลาย และ/ หรือระบบประสาทส่วนกลาง (Neuropathic pain)

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอดด้วยมาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงและมีตัวเลขกำกับ (Numerical rating scale: NRS) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ง่ายต่อการประเมินของผู้คลอด และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ในการวัดความเจ็บปวดในระยะคลอด

#### เทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด

การดูแลผู้คลอดในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการดูแลทางการแพทย์ และรูปแบบการดูแลของพยาบาลผดุงครรภ์ (Roberts et al., 2010 อ้างถึงใน สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา สุขศรี และรัชนิวรรณ รอส (2557) โดยรูปแบบทางการแพทย์มุ่งเน้นการกำจัดหรือลดความเจ็บปวดโดยการให้ยาลดความเจ็บปวด หรือยาระงับความรู้สึก (Pharmacological model)

1. รูปแบบการดูแลทางการแพทย์ ได้แก่ การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยใช้ยา ในกรณี que ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมหรือไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด การจัดการความปวดในการคลอดโดยใช้ยา 3 ประเภท ได้แก่

1.1 ยาระงับความรู้สึกและระงับประสาทในระยะคลอด (Analgesia and sedation during labor) ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการง่วง ช่วยบรรเทาอาการปวดในระยะคลอด ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ เพทิดีนหรือเมอเพอริดีน (Pethidine or Meperidine) สามารถใช้ได้ในระยะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ยาออกฤทธิ์หลังฉีดสูงสุด 45 นาที นาน 2-4 ชั่วโมง ส่วนการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำออกฤทธิ์หลังฉีด 5 นาที นาน 1-2 ชั่วโมง (Cunningham et al., 2006; Lowdermilk & Perry, 2006 อ้างถึงใน พรหมทิพย์ โชมขุนทด, อัมไพ จารุวัชรพานิชกุล และจันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2555) การให้ยานี้แม้จะช่วยลดความเจ็บปวด ผู้คลอดสามารถพักได้ แต่อาจทำให้ความแรงและความถี่ของมดลูกลดลง เกิดการคลอดล่าช้า นอกจากนี้ยังส่งผลข้างเคียง ได้แก่ การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยามีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหายใจของผู้คลอดและทารก

1.2 ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Regional analgesia) เป็นยาที่ระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ มีคุณสมบัติในการยับยั้งการนำกระแสประสาททุกชนิด สามารถใช้ระงับอาการปวดโดยไม่เกิดผลเสียต่อการหดตัวของมดลูก เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการระงับความเจ็บปวดในการคลอด การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ สามารถให้ได้ทั้งกรณีคลอดปกติ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาการข้างเคียงจากยาอาจส่งผลต่อทารก เช่น กดการหายใจทารก เป็นต้น (Canton et al., 2002 อ้างถึงใน พรหมทิพย์ โชมขุนทด และคณะ, 2555)

1.3 ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (General anesthesia) เพื่อให้ผู้คลอดไม่รู้สึกตัว นิยมใช้ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ยาสามารถผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว อาจส่งผลต่อทารก เช่น กดศูนย์หายใจทารก และอาจส่งผลต่อผู้คลอด เช่น ทำให้มดลูกหดตัวลดลงเกิดการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Cunningham et al., 2009 อ้างถึงใน พรหมทิพย์ โชมขุนทด และคณะ, 2555)

2. รูปแบบการดูแลของพยาบาลผดุงครรภ์ เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ โดยมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological model) เพื่อให้ผู้คลอดสามารถควบคุมการเจ็บครรภ์ ที่นำมาใช้โดยทั่วไป ได้แก่

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (Childbirth education) การให้ความรู้ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ทักษะต่าง ๆ ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว ร่างกายตึงเครียด และเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain) การลดความกลัวสามารถทำให้สำเร็จได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการลดความตึงเครียดสามารถทำให้สำเร็จได้โดยการฝึกผ่อนคลาย และ เทคนิคการหายใจ ( Dick-Read, 1933 cited in Escott et al., 2004)

2.2 เทคนิคในการผ่อนคลาย เมื่อผู้คลออยู่ในสภาวะผ่อนคลาย ทั้งในขณะที่มดลูกหดตัว และคลายตัว จะส่งเสริมให้กระบวนการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ ทำให้คลอดได้เร็วและง่ายขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ยังสามารถจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดผ่อนคลาย เช่น เปิดเพลงเบา ๆ การดูแลสุขอนามัยด้านร่างกายของผู้คลอด (Murray & McKinney, 2005)

2.3 การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวหรือการปล่อยให้ผู้คลออยู่ในท่าต่าง ๆ ที่ต้องการ จะช่วยลดการเจ็บครรภ์ได้ ผู้คลอสามารถเลือกชนิดและปรับเปลี่ยนท่าทางได้อย่างอิสระเพื่อให้เกิดความสบายมากที่สุด ซึ่งในการเคลื่อนไหวจะช่วยในลดการหดเกร็งและความล้าของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ ความกว้างของช่องคลอดขึ้นอยู่กับท่าทางของผู้คลอ (Enkin et al., 2000) เช่น ท่านั่งยอง ๆ ท่าหมอบ หรือท่าคุกเข่า ทำให้ช่องทางการคลอดกว้างมากกว่าท่านอนราบ การเปลี่ยนท่าทาง การเดิน การแกว่งตัวหรือโน้มตัวไปข้างหน้า จะทำให้ทารกมีการหมุนตัวและเคลื่อนลงต่ำได้สะดวกมากขึ้น และมีผลทำให้มดลูกหดตัวดี ปากมดลูกเปิดเร็วขึ้น (World Health Organization [WHO], 2010) ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปได้ด้วยดี ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดสั้นลง ผู้คลอที่อยู่ในท่านั่ง ท่านอน ทำยืน หรือท่าเดิน รู้สึกสบายมากกว่าท่านอนราบ และพบว่าการเจ็บครรภ์คลอดลดลง เมื่ออยู่ในท่ายืน ท่านั่ง และท่านอนราบตามลำดับ (Enkin et al., 2000) นอกจากนี้ ท่านอนราบทำให้น้ำหนักมดลูกไปกดทับเส้นเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารกลดลง และทำให้ความแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง มีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า (Simkin & Bolding, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่อยู่ในท่าลำตัวตั้งมีระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นลงประมาณหนึ่งชั่วโมงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในท่านอนราบ นอกจากนี้กลุ่มที่อยู่ในท่าลำตัวตั้งสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้ง่ายกว่า และมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่อยู่ในท่านอนราบ (WHO, 2010)

2.4 เทคนิคการเบี่ยงความสนใจ ใช้เทคนิคการหายใจ และการลูบหน้าท้อง

เทคนิคการหายใจ มีเทคนิคการหายใจที่ใช้เมื่อเจ็บครรภ์คลอด 3 วิธี ซึ่งแต่ละวิธีมักจะเริ่มต้นและจบลงด้วยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) ซึ่งเป็นการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เทคนิคการหายใจ 3 แบบ คือ

2.4.1 การหายใจแบบช้าลึก (Slow-paced breathing) ใช้ในระยะปากมดลูกเปิดช้า เป็นการหายใจอย่างช้า ๆ ทางจมูกหรือปาก อัตราการหายใจประมาณ 6-10 ครั้งต่อนาที

2.4.2 การหายใจแบบเร็ว ตื้น (Modified-paced breathing) เริ่มใช้การหายใจลักษณะนี้ ในขณะที่มดลูกเริ่มมีการหดตัวรุนแรงนานและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดรุนแรงจนไม่สามารถหายใจช้า ๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว การหายใจแบบนี้เป็นการหายใจผ่านทางปากและจมูกด้วยความถี่ประมาณ 2 เท่า ของการหายใจตามปกติ



2.4.3 การหายใจแบบหอบสลับเป่า (Patterned-paced breathing or “pant-blow” technique) ใช้วิธีนี้เมื่อใกล้สิ้นสุดระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งมดลูกมีการหดตัวที่รุนแรงมาก และผู้คลอดไม่สามารถควบคุมการหายใจให้ช้าลงได้ การหายใจลักษณะนี้ทำได้โดย การหายใจแบบเร็วตื้น 4-6 ครั้ง และ หายใจออกโดยการเป่าลมออกทางปากช้า ๆ 1 ครั้ง คล้ายการเป่าเทียน ในระยะที่มดลูกมีการหดตัว

เทคนิคการลูบหน้าท้อง การลูบหน้าท้องเป็นวงกลมเบา ๆ เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ให้ปิดประตูไม่ให้มีการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมอง ทำให้สมองไม่รับรู้ความเจ็บปวด ขณะเดียวกันก็สามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บครรภ์คลอด วิธีการลูบหน้าท้องโดยเริ่มจากบริเวณหัวหน้าขึ้นมาจนกระทั่งถึงยอดมดลูก แล้วค่อย ๆ ลูบลงตรงบริเวณด้านข้างของมดลูก หรือใช้วิธีใช้สองมือลูบสลับกันไปมาบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง จะทำให้การเจ็บครรภ์บรรเทาลงได้เช่นกัน (Escott et al., 2004)

2.5 การสัมผัสและการนวด (Touching and massage) การสัมผัสจะแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ และการต้องการการให้ความช่วยเหลือต่อผู้คลอด เป็นการส่งสัญญาณของความรัก ความห่วงใย การยอมรับ และการเอาใจใส่ (Simkin, & Bolding, 2004) การวางมือลงบนตำแหน่งที่เกิดความปวด หรือการตบเบา ๆ เป็นการแสดงออกถึงการเสริมความมั่นใจ การลูบผม เป็นการสื่อถึงความรักใคร่ ห่วงใย ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่ามีผู้ดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือ (Enkin et al., 2000) การสัมผัสเพียง 5-10 วินาที ทุก 30 นาที ในขณะที่อยู่ในระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร จนถึง 10 เซนติเมตร (Transitional phase) จะทำให้ผู้คลอดมีระดับของความดันโลหิตและความเครียดลดลง และการสัมผัสยังสามารถช่วยลดความเครียดในระยะหลังคลอดได้ด้วย

### การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นความคิดหรือพฤติกรรม เป็นปฏิกริยาด้านอารมณ์ของผู้คลอดที่พยายามจัดการหรือตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเป็นประสบการณ์เฉพาะของผู้คลอดรายนั้น ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อทัศนคติ การให้ความหมายของการคลอด และวัฒนธรรม (Chung & Chao, 2001 อ้างถึงใน สุพิศศิริอรุณรัตน์ และคณะ, 2557)

#### พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด

Clark, Affonso, and Harris (1979) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดดังนี้

1. พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ในระยะปกนมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ในระยะนี้ ความแรงและการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก ผู้คลอดยังมีความวิตกกังวลไม่มาก การรับรู้และการเรียนรู้ยังดี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ ได้แก่

1.1 มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การยิ้ม หัวเราะ มีการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น บางครั้งอาจเป็นการทำกิจกรรมที่มากผิดปกติ เช่น การซักถามปัญหา และการสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

1.2 มีความพยายามทำบทบาทอิสระของตน เช่น สามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ต้องการการตัดสินใจด้วยตนเอง ต้องการคำบอกเล่าข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง

1.3 สามารถเรียนรู้เทคนิคการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายโดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาล

ระยะนี้ผู้คลอดบางรายอาจมีการปรับตัว และแสดงพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร โกรธ หรือ ซึมเศร้า

2. พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ในระยะปกนมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดที่มักพบในระยะนี้ ได้แก่

2.1 การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง พุดน้อยลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เจ็บซึม มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หงุดหงิดอยู่กับความก้าวหน้าในการคลอด

2.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น มีการร้องขอความช่วยเหลือบ่อย และมากขึ้นความสามารถในการทำสิ่งที่ตนเองต้องการลดลง

2.3 มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเครียด และความต้องการในการลดความเครียดเหล่านั้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย มีการแสดงออกทางใบหน้า จับหรือกำขอบเตียงแน่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง มีอาการตื้นตัน มีคำพูดแสดงให้รู้ว่ามีความหวาดกลัว ไม่สุขสบาย และต้องการความช่วยเหลือ

การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ เกิดจากผู้คลอดมีการรับรู้หรือเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ผิดไป เช่น มีความรู้สึกที่ตนเองถูกแยกและถูกทอดทิ้ง เกิดความคิดฟุ้งซ่าน ถดถอย ปฏิเสธ เก็บกด และซึมเศร้า

#### วิธีการในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การศึกษาของ Abushaikh (2007) เรื่องวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดชาวจอร์แดน พบว่า ผู้คลอดมีวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ 4 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping method) วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) วิธีการเผชิญ

ด้านจิตใจ (Psychological coping method) และวิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping method)

วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping method) เป็นวิธีที่ใช้กระบวนการเรียนรู้ เพื่อประเมิน และแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีความเครียด เช่น อาการเจ็บครรภ์

วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) เป็นความพยายามในการควบคุม ความสมดุลของพลังงานร่างกาย เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ลดอาการเจ็บครรภ์ และลดระยะเวลาในการคลอด เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหว การนวด การกดจุด การทำสิ่งของแน่น ๆ การใช้วิธีการผ่อนคลายโดยใช้น้ำมันหอมระเหย การทำให้ร่างกายสุขสบายโดยการอาบน้ำ

วิธีการเผชิญด้านจิตใจ (Psychological coping method) เป็นการเสริมความเชื่อมั่น เสริมสร้างความมั่นใจ การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้สามารถทนต่ออาการเจ็บครรภ์ได้ โดยให้สามี หรือญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อน

วิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping method) เป็นการสร้างเสริมความสัมพันธ์กับตนเอง และสิ่งที่มีค่า เช่น พระเจ้า พระอัลเลาะห์ โดยการสวดมนต์หรือเรียกชื่อศาสนาที่ตนศรัทธา และมีความเชื่อว่าอาการเจ็บครรภ์ เป็นความประสงค์ของศาสนาที่ตนศรัทธา และเมื่อการคลอดผ่านพ้นไป จะมีความอดทนเพิ่มขึ้น

#### การส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นความคิดหรือพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้คลอดที่พยายามจัดการหรือตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเป็นประสบการณ์เฉพาะของผู้คลอดรายนั้น ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อทัศนคติ การให้ความหมายของการคลอด และวัฒนธรรม (Chung & Chao, 2001 อ้างถึงใน สุพิศศิริอรุณรัตน์ และคณะ, 2557) การช่วยให้ผู้คลอดมีความพร้อมต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นการพัฒนาศักยภาพทางอารมณ์ของผู้คลอดให้เป็นไปในด้านบวก (Escott et al., 2004) ซึ่งการดูแลผู้คลอดให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ เป็นบทบาทอิสระพยาบาลผดุงครรภ์สามารถทำได้โดยการฝึกทักษะให้ผู้คลอดได้เรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่ต้องใช้ยา เช่น เทคนิคการหายใจ การใช้ท่าทางต่าง ๆ การผ่อนคลาย การนวด เป็นต้น (Copstick et al., 1985; Byrne-Lynch, 1991; Green, 1993; Slade et al., 2000 cited by Escott et al., 2004) จะทำให้ผู้คลอดลดความเครียด และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้

## โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด

มีผู้พัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้คลอด สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ในหลายรูปแบบ เช่น การเตรียมคลอด การให้ความรู้ คำแนะนำ การสนับสนุนทางสังคม ดังผลการศึกษา ดังนี้

ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, นวิวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 50 ราย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ มีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ (2550) ศึกษาผลของการเตรียมคลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดา วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการเตรียมคลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะมีความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ (2549) ศึกษาผลของการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้น ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $p < .001$ ) วิธีปฏิบัติตัวในระยะคลอดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $p < .05$ ) ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการคลอด และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการคลอดได้อย่างเหมาะสม

ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ และคณะ (2543) ศึกษาผลการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผน ต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 80 ราย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีคะแนนระดับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

มาณี จันทร์โสภา, นวี เบาทรวง และสุกัญญา ปริสฺญญกุล (2555) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นแรก จำนวน 60 ราย ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ ) และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด แต่จากการศึกษาของ Abushaikha (2007) พบว่า ผู้คลอดมีวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 4 วิธี ได้แก่ ได้แก่ วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping method) วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) วิธีการเผชิญด้านจิตใจ (Psychological coping method) และวิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping method) ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะมีวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดที่แตกต่างกัน ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ควรจะต้องสอดคล้องกับวิธีเผชิญกับการเจ็บครรภ์ของผู้คลอดที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ขึ้น ซึ่งอิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดตามการศึกษาของ Abushaikha (2007) ประกอบด้วย

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง สามารถเลือกใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ความสามารถในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Butler, Damarin, Beaulieu, & Thorn, 1989)

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคในการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว เทคนิคการเบี่ยงความสนใจ ใช้เทคนิคการหายใจ และการลูบหน้าท้อง ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความสมดุลของพลังงานร่างกาย มีความสุขสบาย อาการเจ็บครรภ์ลดลง และระยะเวลาในการคลอดลดลง (Chang et al., 2002; Eberhard et al., 2005; Lee et al., 2004 cited in Abushaikha, 2007)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยประคับประคองด้านจิตใจผู้คลอดตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการคอยอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง

คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอด ลดความกลัว และความวิตกกังวล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น ตามงานวิจัยของ Abuschaicha (2007) 3 ด้าน คือ การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนด้านจิตวิญญาณ ไม่ได้นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ เนื่องจากมิติด้านจิตวิญญาณ ต้องใช้ระยะเวลานานในการพัฒนาให้เกิดขึ้น

## การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

### ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Marut and Mercer (1979) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดว่าเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด

สุกัญญา ปรีศัญญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี (2556) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดว่า คือความรู้สึก ความคิดเห็น และการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด โดยมีรวมไปถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะเป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นประสาทการรับรู้ให้ตื่นตัว และส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ซึ่งสมองจะแปลความหมายของสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าที่ได้รับใหม่ออกมาเป็นประสบการณ์การคลอดบุตร ใน 2 ลักษณะ คือ ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก และประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ

สรุปได้ว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะคลอด โดยการแปลความหมายด้านบวกหรือลบ มักขึ้นกับประสบการณ์เดิมหรือเจตคติของผู้คลอดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้แก่

1.1 อายุของผู้คลอด ผู้คลอดที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความรู้สึกว่าการคลอดมีความปลอดภัยมากกว่าผู้คลอดที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เพราะมีความรู้สึกปลอดภัย สามารถควบคุมความเจ็บปวด และสามารถทำให้เกิดการคลอดด้วยตนเอง (Nichols, 1992)

1.2 ระดับการศึกษา ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า เนื่องจากการได้รับการศึกษาจะทำให้มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด (Nichols, 1992)

1.3 จำนวนครั้งของการคลอด ผู้คลอดที่ครรภ์หลังมักมีความพึงพอใจต่อการคลอด และมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดครั้งแรก (Green, Coupland, & Kitzinger, 2002 cited in Hodnett, 2002)

## 2. ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้

2.1 ความกลัว และความวิตกกังวล ความกลัวและความวิตกกังวล (Fear and anxiety) ในระหว่างที่รอคอยการคลอด ผู้คลอดจะกลัวและกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะจากสิ่งเร้าทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการที่ประสบการณ์การคลอดไม่เป็นไปตามที่ผู้คลอดคิด หรือจินตนาการ กลัวโรงพยาบาล การเผชิญกับบุคคล สถานที่ และการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ทางการแพทย์ ที่ไม่คุ้นเคย (Dick-Read, 1976)

2.2 ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีอิทธิพลต่อการแปลผลความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ผู้คลอดที่เคยมีประวัติความเจ็บปวดมาก จะนำไปสู่ความเจ็บปวดในการคลอดครั้งต่อไป (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006)

2.3 ความคาดหวัง (Expectation) ผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี จะมีการคาดหวังเกี่ยวกับการคลอดในระดับสูง ในทางกลับกันผู้คลอดที่มีความคาดหวังต่ำ จะส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี (Green, Coupland & Kitzinger, 1990 cited in Hodnett, 2002)

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การที่ผู้คลอดมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด จะลดความกลัว และวิตกกังวล ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคลอด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Hodnett, 2002)

2.5 การเตรียมตัวเพื่อคลอด ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ (Escott et al., 2004)

2.6 การใช้ยาระงับปวด การใช้ยาระงับปวดในระยะคลอดอาจส่งผลข้างเคียงได้แก่ การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหายใจของผู้คลอด ผู้คลอดที่ไม่ได้ใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด จะมีความพึงพอใจ และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้ที่รับยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ (Green, 1993 cited in Hodnett, 2002)

2.7 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้คลอดที่ได้มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ในระยะคลอดของตนเอง จะมีความรู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีความพึงพอใจในการคลอด (Knapp, 1996 cited in Hodnett, 2002)

2.8 การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้คลอด และผู้สนับสนุนในการคลอด ในระยะเจ็บครรภ์ การเอาใจใส่ของผู้ดูแล พยาบาลผดุงครรภ์ เป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กัน มีผลโดยตรงต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การได้รับการสนับสนุน การมีปฏิสัมพันธ์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ทำให้ผู้คลอด มีความพึงพอใจในการคลอด และมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Killien, Shy, 1989 cited in Hodnett, 2002)

### 3. ปัจจัยด้านสถานการณ์

การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ หลังคลอด พบว่า ผู้คลอดจะมีความเครียดความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ ซึ่งจะ ส่งผลทางด้านลบต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Lederman, Lederman, Work, 2004 cited in Escott et al., 2004)

#### ผลกระทบของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางด้านบวก และทางด้านลบ ดังนี้

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก จะมีผลให้ผู้คลอดรับรู้เหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ และคลอดตามความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองในขณะที่เผชิญเหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ คลอด มีพฤติกรรมที่เป็นมารดาที่เหมาะสม (Mercer, Hackley, & Bostrom, 1983 อ้างถึงใน อุษา เชื้อหอม และธาราภรณ์ เชื้อหอม, 2542) ส่วนประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ คือ การที่ผู้คลอด มีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่อันตรายและคุกคามต่อชีวิต เกิดความรู้สึกเจ็บปวด และทุกข์ทรมานในการคลอด มีความคิดเห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เกิดความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด รู้สึกผิดหวังและไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Baker, Choi, Henshaw, & Tree, 2005 อ้างถึงใน สุกัญญา ปริสัณญกุล และคณะ, 2556) จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจของผู้คลอดในระยะหลังคลอด และอาจส่งผลต่อการให้นมบุตร ในระยะยาว อาจมีผลต่อสัมพันธภาพของมารดาและทารก และมีความต้องการผ่าตัดคลอดในครรภ์ต่อไป หรือไม่ต้องการมีบุตรอีก (Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund, & Andolf, 2011)

#### การส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก เป็นประสบการณ์ที่ผู้คลอดรับรู้เหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ และขณะคลอดตามสภาพความเป็นจริง ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองและใช้วิธีการต่าง ๆ



ในการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยเฉพาะการเจ็บครรภ์ ถ้าผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและผ่านเหตุการณ์นั้นได้ด้วยดี จะเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก (Mercer, 1986; Mercer & Ferketich, 1994 อ้างถึงใน สุกัญญา ปรีस्थ्यกุล และคณะ, 2556)

การดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวกเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนและการดูแลช่วยเหลือ เป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้คลอดเผชิญสถานการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดี การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดคือการอยู่ด้วยกับผู้คลอด (Being with) การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในระยะคลอด โดยตอบสนองความต้องการครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี ควบคุมตนเองได้มากขึ้น ลดการใช้ยาเร่งคลอด และสูติศาสตร์หัตถการ

ดังกีการศึกษาของ มาณี จันทร์โสภา และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในการคลอดต่ำกว่า และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากผู้คลอดมีการประทับประคองดูแล ได้รับความรู้ จึงความเข้าใจในกระบวนการคลอด ทำให้มีความกลัวการคลอดลดลง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง และมีความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองในการคลอด และมีการรับรู้ประสบการณ์ด้านบวก

#### **การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด**

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด คือ ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้คลอดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด มีผู้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้แก่ Marut and Mercer (1979) เป็นผู้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เพื่อศึกษาผลของความพึงพอใจต่อการคลอด ทดลองใช้ในกลุ่มผู้ที่คลอดเองกับกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแล้ว ปรับปรุงแบบประเมินให้มีความตรงของเนื้อหา จึงได้ แบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ

เขาวลัษณ์ เสรีเสถียร (2530) ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดตามแนวคิดของ มารุตและเมอร์เซอร์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ

สุพิศ ฌ เชียงใหม่ (2533) ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเพิ่มเติมจากแนวคิดของ มารุตและเมอร์เซอร์ และของเขาวลัษณ์ เสรีเสถียร และการทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ ครอบคลุมด้านความกลัว ความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด โดยไม่ได้มีการแยก

### ข้อคำถามรายด้าน

ยูดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของ มาร์ตและเมอร์เซอร์ โดยการเพิ่มข้อคำถามเป็น 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ซึ่งครอบคลุมการประเมินด้านความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเองต่อการคลอด

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะกับบริบทของผู้คลอด ประกอบด้วย 4 หมวด คือ การควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลในระยะคลอด ทักษะคิดต่อการเจ็บครรภ์คลอด และความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง มาใช้บริการที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 20-35 ปี
2. อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ และปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ความโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์
4. ไม่เคยได้รับการเตรียมคลอดในระยะตั้งครรภ์
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด การอ่านการเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน

##### เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

กำหนดเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะคลอด ได้แก่ ทารกหัวใจเต้นผิดปกติ (Fetal distress) มารดามีภาวะการหดตัวของมดลูกรุนแรงผิดปกติ (Tetanic contraction) ได้รับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ และการช่วยคลอดด้วยคีม

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การหาอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G \* Power ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Independent *t*-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ย โดยกำหนดขนาดของอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect size)  $d = .50$  กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .50 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เพื่อต้องการให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling)
2. จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contaminate)
3. จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว

1.2 มาตรวัดความปวดที่ใช้ตัวเลขแทนระดับความเจ็บปวด เป็นมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลขที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแต่ละเซนติเมตรมีตัวเลขกำกับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บครรรค์เลย และ 10 หมายถึง เจ็บครรรค์มากที่สุด ประเมินโดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกระดับตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวด ให้คะแนนความเจ็บปวดตามระดับที่ผู้ทดลองบอกเป็นจำนวนเต็มตามตัวเลข คือ 0 ถึง 10 คะแนน

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut and Mercer (1979) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด จำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 การควบคุมตนเองในระยะคลอด จำนวน 8 ข้อ

หมวดที่ 2 ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลในระยะคลอด จำนวน 7 ข้อ

หมวดที่ 3 ทักษะคิดต่อการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 7 ข้อ

หมวดที่ 4 ความพึงพอใจต่อการคลอด จำนวน 9 ข้อ

แบบสอบถามมีข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาตามลักษณะข้อคำถามโดย

ตัวเลือก	คำถามที่มีความหมายในด้านบวก	คำถามที่มีความหมายในด้านลบ
ไม่เป็นจริงเลย	1 คะแนน	4 คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
เป็นจริงมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คัดจากคะแนนรวมข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 31-124 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามี การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี คะแนนรวมน้อยแสดงว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ ดีน้อย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นชุดของกิจกรรมที่ช่วยเหลือ ให้ผู้คลอดจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยอิงวิธีการในการเผชิญการเจ็บครรภ์ ตามงานวิจัยของ Abushaikha (2007) ประกอบด้วย

2.1.1 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์ คลอดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก โดยใช้ แผนการสอนรายบุคคล และคู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ใช้เวลา 15-20 นาที ให้ในระยะ

ปากมดลูกเปิดช้า (เปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร)

2.1.2 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (เทคนิคการหายใจ การนวด การลูบหน้าท้อง) การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว

2.1.3 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยประคับประคองจิตใจผู้คลอดตลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด อยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ซึ่งการสัมผัสเป็นสิ่งทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

2.2 แผนการสอนรายบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เนื้อหาประกอบด้วย กระบวนการคลอด และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์

2.3 คู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร วารสาร งานวิจัย และหนังสือคู่มือต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนรายบุคคล นำเสนอเนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้คลอดครั้งแรก เรียบเรียงเนื้อหาเป็นเล่มและมีภาพประกอบ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ แผนการสอนรายบุคคล คู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 1 ท่าน หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำผลการพิจารณาแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ได้ปรับปรุงแก้ไข และมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข ไปทดลองใช้ (Try out)

กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 10 ราย ซึ่งไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นมาตรวัดความปวดที่ใช้ตัวเลขแทนระดับความเจ็บปวด โดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ (Split-half) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด = 0.86

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ในขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การวิจัยขึ้นกับความสมัครใจ รวมทั้งเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษารั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informal consent form) หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว จึงทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน

## ระยะดำเนินการวิจัย

### กลุ่มควบคุม

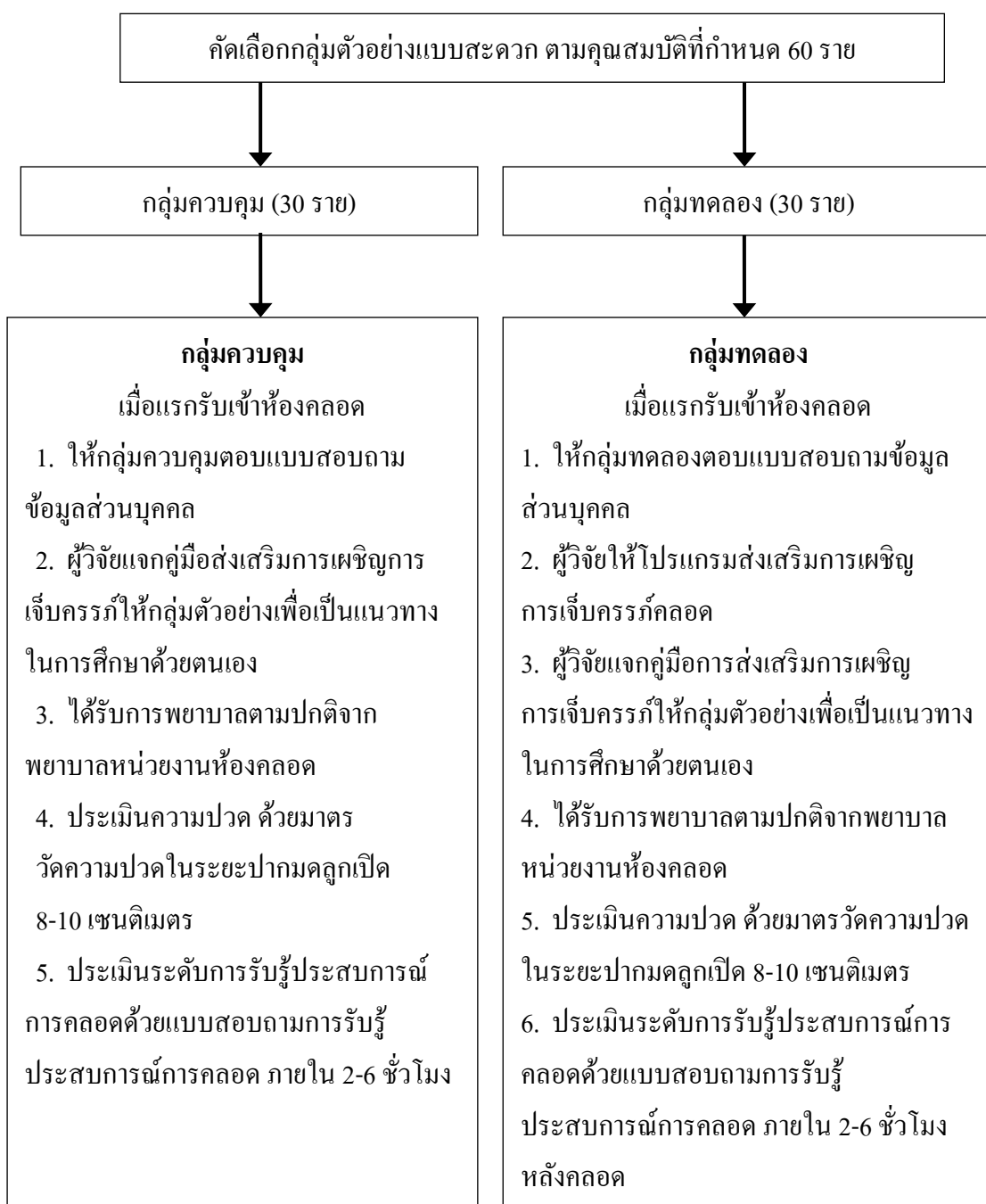
1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง
4. กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลห้องคลอด
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดความปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร
6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในระยะ 2-6 ชั่วโมง หลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ
3. กลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง ร่วมกับการดูแลตามปกติจากพยาบาลห้องคลอด
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดความปวด เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร



5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในระยะ 2-6 ชั่วโมง หลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด  
ขั้นตอนการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว ทำการลงรหัส ป้อนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่า ที แบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) ภายหลังทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่า ที แบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test) ภายหลังทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต่อ  
คะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผลการวิเคราะห์  
ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรก

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่ม  
ควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้ง  
แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรก จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ  
สมรส รายได้ของครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) คือ แจกแจง  
ความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย  
ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 30)		กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 30)		<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	<i>M</i> = 24.40, <i>SD</i> = 3.97		<i>M</i> = 24.64, <i>SD</i> = 3.51		-1.9 <sup>†</sup> .84
20-25	20	66.7	23	76.7	
26-30	8	26.7	3	10.0	
31-35	2	6.7	4	13.3	
ระดับการศึกษา					1.83 <sup>††</sup> .40
ต่ำกว่า ม.ปลาย	4	13.3	8	26.7	
ม.ปลาย/ ปวช.	18	60.0	14	46.7	
สูงกว่า ม.ปลาย	8	26.7	8	26.7	
อาชีพ					.60 <sup>††</sup> .44
รับจ้าง	15	50.0	12	40.0	
แม่บ้าน/ อื่น ๆ	15	50.0	18	60.0	
สถานภาพสมรส					2.03 <sup>†††</sup> .49
หย่าร้าง	-	-	2	6.6	
คู่	30	100	28	93.3	
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)	<i>M</i> = 24,900.00 <i>SD</i> = 6839.79		<i>M</i> = 26466.67 <i>SD</i> = 8791.58		.63 <sup>†</sup> .57
น้อยกว่า 10,000	-	-	1	3.3	
10,001-20,000	13	43.3	10	33.3	
20,001-30,000	13	43.3	14	46.7	
30,001-40,000	4	13.3	3	10.0	
40,000 ขึ้นไป	-	-	2	6.7	

หมายเหตุ: <sup>†</sup> = *t*-test, <sup>††</sup> = Chi-Square, <sup>†††</sup> = Fisher's Exact

จากตารางที่ 1 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 24.40 ปี (*SD* = 3.97) และ 24.60 ปี (*SD* = 3.51) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี

(กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 66.7, กลุ่มทดลอง: 76.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

(กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 60 ,กลุ่มทดลอง: 46.7) สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 100,

กลุ่มทดลอง: 93.3) กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างกับแม่บ้านพอ ๆ กันคิดเป็น (ร้อยละ 50)

มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 24,900.00 บาท ( $SD = 6,839.79$ ) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น

แม่บ้านคิดเป็น (ร้อยละ 60) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 26,466.67 บาท ( $SD = 8,791.58$ )

### ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองโดย

ทดสอบการกระจายของคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ

One-sample kolomogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ กลุ่มควบคุม

( $p = .06$ ) กลุ่มทดลอง ( $p = .16$ ) จึงได้เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม

กับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที แบบอิสระต่อกัน (Independent  $t$ -test) ผลการวิเคราะห์

แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม

กับกลุ่มทดลอง ( $N = 60$ )

กลุ่ม	$n$	$M$	$SD$	Mean difference	$t$	$df$	$p$
กลุ่มควบคุม	30	9.20	.71	-1.03	-4.89	58	< .01
กลุ่มทดลอง	30	8.16	.91				

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่า ที แบบอิสระต่อกัน (Independent  $t$ -test) พบว่า ผู้ทดลอง

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $t_{58} = -4.89, p < .01$ ; กลุ่มทดลอง:  $M = 8.16, SD = 0.91$ ; กลุ่มควบคุม:  $M = 9.20, SD = 0.71$ )

### ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง ทดสอบการกระจายของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ One-sample kolomogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบ

โค้งปกติ กลุ่มทดลอง ( $p = .82$ ) กลุ่มควบคุม ( $p = .72$ ) จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้

ประสบการณ์การคลอระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย สถิติทดสอบค่าที่ แบบอิสระ  
 ต่อกัน (Independent *t*-test) ผลการวิเคราะห์ แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอ  
 ระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง ( $N = 60$ )

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
กลุ่มควบคุม	30	86.17	9.92	8.06	3.52	58	< .01
กลุ่มทดลอง	30	94.23	7.71				

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์  
 การคลอ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่า ที่ แบบอิสระต่อกัน  
 (Independent *t*-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอมากกว่า  
 กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 3.52, p < .01$ ; กลุ่มควบคุม:  $M = 86.17, SD = 9.92$ ;  
 กลุ่มทดลอง:  $M = 94.23, SD = 7.71$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง มาใช้บริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มาตรวัดความปวดที่ใช้ตัวเลขแทนระดับความปวด แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนความเจ็บปวด และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่า ที แบบอิสระต่อกัน (Independent *t*-test)

#### สรุปผลการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 24.40 ปี ( $SD = 3.97$  ปี) ส่วนใหญ่มีอายุ 20-25 ปี (ร้อยละ 66.7) รองลงมาอายุ 26-30 ปี (ร้อยละ 26.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 24,900 บาท/ เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/ เดือน และ 20,001-30,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 43.3 เท่ากัน

หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 24.60 ปี ( $SD = 3.51$  ปี) ส่วนใหญ่มีอายุ 20-25 ปี (ร้อยละ 76.7) รองลงมาอายุ 31-35 ปี (ร้อยละ 13.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 93.3 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 26,466.67 บาท/ เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 46.7

2. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมต่อการคลอดให้กับผู้คลอด ซึ่งประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้านจิตใจ (Psychological coping)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลออด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลออดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลออด และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ที่ทำให้ผู้คลอดมีการประเมินและการแปลความหมายเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ไปในด้านบวก ช่วยให้ผู้คลอดผ่านเหตุการณ์ที่เกิดความเครียดจากการเจ็บครรภ์คลออดไปได้ (Butler et al., 1989) เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ที่ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวลลดลง และความตึงเครียดของร่างกายในระยะเจ็บครรภ์ลดลง (Murry & McKinney, 2005) ผู้คลอดจึงรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์ลดลง (ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ, 2549) ดังการศึกษาของ ลูติพร อิงคถาวรวงศ์ และคณะ (2543) พบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผนจะมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ (2555) พบว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ มีคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และคะแนนมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพย์ โขมขุนทด และคณะ (2555) พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด จะมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) เป็นการทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลของพลังงานร่างกาย มีความก้าวหน้าในการคลอด ลดความเจ็บปวด และลดระยะเวลาในการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านความสุขสบาย ความปลอดภัย โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขอนามัย การนวดสัมผัสที่นุ่มนวล การจัดทำนอน จะช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก จะทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดในระดับสมองลดลง จึงเจ็บปวดลดลง (วิลพรธรรม สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546) วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) ในโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ให้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกได้มีการเรียนรู้ ฝึกทักษะในการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีการสนับสนุนด้านร่างกายโดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว เทคนิคการเบี่ยงเบน ความสนใจ เทคนิคการลูบหน้าท้องในระยะเจ็บครรภ์คลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยปรับระดับประคองด้านจิตใจตลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด คอยอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง คอยปลอบใจให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ซึ่งการสัมผัสเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก เป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจ การรับรู้ความสามารถในการคลอด (Kannan, Jamison, & Datta, 2001; Tumblin & Simkin, 2001) ทำให้ร่างกายเกิดความสมดุล มีความก้าวหน้าในการคลอด ซึ่งส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง (Eberhand et al., 2005) ดัชนีวิจัยของ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และคณะ (2557) พบว่า วิธีที่ดีที่สุดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรกคือ การมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวอยู่ด้วย จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ (2550) พบว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จะมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วิภารัตน์ สอดส่อง (2548) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนประคองในระยะคลอด จะมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บปวดในระยะคลอดที่ดี และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า

2. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจาก

กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่เกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนผู้คลออดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1 ของการคลออด จะทำให้ผู้คลออดลดความเครียด และรู้สึกได้รับการดูแลช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้คลออดรู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้คลออดลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการตัดวงจร กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด (Fear-Tension-Pain) และมีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลออด จะทำให้ผู้คลออดมีการรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์การคลออดที่ดี ดังการศึกษาของ บุญทวี สุนทรลี้มลิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน ปรึกษา ปรองดอง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดที่ดี สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การศึกษาของ มาณี จันทร์โสภา และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้คลออดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลออด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และการศึกษาของ นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล (2551) ที่พบว่า การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลออด จะมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลออดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีผลทำให้ผู้คลออดครั้งแรกที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้คลออดเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเจ็บปวดในระยะคลออด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดที่ดี
2. ด้านการศึกษาการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์นี้ ไปสอดแทรกในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้คลออดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป หากจะมีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์  
ควรคำนึงถึงปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้  
ประสบการณ์การคลอด และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด  
ในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

## บรรณานุกรม

- กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2558). *เวชระเบียนการคลอด*.  
สมุทรปราการ: โรงพยาบาลสมุทรปราการ
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). *ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้  
ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). *ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้  
ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดา  
วัยรุ่นครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, อำนวย ลอยกุลนันท์, เส็งยม เตชะภัทรกุล และนันทิยา สุวรรณรัตน์. (2543).  
*ผลการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผนต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ  
คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรรรชนี ลีประเสริฐ. (2538). *ผลของคนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด  
ครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารุณี จันฉาไชย, กิริยากร ชิวะโต และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว. (2556). *ผลของการพยาบาลแบบ  
สนับสนุนประคับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์  
การคลอดของมารดาครรภ์แรก* โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร.  
*วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 100-110.
- ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ. (2549). *ผลของการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อความรู้ ทัศนคติ และการ  
ปฏิบัติตัวในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริม  
การมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส  
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา  
และทารก*. *รามาชิปิตพยาบาลสาร*, 14(2), 258-273.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญทวี สุนทรถิ์มศิริ, ศรีสมร ภูมณสกกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบ สันับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 15(3), 361-372.
- ประทุมพร เพ็ชรจริง, ละมัย วีระกุล, นุชยา ยารังสี, ผกา สุขเจริญ และสุทธิพร พรหมจันทร์. (2544). ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดใน ระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 16(3), 25-35.
- ปราณี แข็งแรง. (2552). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก* โรงพยาบาลมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พานูวัฒน์กร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-107.
- ปิยฉัตร ปธานราชภูร์. (2549). *ความต้องการการสนับสนุนในระยะคลอดของผู้คลอดและ ครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยพร นิสสัยกล้า. (2550). *ผลของการฝึกการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว ต่อความเครียด ความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณทิพย์ โชมขุนทด, อำไพ จารุวัชรพณิชกุล และจันทรรัตน์ เจริญสันติ (2555). ผลของการ เตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาของการคลอด และการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 41(1), 13-49.
- พิธียา สุกศรี. (2549). *การสนับสนุนทางการพยาบาลระยะคลอด*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14 (1), 1-7.

- มานี จันทรโสภา, จวี เบาทรวง และสุกัญญา ปรีชญกุล. (2555) ผลของการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดด้วยรุ่น ครรภ์แรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 72-84.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ ประสบการณ์ การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อ้อมโนทัศน์กับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชันต์ ธีรรดา. (2548). ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอด ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของ มารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(3), 10-22.
- ลักขณา สุวะจันทร์. (2551). ความต้องการการดูแล การรับรู้พฤติกรรมดูแล และความพึงพอใจ ในพฤติกรรมดูแล ที่ได้รับจากการพยาบาล ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์ แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก แรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2546). การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงใน ระยะคลอดและทารกแรกเกิด (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ศรีนคร มังคะมณี. (2547). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 292-300.

- ศิรินารถ ศรีกาญจนเพริศ. (2542). *ความเป็นห่วงเกี่ยวกับการคลอดบุตรและการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริลักษณ์ รัตนพันธุ์. (2541). ผลการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด. *รามาศิษีสาร*, 25(2), 51-55.
- สุกัญญา ปรีชญญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร*, 40(1), 84-93.
- สุพิศ ณ เชียงใหม่. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาลและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา สุขศรี และรัชนิวรรณ รอส. (2557). วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีต่อการคลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 56-68.
- อรอุมา สอนพา. (2547). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามี ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). *ชุดความรู้สติ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.
- อุษา เชื้อหอม และธาราภรณ์ เชื้อหอม. (2542). การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยนิตติพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(3), 12-24.
- Abushaikha, L. A. (2007). Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 35-40.
- Balaskas, J. (1983). *Active birth*. New York: McGraw Hill.
- Brownridge, P. (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 59(Suppl), S9-S15.
- Butler, R. W., Damarin, F. L., Beaulieu, C., & Thorn, B. E. (1989). Assessing cognitive coping strategies for acute postsurgical pain. *Psychological Assessment*, 1(1), 41-45.
- Cheung, W., Ip, W., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123-130.

- Clark, A. L., & Affonso, D. D. (1977). *Child bearing: A nursing perspective* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Clark, A. L., Affonso, D. D., & Harris, T. R. (1979). *Childbearing: A nursing perspective*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Dick-Read, G. (1976). *The practice of natural childbirth* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Harper & Row.
- Eberhard, D. A., Johnson, B. E., Amler, L. C., Goddard, A. D., Heldens, S. L., Herbst, R. S., Ince, W. L., Jänne, P. A., Januario, T., Johnson, D. H., Klein, P., Miller, V. A., Ostland, M. A., Ramies, D. A., Sebisano, D., Stinson, J. A., Zhang, Y. R., Seshagiri, S., & Hillan, K. J. (2005). Mutations in the epidermal growth factor receptor and in KRAS are predictive and prognostic indicators in patients with non-small-cell lung cancer treated with chemotherapy alone and in combination with erlotinib. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 5900-5909.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3<sup>rd</sup> ed.). Oxford: Oxford University.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 617-622.
- Escott, 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(2), 144-156.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160-S172.
- Holmes, J., & Magiera, L. (1987). *Maternity and nursing*. New York: Macmillan.
- Kannan, S., Jamison, R. N., & Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472.



- Klossner, N. J. (2005). *Introductory maternity nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263-270.
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16-S24.
- Malata, A., Hauck, Y., Monterosso, L., & McCaul, K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 67-78.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979) Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean birth. *Nursing Research*, 28(5), 260-266.
- May, A. E., & Elton, C. D. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3), 423-441.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *The American Association for the Advancement of Science*, 150(3699), 971-979.
- Murray, S. M., & McKinney, E. S. (2005). *Foundations of maternal-newborn nursing* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Lippincott.
- Navitsky, J., Greene, J. F., & Curry, S. L. (2000). The onset of human labor: Current theories. *Primary Care Update for Obstetrics and Gynecology*, 7(5), 197-199.
- Nichols, F. H. (1992). The Psychological effects of prepared childbirth on single adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 1(1), 41-49.
- Nichols, F. H., & Hamenick, S. S. (2000). *Child-birth education: Research and theory* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Perry, E., Hockenberry, J., Lowdermilk, L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4<sup>th</sup> ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Revill, S. I., Robinson, J. O., Rosen, M., & Hogg, M. I. (1976). The reliability of a linear analogue for evaluating pain. *Anaesthesia*, 31(9), 1191-1198.

- Reynolds, F. (2010). The effects of maternal labour analgesia on the fetus. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(3), 289-302.
- Sheiner, E., Sheiner, E. K., & Shoham-Vardi, I. (1998). The relationship between parity and labor pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(3), 287-288.
- Simkin, P. 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.
- Simkin, P. P., & O'hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 131-159.
- Stewart, D. E. (1982). Psychiatric symptoms following attempted natural childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 127(8), 713-716.
- Tumblin, A., & Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28 (1), 52-56.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Maternal positions and mobility during first stage of labour*. Retrieved from <http://apps.who.int/rhl/pregnancy>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนการเจ็บครรภ์  
และการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวหญิง แทนรัตน์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการในการคลอด  
และวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถเลือกวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์ที่เหมาะสม  
กับตนเอง อันจะส่งผลให้มีประสบการณ์ที่ดีในการคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่อท่านเข้าร่วม  
การวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ท่านกรอกแบบสอบถาม  
ข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นท่านจะได้รับการสอน ประกอบกับการแจกคู่มือเป็นรายบุคคล  
โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด และได้รับการดูแล  
ตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้วิจัยจะประเมินความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดทุก  
2 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตัวเลข และหลังจากท่านคลอดขอความร่วมมือท่าน  
ในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงหลังคลอด

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้คุณเลือกวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่  
เหมาะสมกับตนเอง และผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่ไม่ได้รับ  
การเตรียมคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วม หรือ  
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาล  
ของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการ  
วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บ  
เป็นความลับ โดยปกปิดชื่อ การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมในเชิง

วิชาการเท่านั้น และเก็บแบบสอบถามดังกล่าวไว้ 1 ปีภายหลังวิเคราะห์ข้อมูล และตีพิมพ์เผยแพร่  
เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้ในโต๊ะทำงาน มีกุญแจล็อก ผู้วิจัยเป็นผู้ถือกุญแจ  
และจะทำลายข้อมูลหลังผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย  
ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่  
นางสาวหญิง แทนรัตน์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8400996 หรือที่ ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-6525400

นางสาวหญิง แทนรัตน์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือ  
ผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำ  
ความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์  
ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวหญิง แทนรัตน์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการในการคลอด และวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และสามารถเลือกวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์ที่เหมาะสมกับตนเอง อันจะส่งผลให้มีประสบการณ์ที่ดีในการคลอด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์คลอดบุตร ที่มีอายุในช่วง 20-35 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระยะรอคลอด ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลภายใน 1 วัน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ให้ท่านกรอกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นท่านจะได้รับการสอน ประกอบกับการแจกคู่มือแก่กลุ่มรายบุคคล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด และได้รับการดูแลจากผู้วิจัยในระยะเจ็บครรภ์ ผู้วิจัยจะติดตามประเมินโปรแกรมในระยะพักฟื้น 6 ชั่วโมงหลังจากท่านคลอด โดยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตัวเลข

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ท่านเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเลือกวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่เหมาะสมกับตนเอง และผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผลการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการมารับบริการ หรือการรักษาพยาบาล

ของท่านแต่อย่างใด ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ และยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดชื่อ การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น และเก็บแบบสอบถามดังกล่าวไว้ 1 ปีภายหลังวิเคราะห์ข้อมูล และตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้ในโต๊ะทำงาน มีกุญแจล็อก ผู้วิจัยเป็นผู้ถือกุญแจ

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวหญิง แทนรัตน์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-8400996 หรือที่ ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-6525400

นางสาวหญิง แทนรัตน์  
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่าน โดยเขียนคำตอบ หรือ ทำเครื่องหมาย

✓ หน้าตัวเลือกในแต่ละข้อ

ปัจจุบันท่านอายุครบ..... ปี

1. ระดับการศึกษา.....

2. อาชีพ

( ) แม่บ้าน

( ) ค้าขาย

( ) รับจ้าง

( ) เกษตรกร

( ) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด

( ) หม้าย

( ) หย่าร้าง

( ) แยกกันอยู่

4. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

## มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด											มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก โดยใช้ แผนการสอนรายบุคคล เรื่องกระบวนการคลอด และการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด และคู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ใช้เวลา 15-20 นาที ให้ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (เปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคในการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว เทคนิคการเบี่ยงความสนใจ ใช้เทคนิคการหายใจ และ การลูบหน้าท้อง ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยประทับประคองด้านจิตใจตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการคอยอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ซึ่งการสัมผัสเป็นสิ่งทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก

## แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยจะมีข้อความให้ท่านพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึก หรือมีความคิดเห็นอย่างไรในแต่ละข้อ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นจึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านในครั้งนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับ หลังจากการวิจัยสิ้นสุดข้อมูลจะถูกทำลาย ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานการพยาบาลผดุงครรภ์

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว **กรุณาตอบทุกข้อ** โดยมีเกณฑ์ในการเลือก ดังต่อไปนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

## ตัวอย่างการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ประสบการณ์การคลอด	ระดับการรับรู้			
	ไม่เป็นจริง เลย	เป็นจริง เล็กน้อย	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ที่สุด
<b>หมวดที่ 1 การดูแลตนเองในระยะคลอด</b> 1. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถดูแลตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อสามารถเผชิญกับการเจ็บ ครรภ์ได้	✓			

1. หมายความว่า ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถดูแลตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ ไม่ตรงกับความเป็นความจริง

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ประสบการณ์การคลอด	ระดับการรับรู้			
	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงมาก	เป็นจริงที่สุด
<b>หมวดที่ 1 การดูแลตนเองในระยะคลอด</b> 1. ในระยะเจ็บครรภ์ท่านสามารถดูแลตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้				
2. วิธีการต่าง ๆ ที่ท่านทำในช่วงเจ็บครรภ์ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้				
.....				
.....				
<b>หมวดที่ 2 ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลในระยะคลอด</b> 9. การช่วยเหลือของพยาบาลตลอดระยะคลอด ทำให้ท่านคลายความกลัวและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพบุตร				
.....				
<b>หมวดที่ 3 ทัศนคติต่อการเจ็บครรภ์คลอด</b> 16. ท่านรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแสนสาหัส				
.....				
<b>หมวดที่ 4 ความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอดครั้งนี้</b> 23. ท่านรู้สึกภูมิใจที่สามารถคลอดเองได้				

## คู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์





**แผนการสอนรายบุคคล เรื่องกระบวนการคลอด และ การปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด**

สถานที่สอน ห้องคลอด ระยะเวลาการสอน โดยประเมินสภาพความพร้อมของผู้คลอดในแต่ละราย

ผู้ฟัง ผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยได้รับการเตรียมคลอดในระยะตั้งครรภ์ ผู้สอน นางสาวหญิง แทนรัตน์ (ผู้วิจัย)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม/สื่อ	วิธีประเมินผล
หลังจากให้คำแนะนำแล้ว ผู้ฟังสามารถ	<p><b>บ้านท่า</b></p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวหญิง แทนรัตน์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จะมาให้ความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการคลอด และ การปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด ค่ะ</p> <p>ก่อนที่เราจะเข้าเรื่องดังกล่าว เราทราบกันดีนะคะว่าการเจ็บครรภ์แสดงว่า กระบวนการคลอดได้เริ่มต้นขึ้นตามธรรมชาติแล้ว การเจ็บครรภ์มักทำให้ผู้คลอด ไม่สบายกาย รู้สึกท้อ กังวล ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานมากขึ้นแต่ทำงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น หากผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอด อาจทำให้คุณแม่มีความพร้อมต่อการคลอด และมีความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดครั้งนี้คะ</p>	<p>-กล่าวทักทาย แนะนำตนเองและแนะนำจุดประสงค์ของการสอน</p>	<p>-ประเมินความรู้ของผู้ฟังเกี่ยวกับวิธีการคลอด และการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้คำถามว่า “ คุณแม่ทราบไหมคะว่าการคลอดมีกี่วิธี”</p> <p>-คุณแม่ทราบไหมคะว่าจะปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์คลอดอย่างไร”</p>

ภาคผนวก ค  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เรือรบพิเชฐ  
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง  
สาขาพยาบาลศาสตร์ สภากาชาดพยาบาล  
อดีตอาจารย์ประจำ  
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
อาจารย์ประจำ  
สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก  
และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง  
สาขาพยาบาลมารดาและทารก  
โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
3. นางสาวจุฑาทิพย์ เกิดเจริญ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง  
สาขาพยาบาลมารดาและทารก  
โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา