สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก

รัชนันต์ ถิรรดา

AQ 0032639

10 พ.ย. 2549
213766
BK0096912

เริ่มบริการ
11 เม.ย. 2550

รายงานการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2547

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาผู้วิจัยได้รับกำลังใจ ความเอื้ออาทรตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและจะจดจำไว้ตลอดไป

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ รวมทั้งห้องคลอดที่ให้โอกาสและสนับสนุนการทำการวิจัย ขอขอบคุณศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนวิจัย และที่สำคัญที่สุด คือ มารดาครรภ์แรกผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่ได้ให้โอกาสและความร่วมมือด้วยดีจนทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

นางรัชนันต์ ถิรรดา

กุมภาพันธ์ 2548

ชื่องานวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก
ผู้วิจัย	นางรัชนันต์ ถิรรดา
ทุนอุดหนุนการวิจัย	งบประมาณเงินรายได้ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2547
ปีที่ทำการศึกษา	2547
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์การแพทย์
คำสำคัญ	โปรแกรมการเตรียมคลอด , ความรู้เกี่ยวกับการคลอด , พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรก ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 15 ราย ได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยฝากครรภ์ และกลุ่มทดลอง 15 ราย ได้รับการเตรียมคลอดตามโปรแกรม 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนการเตรียมตัวเพื่อการคลอด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้สถิติการทดสอบค่าที ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติการทดสอบค่าที ที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมคลอดเพิ่มขึ้นสูงกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมคลอดต่ำกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. มารดาครรภ์แรกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมคลอดสูงกว่ามารดาครรภ์แรกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Title : Effect of Childbirth Preparation Program on labour knowledge, pain-coping behavior and labour service satisfaction of primigravidas

Researcher : Mrs. Ratchanunt Tirarada

Grant : Health Science Center , Burapa University budget

Year : 2004

Concentration : Health Science

Key words : Program on labour knowledge , Labour knowledge , Pain-coping behavior , Labour service satisfaction

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of childbirth preparation program on labour knowledge , pain-coping behavior and labour service satisfaction of Primiparas. The samples were 30 normal primiparas. They were recruited from the antenatal clinic of the Health Science Center, Burapha University and were purposively selected. The control group, consisted of 15 subjects, received routine care while the experimental group, consisted of 15 subject, received 2 childbirth preparation classes. The instruments used in this study were childbirth preparation plan, labour knowledge questionnaires, the pain-coping behavior scale and the labour service satisfaction questionnaires. Data were analyzed by using frequency, percentage and t-test.

The results revealed that:

1. The primiparas in experimental group had significantly higher mean score of labour knowledge after the experiment than those of primiparas in the control group ($p < .05$).

2. The primiparas in experimental group had significantly lower mean score of the pain-coping behavior after the experiment than those of primiparas in the control group ($p < .05$).

3. The primiparas in experimental group had significantly higher mean score of the labour service satisfaction after the experiment than those of primiparas in the control group ($p < .05$).

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ค

สารบัญ..... ง

สารบัญตาราง..... จ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 2

สมมติฐานการวิจัย..... 2

ขอบเขตการวิจัย..... 2

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 3

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 4

กรอบแนวคิดการวิจัย 4

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 5

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด..... 5

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด..... 12

การเตรียมคลอด..... 14

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด..... 18

3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 22

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 22

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 22

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 26

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 26

บทที่ หน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 27
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 28

4 ผลการวิจัย..... 29
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 29
การเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา.. 31
การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม..... 32
การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 33

5 สรุปและอภิปรายผล..... 36
สรุปผลการวิจัย..... 36
อภิปรายผล..... 37
ข้อเสนอแนะ..... 40

บรรณานุกรม..... 42

ภาคผนวก..... 46
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 48
ภาคผนวก ข ใบยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล..... 50
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์..... 52
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 56

ประวัติย่อของผู้วิจัย..... 64

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
2	เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา.....	32
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	33
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	34

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสรีระธรรมชาติ ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เกิดขึ้นกับมารดาทุกคน จะมากหรือน้อยต่างกันตามสภาพความพร้อมและการรับรู้ของแต่ละบุคคล ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2 องค์ประกอบ คือด้านร่างกายและจิตสังคม ความเจ็บปวดด้านร่างกายมีสาเหตุและกลไกการเกิดตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการคลอด ส่วนด้านจิตสังคมที่สำคัญ คือ ความกลัวและความวิตกกังวล (Dick-Read, 1984) ความกลัวอาจเป็นผลมาจากความไม่รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและความเข้าใจผิด ๆ ถึงความเจ็บปวดที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาครรภ์แรกที่ขาดประสบการณ์การคลอด การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการคลอด และความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้มารดาเกิดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้นช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลจากความไม่รู้ และแปลความหมายของการเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด อาจไม่เพียงพอที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้มารดาได้ มารดาจำเป็นที่จะต้องได้รับทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะสำหรับการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมารดาและทารกจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนการคลอด เพื่อให้มารดามีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้มารดารู้สึกเข้มแข็งและมั่นใจเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี อาจมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด เนื่องจากโปรแกรมการเตรียมคลอดสามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของมารดาครรภ์แรก

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดในการเตรียมคลอดของลามาซ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การฝึกบริหารร่างกาย และการฝึกด้านจิตใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริการของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดได้มีการพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างหน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอด มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการกับ

ผู้รับบริการ สร้างความคุ้นเคยกับสถานที่เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นมิตร ทำให้เกิดความอบอุ่นไว้วางใจ และเชื่อมั่นในการใช้บริการในสถานที่ และบุคลากรที่คุ้นเคย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก กำหนดขอบเขตของาการศึกษาไว้ดังนี้

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2547 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2547 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 อายุ 18 - 35 ปี

1.2 อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

1.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระยะคลอด

จัดเข้ากลุ่มโดยจับฉลากวันที่มารดาครรภ์แรกมาฝากครรภ์ได้วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และวันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเตรียมคลอด และการบริการในหน่วยฝากครรภ์ตามปกติ

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

มารดาครรภ์แรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยผ่านการคลอด อายุครรภ์ 28 - 36 สัปดาห์เมื่อเริ่มทำการศึกษา เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

โปรแกรมการเตรียมคลอด หมายถึง กิจกรรมที่จัดให้มารดา และสามีหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด การเยี่ยมชมห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด การฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วย การบริหารร่างกายและการวางท่าที่ถูกต้อง การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ และเทคนิค
การหายใจในระยะต่างๆ ของการคลอด โดยจัดการสอนเป็นกลุ่มๆ กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลาในการสอนครั้งละประมาณ 45-60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ตามการนัดตรวจครรภ์และให้มารดาฝึกปฏิบัติในชั้นเรียนหลังการสอนทุกครั้ง

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อควบคุมหรือทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง ซึ่งวัดได้ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของฉวี เบาทรวง (2526) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าคะแนนสูง

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาต่อการให้บริการคลอดของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา วัดได้ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างจาก แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) โดย คะแนนสูง หมายถึง มารดามีความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดมากกว่าคะแนนต่ำ

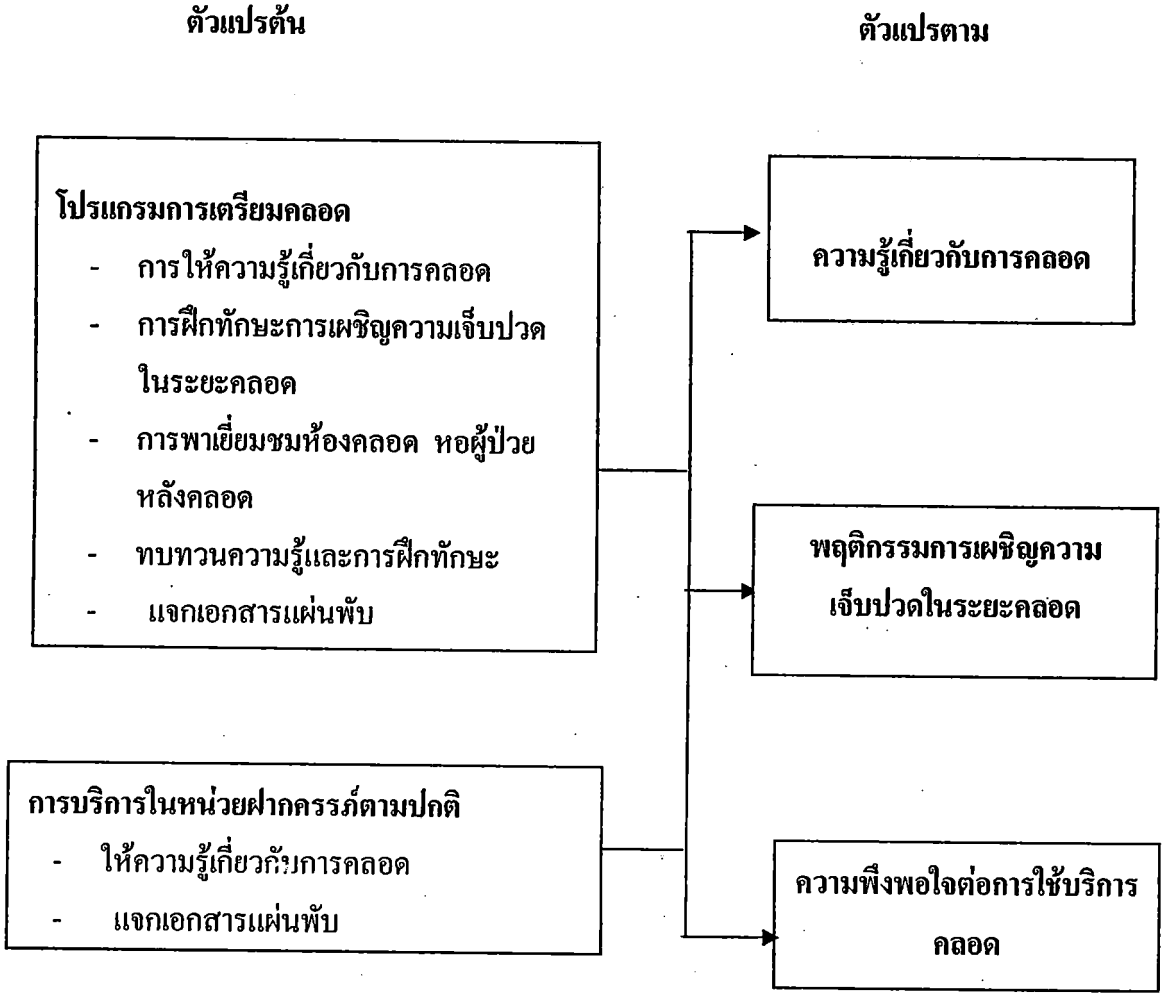
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกได้รับการเตรียมการคลอดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามรถส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการด้านสูติกรรมของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนิสิต นักศึกษา บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ที่สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมคลอดในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น มารดาครรภ์หลังหรือมารดาวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาสรุปเป็นสาระสำคัญ โดยลำดับเนื้อหาเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด
2. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. การเตรียมคลอด
4. ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

การคลอด (Labour) เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับดันทารก รก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกในครรภ์มารดาออกมาสู่โลกภายนอก (Olds, London & Ladewig , 1996) ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรยังไม่มีคำอธิบายได้แน่นอนชัดเจน แต่เชื่อว่ามีสาเหตุหลายประการประกอบกัน ในการกระตุ้นให้เซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้มีผู้ศึกษาและคิดค้นทฤษฎีต่าง ๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดมากมาย เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับออกซิโทซิน (Oxytocin theory) ทฤษฎีการลดน้อยลงของโปรเจสเตอโรน (progesterone withdrawal theory) และทฤษฎีพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins theory) เป็นต้นซึ่งทฤษฎีที่เป็นที่เชื่อถือกันมากที่สุดในปัจจุบันนี้คือทฤษฎีพรอสตาแกลนดินส์ที่อธิบายว่า ทารกสร้างสัญญาณบางอย่างไปกระตุ้นให้มดลูกของมารดามีการสร้างสารพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) เพิ่มขึ้นที่กล้ามเนื้อมดลูกทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก และเชื่อว่าการสร้างสารพรอสตาแกลนดินส์นั้นมีความสัมพันธ์กับระดับของฮอร์โมนสเตียรอยด์ (steroid hormone) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรเจสเตอโรน (progesterone) และเอสโตรเจน (estrogen) ซึ่งพบว่าก่อนการเจ็บครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ระดับของโปรเจสเตอโรนลดลง และระดับของเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินส์เพิ่มขึ้นอย่างมากทำให้มดลูกหดรัดตัว (สุรีย์ สิมารักษ์และธีระ ทองสง , 2535; Pritchard et al ., 1985) เมื่อมดลูกมีการหดรัดตัวจะทำให้ปากมดลูกบางลงและเปิดขยาย แรงดันภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้น และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของทารกที่เรียกว่า กลไกการคลอด และทารกจะเคลื่อนผ่านไป

ตามช่องทางคลอดและนำไปสู่การคลอดบุตรในที่สุด ซึ่งระยะเวลาของการคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิด ระยะเบ่งคลอด ระยะรกคลอด และระยะพักฟื้น

การคลอดระยะที่หนึ่งหรือระยะปากมดลูกเปิด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงปากมดลูกเปิดหมด หรือประมาณ 10 เซนติเมตร โดยเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับการหดรัดตัวของมดลูกทุก 5 นาที ถึง 10 นาที แต่อาการเจ็บครรภ์ไม่รุนแรง ต่อมาการหดรัดตัวของมดลูกถี่ขึ้นเป็นทุก 2 ถึง 3 นาที และนานครั้งละ 45 ถึง 60 วินาที อาการเจ็บครรภ์รุนแรงขึ้น ในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 13.3 ชั่วโมง และ 7.5 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนี้ยังแบ่งออกเป็นอีก 2 ช่วง คือ (Holmes & Magiera, 1987)

1. ช่วงที่ปากมดลูกเปิดอย่างช้า ๆ (latent phase) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเริ่มเปิดจนปากมดลูกเปิด 2 – 3 เซนติเมตร เป็นช่วงที่ใช้เวลานานที่สุดในระยะหนึ่งของการคลอด โดยที่ปากมดลูกจะเปิดประมาณ 0.3 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 8.6 ชั่วโมง และไม่เกิน 20 ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 5.3 ชั่วโมง และไม่เกิน 14 ชั่วโมง

2. ช่วงที่ปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตรจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 5.8 ชั่วโมง และไม่เกิน 12 ชั่วโมง โดยที่ปากมดลูกจะเปิดประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2.5 ชั่วโมง และไม่เกิน 6 ชั่วโมง โดยที่ปากมดลูกจะเปิดประมาณ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ระยะที่ปากมดลูกเปิดประมาณ 8 ถึง 10 เซนติเมตรถือได้ว่าเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (transition phase) ของการคลอด ระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดช้าลง แต่การเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์จะเพิ่มมากขึ้น ความเจ็บปวดจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

การคลอดในระยะที่สอง หรือระยะเบ่งคลอดจะเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดหรือประมาณ 10 เซนติเมตรจนถึงทารกเกิดออกมาทั้งตัว ซึ่งในครรภ์แรกจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 57 นาที และในครรภ์หลังจะใช้เวลาประมาณ 18 นาที (Holmes & Magiera, 1987)

การคลอดในระยะที่สามหรือระยะรกคลอด จะเริ่มตั้งแต่ทารกเกิดจนกระทั่งรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ ซึ่งในระยะนี้จะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 5 นาที ทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง

การคลอดในระยะที่สี่หรือระยะพักฟื้น เริ่มตั้งแต่รกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ และสิ้นสุดเมื่อสภาพร่างกายของมารดาอยู่ในสภาพที่เป็นปกติ ไม่มีอาการอื่นๆ เปลี่ยนแปลง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

โดยสรุปแล้วระยะเวลาคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ แต่ระยะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงมากที่สุด คือในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอด เนื่องจากมีการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อที่จะขับดันทารกออกจากครรภ์มารดา ร่วมกับมีการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์ตามความก้าวหน้าของการคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอด

ระหว่างตั้งครรภ์จะมีการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นภาวะปกติทางด้านสรีรวิทยาที่มีประโยชน์โดยจะช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดเข้าไปในช่องว่างระหว่างวิลไล (intervillous space) ของรกได้ดี ซึ่งปกติการหดรัดตัวของมดลูกจะไม่รุนแรง และไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่เมื่อใกล้ครบกำหนดคลอดหรือมีสิ่งผิดปกติใด ๆเกิดขึ้น ที่ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกถึงระดับหนึ่งที่ไม่สามารถทนได้ การหดรัดตัวนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดนี้ยังไม่สามารถให้คำอธิบายหรือคำจำกัดความได้อย่างครอบครุมและชัดเจน อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับสืบทอดกันมาแต่โบราณว่า การคลอดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและเป็นสิ่งที่หญิงมีครรภ์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สตรีถึงร้อยละ 97 กล่าวว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reeder & Martin , 1987) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บปวดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ แล้ว ความเจ็บปวดในการคลอดบุตรจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากความเจ็บปวดอื่น ๆ กล่าวคือ เกิดขึ้นในระยะคลอดและจะหายไปได้เองภายหลังทารกคลอดออกมาแล้ว (Gorrie , Mckinney & Murray , 1994)

ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2 ประกอบ คือ องค์ประกอบทางด้านร่างกายและจิตสังคม องค์ประกอบทั้งสองมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดยากจะบอกได้ว่าความเจ็บปวดด้านร่างกายจบลงที่ใด และความเจ็บปวดด้านจิตใจเริ่มต้นที่ไหน เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งผู้ที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นจึงจะบอกได้ สำหรับความเจ็บปวดเนื่องจากองค์ประกอบทางด้านร่างกายมีสาเหตุและกลไกการเกิดตามลำดับของกระบวนการคลอดดังนี้ คือ

1. ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีสาเหตุมาจากการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ทำให้เซลล์ขาดออกซิเจน การเปิดขยายของปากมดลูกและการเปลี่ยนแปลงของมดลูกส่วนล่าง ทำให้เกิดการยืดและตึง รวมถึงแรงที่กดลงบนตัวมดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ตรง และเอ็นยึดต่าง ๆ ที่ถูกดึงรั้ง จะส่งผลไปกระตุ้นที่ประสาทรับความรู้สึกเจ็บ และส่งกระแสประสาทจากข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทท้องน้อย (hypogastric plexus) เป็นการส่งความรู้สึกไปทางใยประสาทซิมพาธิติค (sympathetic nerve fiber) และส่งไปยังแขนงประสาทช่องท้อง (ventral rami) ที่ T_{10} T_{11} T_{12} และ L_1 ส่งต่อไปสู่

เปลือกสมอง ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการรับและแปลความรู้สึกเจ็บปวด

2. ความเจ็บปวดในระยะที่สองของการคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูก โดยที่มดลูกส่วนบนหดรัดตัวหนาขึ้น ดึงรั้งมดลูกส่วนล่างให้เกิดการยืดขยาย การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ และแรงกดจากการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ความรู้สึกเจ็บปวดนี้จะถูกส่งผ่านโดยตรงทางประสาทพูเดนดอล (pudendal nerve) และเข้าสู่ประสาทไขสันหลังบริเวณส่วนก้นกบที่ S_2S_3 S_4 แล้วจึงส่งไปยังเปลือกสมองตามลำดับ

3. ความเจ็บปวดในระยะที่สามของการคลอด เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูก และการยืดขยายของปากมดลูก เพื่อให้รกผ่านออกมา กระแสประสาทที่ส่งความเจ็บปวดจะเหมือนในระยะที่หนึ่งของการคลอด

องค์ประกอบอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในระยะคลอด คือองค์ประกอบด้านจิตสังคม ที่สำคัญได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่ง ดิค –รีด (Dick – Read , 1984) กล่าวว่าความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดเชื่อมโยงซึ่งกันและกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear – Tension – Pain cycle) ความกลัวเป็นผลมาจากความไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและความเข้าใจผิด ๆที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมา ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้มีความตึงเครียดทางจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ รวมถึงมดลูกส่วนล่าง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้เป็นผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการเจ็บปวดและการคลอดล่าช้า และเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นก็จะยิ่งมีความกลัว และความตึงเครียดเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งก็จะเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป ความวิตกกังวลในระยะคลอดจะสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นจะมีผลให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) อะดรีนาลิน (adrenalin) และแคทิโคลานีน (catecholamine) ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลงทำให้เกิดการคลอดล่าช้า และอาจมีผลทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Clark et al., 1979) โดยเฉพาะในผู้คลอดที่มีระยะเวลาคลอดยาวนานจะมีผลต่อความทนทานต่อความเจ็บปวด(pain tolerance) ทำให้ความอดกลั้นต่อความเจ็บปวด(threshold)ลดลง นอกจากนั้นการดูแลรักษาต่าง ๆ เช่น การดูแลด้วยเครื่องมอนิเตอร์ (monitor) อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และในมารดาที่ได้รับการเร่งคลอด หรือเสริมกำลังการคลอดด้วยยาต่างก็รายงานว่ามีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์โดยธรรมชาติ และมีความยุ่งยากในการเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น (Gorrie et al., 1994)

การควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด

โดยทั่วไปเมื่อเกิดความเจ็บปวด ร่างกายจะมีการพัฒนาระบบกลไกการป้องกันตนเองเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมาน โดยแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และปฏิกิริยาทางจิตใจ ในปัจจุบันได้มีการนำยาต่าง ๆ มาช่วยระงับหรือบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างแพร่หลาย เช่น การใช้ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาทเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดทางอารมณ์ให้หมดไป การใช้ยาระงับความเจ็บปวดทั่วไป (general analgesia) การใช้ยาชาเฉพาะที่เพื่อตัดวิถีประสาทความรู้สึก และการใช้ยาสลบ (genral anesthesia) ยาต่าง ๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้จากผลข้างเคียง เพราะยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ ทำให้เกิดอันตราย ในกรณีที่มารดาได้รับยาจำนวนมากเกินไป หรือมารดาได้รับยาในระยะ 2 ถึง 3 ชั่วโมงก่อนคลอด ยาจะออกฤทธิ์กดศูนย์หายใจของทารก สำหรับผลข้างเคียงต่อมารดาทำให้กระวนกระวายใจ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ พักไม่ได้ หรือง่วงนอนตลอดเวลา และอาจทำให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ (Jensen, Benson & Bobak , 1981 ; Pilliteri , 1981) ดังนั้น จึงควรพยายามหลีกเลี่ยงการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีดังกล่าว โดยใช้วิธีการควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวดเนื่องจากการคลอดด้วยการไม่ใช้ยา ซึ่งมีทฤษฎีหรือแนวคิดหลายทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายหลักการควบคุมความเจ็บปวดนี้ ได้แก่

1. การควบคุมทางปัญญา (cognitive control)

เป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยใช้กลวิธีทางจิตวิทยา คือให้คิดถึงเรื่องอื่นแทนความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 2 พวกใหญ่ ๆ คือ การแยกความคิดออกจากความเจ็บปวด (dissociation) โดยเบี่ยงเบนความสนใจไปที่สิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่ไม่ใช่ความเจ็บปวด ในกรณีของการคลอดอาจให้ความสนใจที่การหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายและบางลงของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ รวมทั้งแรงกดหรือความร้อน ซึ่งการแยกความคิดจากความเจ็บปวดนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดโดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (cognitive) อารมณ์ (affective) และแรงจูงใจ (motivation) ของประสบการณ์ความเจ็บปวด หรืออาจเป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยยึดหลักการของการควบคุมประตู (gate control) อีกวิธีหนึ่งของการควบคุมทางปัญญาได้แก่การขัดขวางหรือการแปรสัญญาณความเจ็บปวด (interference) โดยการให้สิ่งเร้าภายนอก เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ชมโทรทัศน์ การเพ่งจุดสนใจไปยังที่ใดที่หนึ่งทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย การควบคุมการหายใจ รวมทั้งการสร้างจินตนาการ ซึ่งวิธีนี้อาจช่วยส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายมากขึ้น

2. การเปลี่ยนความรู้สึก (Sensory transformation)

วิธีนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าที่เป็นความเจ็บปวด ให้เป็นความรู้สึกยินดีหรือพึงพอใจ เช่น ในการเตรียมเพื่อการคลอด มารดาอาจจะได้รับการฝึกทักษะให้เปลี่ยนความรู้สึกจากการที่มดลูกหดรัดตัวให้เป็นความรู้สึกในทางบวกคล้ายถูกกอดรัดแรงๆจากผู้ที่เป็นที่รักของตน

3. การผ่อนคลาย (relaxation)

การผ่อนคลายช่วยเพิ่มความทนทานต่อการเจ็บปวด โดยลดความวิตกกังวลและความกลัว เป็นผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนั้นยังสามารถลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติค (sympathetic nervous system) และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาธิติค (parasympathetic nervous system) เป็นผลให้เส้นเลือดขยายตัวลดการหลั่งของแคทิโคลามีน (catecholamine) ซึ่งจะทำให้ระดับอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง

4. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ (cognitive rehearsal)

วิธีนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดโดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บปวดก่อนที่จะเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งการให้ข้อมูลนี้เป็นวิธีที่สำคัญของการเตรียมเพื่อการคลอด โดยทั่วไปแล้วการเตรียมเพื่อการคลอดนั้นเริ่มในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ การควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้จะทำให้มารดามีโอกาสฝึกการเตรียมด้านด้านจิตใจสำหรับการเผชิญกับเหตุการณ์และตระหนักว่าความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรนั้นเป็นสิ่งที่สามารถทนทานได้ แต่ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (Gorrie et al., 1994) โดยเชื่อว่าการให้ความรู้จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่รู้ หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนซึ่งจะช่วยให้มีความหมายทนทานต่อความเจ็บปวดมากขึ้น

5. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย (physical rehearsal)

เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวด โดยการฝึกให้มีการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งโดยปกติแล้วในการเตรียมเพื่อการคลอดจะใช้วิธีการบีบบริเวณกล้ามเนื้อ (muscle squeeze) จากการศึกษาของวอร์ธิงตัน , มาร์ติน และซูเมท (Worthington , Martin & Sumate , 1982) เกี่ยวกับวิธีการช่วยให้มารดามีความทนทานต่อความเจ็บปวดโดยใช้ความเย็นของน้ำแข็ง (อุณหภูมิ 0 - 1 C) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกมีความทนทานต่อความเจ็บปวดดีกว่าผู้ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เพียงอย่างเดียว หรือไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน และได้เสนอแนะว่าการใช้วิธีนี้ในมารดาอาจจะมีกว่าการใช้สิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดโดยวิธีบีบรัดเส้นเอ็น เพราะความแรงและลักษณะการบีบรัดของแต่ละคนแตกต่างกัน และการใช้ความเย็นของน้ำแข็งนี้ยังง่ายต่อการเตรียม แต่อย่างไรก็ตามใน

การเตรียมมารดาเพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ด้วยวิธีนี้ยังต้องการการศึกษาวิจัยต่อไป

6. การใช้ตัวแบบ (modeling)

การควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้มีหลักการจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของแบนดูรา (Bandura , 1977 อ้างถึงใน จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) ที่ว่าการรับรู้ความเจ็บปวดอาจลดลงได้ถ้าได้ถ้าได้ดูตัวแบบเผชิญกับสถานการณ์เช่นเดียวกันกับตน ซึ่งจากการศึกษาของมอนเดอริโน และ บีชเดค (Monderino & Bzdek , 1984 อ้างถึงใน จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) เกี่ยวกับผลของการใช้ตัวแบบและการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาความเจ็บปวด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับทั้งข้อมูลและได้ดูตัวแบบรายงานว่ามีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูล หรือดูตัวแบบเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การลดความไวต่อความรู้สึกกลัว (desensitization)

วิธีนี้มีหลักการว่าให้มารดาเผชิญหน้ากับความกลัว เนื่องมาจากการเจ็บครรภ์และการคลอด และใช้กลวิธีต่าง ๆ เอาชนะความกลัวนั้น ซึ่งในการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดมารดาจะได้รับทั้งข้อมูลและการฝึกทักษะในการเผชิญกับความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ทำให้เกิดฯ ความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น

8. ผลฮอร์ทอร์น (Hawthorne effect)

หลักการของวิธีนี้คือให้มารดาได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ ได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด เช่น ผู้สอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด พยาบาลหรือแพทย์ เป็นผลให้สามารถใช้วิธีต่าง ๆ ในการเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมีรายงานการศึกษาพบว่า การที่มารดาได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากสามีหรือผู้ที่อยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและมีระยะของการคลอดสั้นลง

9. ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

การควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้อาศัยหลักการที่ว่าโดยปกติสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดจะส่งผ่านไปตามใยประสาทขนาดเล็กของไขสันหลังขึ้นไปที่ซับสแตนเทีย เจลาติโนซา (substanria gelationsa) ซึ่งเปรียบเสมือนประตูมีหน้าที่ปรับสัญญาณจากประสาทนำเข้าก่อนจะส่งไปที่เซลล์ส่งข่าว (transmission cells) เพื่อส่งไปยังสมอง การส่งผ่านสัญญาณรับความรู้สึกเจ็บปวดนี้อาจปรับเปลี่ยนหรือถูกขัดขวางได้โดยการกระตุ้นใยประสาทนำเข้าขนาดใหญ่ ซึ่งมีมากบริเวณผิวหนังด้วยวิธีการสัมผัส การนวด การลูบ การเกา หรือการใช้ความเย็น เป็นต้น ซึ่งจะเป็นผลให้ " ประตูปิด " สัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดไม่สามารถผ่านไปสู่เซลล์ส่งข่าวได้ ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด อย่างไรก็ตามวิธีนี้จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น จึงต้องเปลี่ยนตำแหน่งหรือประเภทของการกระตุ้นใหม่ และสิ่งสำคัญคือถ้าใช้วิธีนวดหรือสัมผัสผิวหนัง

ต้องให้แรงพอ หากสัมผัสเบา ๆ จะกลับทำให้เพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดเพราะสัญญาณจากการสัมผัสเบา ๆ จะผ่านไปตามเส้นทางเดียวกับสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวด

10. ระบบเอ็นดอร์ฟิน (endorphin system)

เอ็นดอร์ฟิน เป็นสารคล้ายฝิ่นชนิดหนึ่ง ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยยับยั้งการส่งผ่านของพลังประสาทความเจ็บปวด นอกจากนั้นยังทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและง่วงนอน จากการศึกษาพบว่าระดับของเอ็นดอร์ฟินในมารดาจะสูงกว่าในสตรีปกติ และยังคงสูงติดต่อกันจนถึงช่วงหลังคลอด การกระตุ้นการหลั่งเอ็นดอร์ฟินอาจใช้วิธีการฝังเข็มและการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ซึ่งจะทำให้ระดับเอ็นดอร์ฟินสูงกว่าการหลั่งตามธรรมชาติถึง 8 เท่า และมีผู้เสนอแนะว่าการกดจุดก็อาจช่วยกระจุ้นการหลั่งเอ็นดอร์ฟินได้

11. ภาวะสมดุลของสิ่งแวดล้อมภายใน (homeostasis)

แนวคิดนี้มุ่งเน้นการคงไว้ซึ่งสมดุลของร่างกาย ซึ่งมีความใกล้เคียงอย่างมากกับความกลมกลืน (hatmony) ซึ่งเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ธรรมชาติของจิตวิญญาณในสตรี มีผลกระทบที่รุนแรงต่อทัศนคติต่อการคลอด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับรู้และการแปลความเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก

ความเจ็บปวดในระยะต่าง ๆ ของการคลอด เป็นสิ่งที่มารดาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วิธีการควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นไม่ได้หมายความว่าจะทำให้ไม่มีความเจ็บปวดเลย แต่จะช่วยลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลงหรือช่วยเพิ่มความทนต่อความเจ็บปวดการควบคุมความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาดังกล่าว อาจไม่มีผลต่อการระงับหรือบรรเทาความเจ็บปวดได้ในทันทีเหมือนการควบคุมความเจ็บปวดด้วยการใช้ยา เนื่องจากมารดาต้องมีการฝึกปฏิบัติก่อนที่จะเผชิญกับการเจ็บครรภ์และการคลอด เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีดงวามสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและเป็นสิ่งที่มารดาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สตรีถึงร้อยละ 97 กล่าวว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (Reeder & Martin, 1987) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บปวดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ แล้ว ความเจ็บปวดในการคลอดมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากความเจ็บปวดอื่น ๆ กล่าวคือ เกิดขึ้นในระยะคลอดและหายไปได้เองภายหลังทารกคลอดออกมาแล้ว (Gorrie, Mc Kinney & Murray, 1994)

ในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด จะมีการโต้ตอบโดยตรงเพื่อขจัดหรือบรรเทาสภาวะที่ตึงเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดนั้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดจิตใจของผู้นั้น การตอบสนองต่อความเจ็บปวดสังเกตได้จากพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก ดังนี้

1. การแสดงออกของเสียง เช่นร้องไห้ ครวญคราง กรีดร้อง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์ของความเจ็บปวดแทนคำพูดซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

2. การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น การนอนบิดไปมา เกร็งกล้ามเนื้อ กำมือแน่น เอามือลูบบริเวณที่เจ็บปวด หรือนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว กระสับกระส่าย

3. การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านสรีระของร่างกาย เช่น หายใจหอบ จมูกบาน ไม่สม่ำเสมอ การหายใจเร็วว่าปกติหลอดลมจะขยายเพื่อให้โลหิตได้รับออกซิเจนมากขึ้น

4. การแสดงออกของใบหน้า เช่น ดวงตาเบิกโพลง หลับตาแน่น หน้าตาบิดเบี้ยวกัดปาก กัดฟัน ใบหน้าเกร็ง หน้านิ่วคิ้วขมวด หน้าผากย่น

5. การตอบสนองทางคำพูดที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใด อย่างไร มากน้อยเพียงใด มารดาจะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความอดทน ภาษาที่ใช้ ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยในขณะเจ็บปวด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ขณะมีความเจ็บปวดอาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เพราะมัวแต่คิดถึงความเจ็บปวดและบริเวณที่เจ็บปวดมากกว่าจึงไม่พูดเลย

6. อารมณ์และพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ของความเจ็บปวด อาจสังเกตจากปฏิกิริยาความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์อื่น เช่น ความกลัว ความโกรธ พึงพอใจ เป็นสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เพิ่มความต้องการความช่วยเหลือมากกว่าปกติ แสดงอำนาจเหนือคนอื่น ใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธหรือกล่าวโทษคนอื่น โดยดูว่ากล่าวคนที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

การรับรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์และการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของมารดา ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ ได้แก่

1. ความหมายและความสำคัญของการคลอด มองการคลอดว่าเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย และรับรู่ว่าการคลอดเป็นการประสบความสำเร็จในชีวิต

2. ความคาดหวังและเป้าหมายเกี่ยวกับการคลอดในทางที่ดี และประสบตามที่คาดหวังจะทำให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์ในทางที่ดี

3. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอดและครอบครัวของมารดา หากเป็นไป

ในทางที่ดี จะเกิดความมั่นใจในตนเอง

4. ความกลัวและความหวาดวิตก ทำให้ผู้คลอดแปลความหมายของการเจ็บครรภ์ไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งสาเหตุของความกลัวและความวิตกกังวลได้แก่ การเผชิญกับสภาพแวดล้อม บุคคลและวิธีการที่ไม่คุ้นเคย การแยกโดดเดี่ยวจากบุคคลในครอบครัว และสาเหตุของความกลัวและความวิตกกังวลที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด นอกจากนี้การตรวจร่างกายและการรักษาพยาบาลโดยปราศจากคำอธิบายก็ทำให้เกิดความกลัว

ดังนั้นมารดาจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุน เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล ทำให้มารดารู้สึกเข้มแข็งและมั่นใจเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและได้รับประสบการณ์ที่ดี ดังการศึกษาของอุษา เชื้อหอม (2534) และวรรณี เดียวอิศเรศ (2538) พบว่าการเตรียมตัวคลอดช่วยให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญความเจ็บปวดและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี และการศึกษาของศรีสมร ภูมนสกุล (2535) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลรามาธิบดี 299 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การเตรียมคลอด

การเตรียมคลอด หมายถึงการเตรียมมารดาสำหรับการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บปวดขณะคลอด ซึ่งในกระบวนการคลอดต้องผ่านประสบการณ์นี้ การเตรียมคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สาม ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเตรียมตัวแยกจากทารกและความห่วงใยมุ่งที่ทารกและการคลอดของตน ควรเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป (Auvenshine & Enriquez, 1990) เพื่อให้มารดามีการฝึกการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ยังช่วยให้สามารถควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด การเตรียมคลอดมีหลายวิธี และหลักการส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน สำหรับการเตรียมคลอดที่นิยมกันมากในปัจจุบัน คือ วิธีของลามาซ (Lamaze's method) ซึ่ง ดร. เฟอร์ดินาน ลามาซ (Dr. Ferdinand Lamaze) สูติแพทย์ ชาวฝรั่งเศสได้พัฒนาขึ้น โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดขณะคลอด และยอมรับว่าการคลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดแต่การเตรียมตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดความเจ็บปวด และฝึกให้มารดา

รู้วิธีที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอดนั้นและสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี

วิธีการเตรียมคลอดของลามาซ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เชื่อว่าการให้ความรู้จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้มีความต้านทานต่อความเจ็บปวด

2. การฝึกบริหารร่างกาย ได้แก่ การฝึกการควบคุมการหายใจ การฝึกการผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง เพื่อลดความตึงเครียด

3. การฝึกด้านจิตใจ เป็นการฝึกทำจิตใจให้มั่นคง ไม่สนใจกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดมีความสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดในการเตรียมคลอดของลามาซมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยเริ่มเตรียมมารดาในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์ การคลอด การปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ วิธีการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บปวด อาการที่ควรมาโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อมาคลอด และการปฏิบัติตัวในระยะต่าง ๆ ของการคลอด การดูแลที่จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ และพาเยี่ยมชมห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับสถานที่ที่จะมาใช้บริการ นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมโดยการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญความเจ็บปวด ดังนี้ คือ

1. การวางท่าทางที่ถูกต้องและการบริหารร่างกาย ระหว่างการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้มารดารู้สึกไม่สุขสบาย การจัดท่าทางการยืน การนั่ง การนอน ที่เหมาะสมและถูกต้องจะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายได้ การบริหารร่างกายในระยะตั้งครรภ์จะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ แข็งแรง เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อจะหนาและแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อมีความทนทานมากขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น เช่น ระบบการหายใจ ระบบการย่อยอาหาร ระบบการขับถ่าย การทำงานของสมองและเส้นไยประสาท ตื่นตัวอยู่เสมอ จึงช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทรวงอก กล้ามเนื้อช่องคลอดและฝีเย็บ ยืดหยุ่นและขยายได้มากขึ้น

2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่มีประโยชน์และ

สำคัญในการเผชิญความเจ็บปวด ในขณะคลอดมารดาจะมีความตึงเครียด ความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูก การเจ็บครรภ์จะมีผลไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบซิมพาธิติค ร่างกายจะเพิ่มการสร้างแคทิโคลามีน ทำให้ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตึงเครียดและมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง และจะไปกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงเครียดมากยิ่งขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะมีผลในการขัดขวางการป้อนกลับนี้ (Shrock, 1988 อ้างถึงใน จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) ซึ่งถ้าหากมีการขัดขวางการป้อนกลับนี้ ระดับความตึงเครียดต่างๆจะลดลง เมื่อร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย ผู้คลอดจะรู้สึกสบายขึ้น จึงทำให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นและในที่สุดก็จะบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดได้ ในการเตรียมคลอดจะฝึกให้มารดาผ่อนคลายกล้ามเนื้อในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการหดรัดตัวของมดลูกโดยการเกร็งกล้ามเนื้อทีละส่วนให้เต็มที่แล้วคลายออก เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในการฝึกจะอยู่ในท่านั่งหรือนอนก็ได้ และขณะฝึกควรเน้นการฝึกความสามารถในการควบคุมจิตใจ โดยเพ่งความสนใจหรือจุดสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายรู้ตัว จะได้รู้ว่าตนเองกำลังเผชิญกับสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด ความเจ็บปวด ทำให้สามารถควบคุมตนเองและรับสถานการณ์นั้น ๆได้ดี

3. การลูบหน้าท้อง การลูบหน้าท้องเป็นการบรรเทาหรือช่วยลดความเจ็บปวดตามหลักการพื้นฐานของทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory) กล่าวคือในทฤษฎีการควบคุมประตูนั้น อธิบายไว้ว่า การกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบ ถู หรือนวดนี้จะไปกระตุ้นใยปลายประสาทใหญ่ใต้ผิวหนัง ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงลดหรือไม่มีสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง มารดาจึงไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ ขณะเดียวกันยังสามารถเบนความสนใจของมารดาไปจากการหดรัดของมดลูก เพราะขณะลูบหน้าท้องมารดาจะสนใจอยู่ที่การลูบหน้าท้อง แทนที่จะสนใจอยู่ที่การหดรัดตัวของมดลูก (Gorrie et. at. , 1994)

4. การเพ่งจุดสนใจ การเพ่งจุดสนใจซึ่งจะทำไปพร้อม ๆ กับการลูบหน้าท้องและการฝึกการหายใจ จะทำให้มารดาสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เพราะขณะที่สายตาจับอยู่ที่จุดสนใจจุดใดจุดหนึ่งที่เป็นจุดนิ่ง การเพ่งจุดสนใจตลอดเวลาตั้งแต่มดลูกเริ่มหดรัดตัวจนถึงมดลูกคลายตัวจะเป็นการเบนความสนใจของมารดาไปจากการเจ็บครรภ์ ความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรู้สึกเจ็บครรภ์ลดน้อยลง

5. เทคนิคการหายใจในระยะต่าง ๆ ของการคลอด การฝึกเทคนิคการหายใจในระยะ

ตั้งครรภ์จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายและลดสัญญานความเจ็บปวดไปยังสมอง (Gorrie et. at., 1994) ทั้งนี้เพราะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มารดาจะมีความรู้สึกตื่นตัวเป็นอย่างมาก หากสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงการใช้แบบแผนการหายใจให้เหมาะสมกับการหดรัดตัวของมดลูกที่แรงขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการผ่อนคลายลดความเจ็บปวดลงได้ เกิดความสมดุลของจำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายอีกด้วย ซึ่งในระยะคลอดการใช้เทคนิคการหายใจควรอยู่ในท่าที่สบาย ทำใจให้สบาย กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายผ่อนคลาย แบบแผนการหายใจในแต่ละระยะของการคลอดมีความแตกต่างกันออกไปตามความแรงของการหดรัดตัวของมดลูก ดังนี้

ในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีเทคนิคการหายใจ 3 วิธี คือ (Ladewig et. al., 1996)

วิธีที่ 1 การหายใจแบบช้า (slow-deep breathing or slow-paced breathing) โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ ให้หน้าอกยกขึ้น แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำเช่นนี้ในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที การหายใจวิธีนี้ใช้ในระยะปากมดลูกเปิดช้าหรือเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเริ่มเปิดจนปากมดลูกเปิด 2-3 เซนติเมตร

วิธีที่ 2 การหายใจแบบตื้น เร็วและเบา (shallow breathing or modified-paced breathing) โดยการหายใจหายใจเข้าและออกผ่านทั้งทางปากและทางจมูก ตื้น ๆ เร็ว ๆ และเบา ๆ รู้สึกว่าไม่ได้ออกแรงหายใจอยู่ที่คอ โดยขณะมดลูกเริ่มหดรัดตัวให้หายใจแบบช้าก่อน เมื่อมดลูกหดรัดตัวเต็มที่จึงเปลี่ยนการหายใจเป็นแบบตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ไปเรื่อย ๆ (ประมาณ 4 ครั้งทุก ๆ 5 วินาที) จนรู้สึกว่ามดลูกเริ่มคลายตัว จึงกลับไปหายใจแบบช้าอีกครั้ง การหายใจวิธีนี้ใช้ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) หรือปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด

วิธีที่ 3 การหายใจแบบตื้น เร็ว เบาและเป่าออก (pant- blow breathing or pattern-paced breathing) วิธีจะคล้ายคลึงกับการหายใจแบบตื้น เร็วและเบา โดยการหายใจออกทางปากตื้นๆเร็วๆ เบา ๆ 3 ครั้งติดต่อกัน แล้วเป่าลมออก 1 ครั้ง การหายใจวิธีนี้ใช้ในระยะปากมดลูกเปิดประมาณ 8 ถึง 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะที่มีความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

ในระยะที่สองของการคลอด เป็นการฝึกหายใจเพื่อเบ่งคลอด โดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่ทำได้ กลั้นหายใจปิดปากแน่น คางจรดหน้าอก พร้อมทั้งเบ่งลงไปทางช่องคลอด พร้อมกับนับในใจ 1 ถึง 10 แล้วหายใจออกทางปาก หลังจากนั้นหายใจเข้าซ้ำเช่นเดิมอีก ทำทั้งหมดประมาณ 3- 4 ครั้ง ต่อการหดรัดตัวของมดลูกหนึ่งครั้ง และเมื่อหยุดเบ่งให้อ้าปากหายใจเข้า-ออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ ก่อนและหลังการใช้เทคนิคการหายใจด้วยวิธีใดก็ตามให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ 1 ครั้ง (cleansing breath) เสมอ

จากการศึกษาผลของการเตรียมคลอด ของพรรณิภา รักษ์กุศล (2537) ในการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการฝึกปฏิบัติตนเพื่อเผชิญความเจ็บปวดสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและเจตคติต่อการคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) พบว่า การเตรียมมารดาครรภ์แรกเพื่อการคลอดหลังการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเผชิญความเจ็บปวดและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์มีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการเตรียมคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) ได้ทดลองนำโปรแกรมการเตรียมคลอดของลามาซ ใช้กับมารดาครรภ์แรกในโรงพยาบาลพะเยา พบว่า มารดาครรภ์แรกที่ใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดสามารถควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของอุษา เชื้อหอม (2534) นอกจากนี้ ณัฐณิชา คำปาละ (2546) ยังศึกษา ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

ความพึงพอใจ คือ แรงจูงใจของมนุษย์ที่ถูกกำหนดโดยความต้องการพื้นฐานหรือความจำเป็น จะมีแรงขับไปสู่ความไปสู่ปรารถนานั้นและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ (Tiffin & Mccormick, 1965) หรือ ความพึงพอใจ คือ ทัศนคติที่เกิดขึ้นภายใน มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จทั้งปริมาณและคุณภาพ

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ เป็น ภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่มีผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบสิ่งทีบุคคลได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลคาดหวังเอาไว้ในสถานการณ์บริการ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้รับบริการ โดยทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดคุณลักษณะของการบริการ ประเมินคุณภาพของการบริการ และบ่งชี้ถึงความสำเร็จของงานบริการ รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการพัฒนาคุณภาพบริการที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและใช้บริการต่อ ๆ ไป (ปนัดดา รัศมีเศรษฐ , 2546)

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ถือเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้วัดคุณภาพของการให้บริการ (Maggeldorff, 1979 อ้างถึงใน อัญชัญ จันทราภาส, 2543) การสำรวจความพึงพอใจของ

ผู้ใช้บริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้รับบริการและให้ความกระจ่างถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่เป็นอยู่ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่บอกถึงจุดเด่น จุดด้อยของบริการที่ให้ไป นับเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการเป็นอย่างมาก ริซเซอร์ (Risser, 1975 อ้างถึงใน อัญชัญ จันทราภาส, 2543) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลตามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการให้บริการพยาบาล ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (technical-profession behavior) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. ลักษณะบุคลิกภาพ (intra-interpersonal) เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาลและการแสดงออกทางสังคม เช่น กริยามารยาท อัธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือ และความไว้วางใจ

3. สัมพันธภาพที่จริงใจ (trusting relationship) เป็นสัมพันธภาพที่แสดงออกถึงความเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การรับฟังปัญหา และความเคารพนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

4. สัมพันธภาพทางการเรียนการสอน (education relationship) เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การสอนและการสาธิตต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

จากการศึกษาของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้บริการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้บริการ (Conevenience) ได้แก่

   1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

   1.2 การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when need)

   1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of gatting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของผู้ให้บริการ (Co-ordimation) ได้แก่

   2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการ (Getting all needs meet at one place) คือ ผู้รับบริการสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทที่ต้องการ

   2.2 บุคลากรให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctors for over health)

   2.3 การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Follow-up care)

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ (Courtasy) ได้แก่ การแสดงออกด้วยอัธยาศัยไมตรี ท่าทางที่ดีและเป็นกันเอง การแสดงความห่วงใยต่อผู้ป่วยของผู้ให้บริการ

4. ความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำ (Medical Information) ได้แก่

4.1 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

4.2 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา การป้องกันโรคแทรกซ้อน (Information about treatment)

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) ได้แก่ ความรู้ความสามารถทักษะ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ คุณภาพของการตรวจรักษาและการพยาบาลทั้งหมด

6. ความพึงพอใจต่อค่าบริการ (Out of packet cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายไป ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการที่ผู้ป่วยได้รับ

ในปัจจุบันการให้บริการมุ่งเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งทุกหน่วยงานบริการจำเป็นต้องให้ผู้ใช้บริการความพึงพอใจต่อการใช้บริการเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการบริการอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของประเทือง เจียมตน (2546) ศึกษาความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้แนวคิดของ อเดย์และแอนเดอร์สัน พบว่า ผู้ป่วยในมีระดับความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาของกมล กิจจานนท์ (2546) ซึ่งใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน เช่นกันในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการตามโครงการ
30 บาท ในสถานีอนามัยพบว่า ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพมีความพึงพอใจ ในการใช้บริการมากที่สุด ส่วนผู้มารับบริการด้วยโรคเฉียบพลันมีความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำที่สุด และพวงรัตน์ พรหมจันทร์ (2545) ศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลา พบว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่มีปัญหาอุปสรรค คือ จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมากทำให้มีเวลาในการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลน้อย ต้องรอคอยการรับบริการนาน สอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ เจริญกุล (2545) ที่ศึกษาเรื่องการใช้และความพึงพอใจในบริการของสถานีอนามัย ใน 7 จังหวัดของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลกลุ่มที่มาใช้บริการประจำ คือประชาการวัยเด็กและผู้สูงอายุ โดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจใน

ระดับสูง ยกเว้นการใช้เวลารอและการใช้บริการนอกเวลาราชการ ส่วนการประเมินความพึงพอใจต่อบริการคลอดโดยตรงยังไม่มี แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นหรือความพึงพอใจของมารดาดังนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพของโอมาร์และ สชิฟฟ์แมน(Omar & Schiffman, 1995)ที่ศึกษาการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการบริการก่อนคลอด พบว่า ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการบริการก่อนคลอดแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ดูแลทางสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่นๆ และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลก่อนคลอด ความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ดูแลทางสุขภาพและการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อื่นๆนั้น หญิงตั้งครรภ์ ได้หมายถึง สัมพันธภาพในการดูแลระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ ความเป็นมิตร ความสนใจ ความใส่ใจในการให้บริการ และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนในการตรวจและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ส่วนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลก่อนคลอดนั้น หญิงตั้งครรภ์หมายถึง ความน่าเชื่อถือของระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การเข้ารับบริการและการนัดระยะเวลาการรอก่อนรับบริการ และการอำนวยความสะดวกของผู้ให้บริการอื่น ๆ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2547 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2547 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 18 - 35 ปี
2. อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระยะคลอด
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

จัดเข้ากลุ่มโดยจับฉลากวันที่มารดาครรภ์แรกมาฝากครรภ์ ได้วันพุธเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และวันศุกร์เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเตรียมคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแผนการสอนการฝึกเตรียมคลอด ของประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) ซึ่งใช้วิธีของลามาซ จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และเวลาที่ใช้สอนและฝึกปฏิบัติ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้แผนการสอนมีความสมบูรณ์ขึ้น

การสอนใช้วิธีการสอนเป็นกลุ่ม ๆ กลุ่มละ 4-5 คน ประกอบด้วยมารดาครรภ์แรกและสามีหรือผู้ใกล้ชิด ใช้เวลาในการสอนแต่ละครั้งนาน 45 –60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันตาม

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การนัดการฝากครรภ์ ภายหลังการสอนมีการฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน ผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดคือ ผู้วิจัย ในการสอนมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย และมารดากลุ่มทดลอง เนื้อหาการสอนเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ การเจริญเติบโต พัฒนาการ การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวและการฝึกบริหารร่างกาย

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะคลอด การเตรียมเอกสารและของใช้เมื่อมาคลอด การปฏิบัติตัวขณะคลอด วิธีการผ่อนคลายและบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. การสร้างความคุ้นเคยต่อสถานที่ โดยการพาเยี่ยมชมห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด

4. ฝึกปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

5. สรุปเนื้อหาตามแผนการสอนการเตรียมคลอด

ครั้งที่ 2

1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคลอด

2. ฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดของประทุมพร เพียรจริงและคณะ(2544) มีจำนวน 20ข้อ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน มี 2 คำตอบ คือ ถูกและผิด เนื้อหาเป็นข้อความที่ถูก 15 ข้อ ผิด 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ "ถูก" ในข้อความที่ถูกได้ 1 คะแนน และตอบ "ผิด" ในข้อความที่ ผิดได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ "ผิด" ในข้อความที่ถูก จะได้ 0 คะแนน และตอบ "ถูก" ในข้อความที่ผิดก็จะได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน มารดาครรภ์แรกที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า หมายถึง มารดาครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของ ฉวี เบาทรวง (2526) ซึ่งแปลผลและเรียบเรียงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของ

618.2A
5332 ฉ
213766

สเตอร์รอด มาใช้ แบบประเมินนี้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น พฤติกรรมการนั่ง การนอน และ การควบคุมการหายใจ ด้านอารมณ์ แบ่งออกเป็น การแสดงออกที่ใบหน้า คำพูดและการออกเสียง แบบวัดนี้มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน แต่ละข้อมีระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่ควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย เปลี่ยนท่าอย่างเหมาะสม ไม่กระสับกระส่าย ควบคุมการหายใจได้อย่างสม่ำเสมอตลอดเวลาที่มดลูกหดรัดตัว กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย มีสมาธิในการพูดตอบโต้ตอบคำถามได้ใจความถูกต้อง พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดี เป็นพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี

2 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ควบคุมตนเองได้บ้าง ได้แก่ ร้องครางเบาๆ พูดตะคอก พูดห้วน ร้องไห้เงียบ ๆ เกร็งส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น เกร็งมือ เกร็งเท้า หรือพลิกตัวไปมา ควบคุมการหายใจได้บางขณะ แต่ไม่ตลอดเวลาที่มดลูกมีการหดรัดตัว หน้านิ่วคิ้วขมวด เม้มปากขบริมฝีปาก ใบหน้ามีการเกร็งมาก และพูดบ่นถึงความไม่สุขสบายของตนเอง หรือร้องขอความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง ตอบคำถามในบางครั้ง

3 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการควบคุมตนเองไม่ได้เลย ได้แก่ การร้องเสียงดัง ตะโกน เอะอะ โวยวาย เกร็งทั้งตัว กระสับกระส่ายบิดตัวไปมา ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบิดเบี้ยวตลอดเวลา กัดฟัน ใบหน้าเกร็งมาก พูดอย่างหมดหวัง แสดงออกว่าไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้อีก ไม่สนใจตอบคำถามและสิ่งแวดล้อม

แบบประเมินนี้มีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน การแปลผลคะแนน มารดาครรภ์แรกที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกแสดงความเจ็บปวดมากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มารดาครรภ์แรกที่มีคะแนนน้อยกว่า 8 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกแสดงความเจ็บปวดน้อย สามารถควบคุมตนเองได้ดี

<u>ส่วนที่ 4</u> แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด จากแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) ลักษณะคำถามปลายปิด มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แบ่งตามรายด้านได้ดังนี้

ด้านความสะดวกต่อการใช้บริการ	มีข้อคำถาม 5 ข้อ
ด้านการประสานบริการ	มีข้อคำถาม 5 ข้อ
ด้านอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ	มีข้อคำถาม 5 ข้อ
ด้านการให้ข้อมูลบริการ	มีข้อคำถาม 5 ข้อ

ด้านคุณภาพบริการ มีข้อคำถาม 5 ข้อ

ด้านค่าใช้จ่ายของบริการ มีข้อคำถาม 2 ข้อ

ลักษณะแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการคลอดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความทางบวก

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ข้อความทางลบ

มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

มาก ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย ให้ 4 คะแนน

น้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน มารดาครรภ์แรกที่มีคะแนนสูงกว่า หมายถึง มารดาครรภ์แรกมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดมากกว่ามารดาครรภ์แรกที่มีคะแนนต่ำกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำแผนการสอนการเตรียมคลอด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี 3 ท่าน หัวหน้างานห้องคลอดศูนย์อนามัยที่ 3 และผู้ช่วยหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ดังแสดงรายชื่อไว้ในภาคผนวก ก. เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาให้มากขึ้นก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสัตหีบ ก.ม. 10 จำนวน 30 ราย ดังนี้

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด ประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) ได้ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้ KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น .88 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

2. แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ฉวี เบาทรวง (2526) ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Spearman Rank- Order Correlation Coefficient มีค่าความเชื่อมั่น .87 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Chonbach' s coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .91

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ มีเอกสารในการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังแสดงในภาคผนวก ข. และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลาและไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ข้อมูลที่ได้จะนำมาศึกษาวิจัยเฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น และนำเสนอข้อมูลโดยรวม ภายหลัง

เสร็จสิ้นการวิจัยจะถูกทำลาย ขั้นตอนการศึกษาและวิธีการต่างๆ จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับประโยชน์ในการเตรียมคลอด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้และฝึกทักษะในการเตรียมตัวเพื่อคลอดจำนวน 2 ครั้ง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับเอกสารแผ่นพับในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการให้นมบุตร ส่วนกลุ่มควบคุมก็ได้รับเอกสารแผ่นพับเช่นกัน หากกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาทางสุขภาพในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยยินดีช่วยเหลือให้คำแนะนำ ปรึกษาตามความเหมาะสม ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือได้ผู้วิจัยจะส่งต่อให้แพทย์ดูแลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับ พยาบาลห้องคลอดที่ได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2547 ที่หน่วยฝากครรภ์ และห้องคลอด ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุมัติต่อผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนการเก็บความลับของข้อมูล การเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด (pre-test)

3. กลุ่มควบคุมหลังทำ pre-test ให้มาฝากครรภ์ตามปกติ แล้วนัดอีก 4 สัปดาห์ต่อมาเพื่อมาทำ post-test โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับ pre-test

4. กลุ่มทดลอง หลังทำ pre-test นัดมาเข้าโปรแกรมการเตรียมคลอดในวันพุธสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน จำนวน 2 ครั้ง และทำ post- test โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะคลอด พยาบาลห้องคลอดที่ได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เป็นผู้ประเมิน โดยไม่ทราบว่ากลุ่มกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

6. เมื่อครบระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนย้ายไปตึกหอผู้ป่วยหลังคลอด ให้ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมคลอด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (independent t- test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (independent t-test)

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการบรรยายและตารางประกอบ โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนและหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาครรภ์แรกที่มารับบริการตรวจครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามโปรแกรมการเตรียมคลอดจากผู้วิจัยจำนวน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ตามการให้การดูแลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา สุขภาพขณะตั้งครรภ์ ภาวะทารกแรกเกิด ภาวะมารดาหลังคลอด ความถี่ของการฝึกบริหารร่างกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)	รวม (N=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ			
16-20 ปี	8 (53.30)	8 (53.30)	16 (53.30)
21-25 ปี	3 (20.00)	6 (40.67)	9 (30.00)
26-30 ปี	4 (26.70)	1 (6.70)	5 (16.70)
ระดับการศึกษา			
ภาคบังคับ/อ่านออกเขียนได้	5 (33.33)	7 (46.70)	12 (40.00)
สูงกว่าภาคบังคับ	10 (66.67)	8 (53.30)	18 (60.00)
สุขภาพขณะตั้งครรภ์			
แข็งแรง	15 (100)	15 (100)	30 (100)
ไม่แข็งแรง	-	-	-

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16- 20 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีร้อยละ 53.30 เท่ากัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงกว่าภาคบังคับ โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 53.30 สุขภาพขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 100

การเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา

การเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระ ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (SD)	$\bar{d}$ (SD)	t
กลุ่มทดลอง (n= 15)	15. 67 (1.59)	19.40 (.63)	3.73 (1.79)	2.309*
กลุ่มควบคุม (n= 15)	15.73 (2.34)	18.60 (1.05)	2.87 (1.82)	

* $P < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.73 (SD = 1.79) ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.87 (SD = 1.82) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.309, p = .02)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระ ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง (N=30)	$\overline{X}$	*SD*	df	t
กลุ่มทดลอง (n= 15)	7.47	1.51	28	- 2.650*
กลุ่มควบคุม (n=15)	8.75	1.11		

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเท่ากับ 7.47 (SD = 1.51) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอดเท่ากับ 8.75 (SD = 1.11) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถติที่ .05 (t = 2.650, p = . 014)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระ ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	*SD*	df	t
ด้านความสะดวกต่อการใช้บริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	20.45	3.40	28	-3.058**
กลุ่มควบคุม (n=15)	17.20	1.49		
ด้านการประสานบริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	21.50	2.97	28	-5.895***
กลุ่มควบคุม (n=15)	16.33	1.19		
ด้านการให้ข้อมูลบริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	20.33	2.74	28	-3.019 **
กลุ่มควบคุม (n=15)	17.67	2.07		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	$\overline{X}$	*SD*	df	t
ด้านอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	22.25	2.76	28	-4.568***
กลุ่มควบคุม (n=15)	18.00	2.07		
ด้านคุณภาพบริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	21.58	1.97	28	-5.193***
กลุ่มควบคุม (n=15)	18.00	1.64		
ด้านค่าใช้จ่ายของบริการ				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	7.08	1.083	28	-1.092
กลุ่มควบคุม (n=15)	6.66	.89		
ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดโดยรวม				
กลุ่มทดลอง (n= 15)	112.46	12.23	28	5.146***
กลุ่มควบคุม (n=15)	93.67	7.11		

** $p < .01$

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดด้านความสะดวกต่อการใช้บริการเท่ากับ 20.45 (SD = 3.40) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดด้านความสะดวกต่อการใช้บริการเท่ากับ 17.20 (SD = 1.49) เมื่อทำการทดสอบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (t = -3.058, p = .008) ด้านการประสานบริการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการประสานบริการเท่ากับ 21.50 (SD = 2.97) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการประสานบริการเท่ากับ 16.33 (SD = 1.19) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (t = -5.895, p = .000) ด้านการให้ข้อมูลบริการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลบริการเท่ากับ 20.33 (SD = 2.74) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลบริการเท่ากับ 17.67 (SD= 2.07) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (t = -3.019, p = .006) ด้านอัธยาศัยไมตรี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ออัธยาศัยไมตรีเท่ากับ 22.25 (SD = 2.76) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ออัธยาศัยไมตรีเท่ากับ 18.00 (SD = 2.07) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (t = -4.568 , p = .000) ด้านคุณภาพบริการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเท่ากับ 21.58 (SD= 1.97) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเท่ากับ 18.00 (SD = 1.64) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (t = 5.193, p = .000) และด้านค่าใช้จ่ายของบริการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเท่ากับ 7.08 (SD =1.083) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเท่ากับ 6.66 (SD= .89) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่า ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (t = -1.092 , p = .285) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดโดยรวมเท่ากับ 112.46 (SD = 12.23) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดโดยรวมเท่ากับ 93.67 (SD = 7.11) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที พบว่า ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (t = 5.146, p = .000)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 15 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2547 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2547 โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามโปรแกรมการเตรียมคลอดจากผู้วิจัย จำนวน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยฝากครรภ์ ของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนการเตรียมคลอด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และได้ทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่รวบรวมได้ นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ (SPSS for Window version 11) สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบค่าที (t-test)
ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16- 20 ปีโดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีร้อยละ 53.30 เท่ากัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงกว่าภาคบังคับ โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 53.30 สุขภาพขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านความสะดวกต่อการใช้บริการ ด้านการประสานบริการ ด้านการให้คำแนะนำข้อมูลบริการ ด้านอัธยาศัยไมตรี และด้านคุณภาพบริการ มีความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านค่าใช้จ่ายต่อบริการไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจต่อการใช้บริการโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้บริการแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

การศึกษาผลต่างเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดของมารดาครรภ์แรกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดภายหลังการศึกษาเพิ่มขึ้นสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อาจอธิบายได้ว่า การที่มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ใช้การสื่อสารสองทางโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตอบข้อซักถามที่สงสัย หลังจากนั้นมีการทบทวนความรู้อีกในครั้งที่ 2 ทำให้มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอดได้รับแรงสนับสนุนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ จึงมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังการศึกษาเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม มารดาครรภ์แรกทั้งสองกลุ่ม

มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เนื่องจากการดูแลตามปกติของหน่วยฝากครรภ์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการคลอดพร้อมแจกแผ่นพับให้กลับไปทบทวน ซึ่งเนื้อหาในการสอนมีความคล้ายคลึงกับเนื้อหาที่ใช้สอนในโปรแกรมการเตรียมคลอด นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีช่องทางการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการคลอดได้หลายทาง เช่น สื่อที่เผยแพร่ทางหนังสือ นิตยสารเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูทารก รวมถึงภาพเผยแพร่ความรู้ทางโทรทัศน์ และการค้นคว้าทางอินเตอร์เนต ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดได้มากยิ่งขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) ในการให้ความรู้กับมารดาครรภ์แรก พบว่า มารดามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังการเตรียมคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมคลอด และการศึกษาครั้งนี้ได้ผลทำนองเดียวกับ วรรณี เดียวอิศเรศและคณะ (2538) ในการศึกษาผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์คลอด และความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอด และความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาครรภ์แรก ในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเตรียมคลอดประกอบด้วยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดความสนใจ เพื่อควบคุมความเจ็บปวดตั้งแต่ก่อนคลอด ทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอดจึงสามารถนำทักษะเหล่านี้มาใช้ในระยะคลอดได้ และมีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวด สามารถควบคุมตนเองและแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้การนำมารดาเข้าเยี่ยมชมสถานที่ ทำความรู้จักคุ้นเคยกับห้องคลอด และเจ้าหน้าที่ของห้องคลอดสามารถลดความวิตกกังวลและความเครียดในระยะคลอดได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมคลอดที่ศึกษาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของอรพินธ์ เจริญผล และคณะ (2536) ที่พบว่า ผลของการเตรียมคลอดช่วยทำให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นที่จะเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดและรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณิภา รักษ์กุศล (2537) ที่ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน โดยการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคลอดและการฝึกปฏิบัติเพื่อเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ พบว่า ผู้คลอดที่

ได้รับการเตรียมคลอด มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และประทุมพร เพียรจริงและคณะ (2544) ได้นำโปรแกรมการเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดไปทดลองใช้ในมารดาครรภ์แรก พบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอด สามารถเผชิญความเจ็บปวดและควบคุมตนเองได้ดี การศึกษาของสุปราณี อัทธเสรี และคณะ (2533: 72) พบว่า สตรีมีครรภ์ในระยะคลอดต้องการการต้อนรับที่อบอุ่นและเป็นกันเอง ต้องการทราบกฎระเบียบของโรงพยาบาลและวิธีการขอความช่วยเหลือ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการนี้ ทำให้ลดความวิตกกังวลและความกลัวลดลงทำให้สตรีมีครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวด จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้ การศึกษาของวรรณี เดียวอิศเรศ และคณะ (2538) โดยการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบค่าที พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 อาจอธิบายได้ว่า การดูแลการคลอดโดยใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด เป็นการเริ่มให้การดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย ความเป็นกันเองระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การนำเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับสถานที่ บุคลากร ช่วยลดความวิตกกังวลในการเผชิญกับสถานที่และบุคลากรเมื่อมาคลอด นอกจากนี้ข้อมูลการฝากครรภ์ได้รับการส่งต่อมาจนถึงระยะคลอดทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลคลอด จึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ทั้งด้านความสะดวกต่อการใช้บริการ ด้านการประสานบริการ ด้านอัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลบริการ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายของบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี อัทธเสรี และคณะ (2533) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดต้องการการต้อนรับที่อบอุ่นและเป็นกันเอง ต้องการทราบกฎระเบียบของโรงพยาบาลและวิธีการขอความช่วยเหลือ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง ทำให้ความวิตกกังวลและความกลัวลดลง นอกจากนี้มารดาครรภ์แรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด เมื่อถูกแยกจากครอบครัวให้เผชิญการคลอดตามลำพัง จะได้รับการดูแลและกระตุ้นเตือนให้ใช้ทักษะการเผชิญความเจ็บปวดที่เคยเรียนรู้มา ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของมารดาครรภ์แรกในขณะนั้น ทำให้มารดาครรภ์แรกเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลอดที่สอดคล้องกับความต้องการของ

ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของโอมาร์และสชิฟฟ์แมน (Omar & Schiffman, 1995) ที่ศึกษาการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการบริการก่อนคลอดแล้วพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความคาดหวังในสัมพันธภาพการดูแลที่ดีจากผู้ดูแลทางสุขภาพและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น การตอบคำถามที่ชัดเจน การเรียกชื่ออย่างให้เกียรติ ทัศนคติที่ดีต่อเด็ก ๆ ที่มากับหญิงตั้งครรภ์ การแสดงความเป็นมิตร ด้านการให้ข้อมูลนั้น หญิงตั้งครรภ์ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การให้ความรู้ การชมภาพวีดีโอ โดยต้องการให้ผู้ดูแลทางสุขภาพมีเวลาพอที่จะอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังต้องการให้แพทย์ปกปิดข้อมูลส่วนตัวด้วย ส่วนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลก่อนคลอดนั้น หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อความน่าเชื่อถือของระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การเข้ารับบริการและการนัด ระยะเวลาการรอก่อนรับบริการ และการให้บริการของผู้ให้บริการอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลาโมนิกา และคณะ (Lamonica et. al, 1986) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนระหว่างบุคคล ได้แก่ การแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงแผนการดูแลรักษาและผลของการรักษา รับฟังปัญหาของผู้รับบริการ ดูแลผู้รับบริการให้มีความสุขสบาย เข้าใจปัญหาและความรู้สึกของผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัย เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นข้อสนับสนุนว่า โปรแกรมการเตรียมคลอดช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการจัดบริการการเตรียมคลอดแก่มารดาที่มารับบริการ โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก เพื่อฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มเติมจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาสามารถใช้ประสบการณ์จากทักษะที่ได้เรียนรู้นำมาใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในขณะคลอดได้ดี

2. **ด้านการบริหารการพยาบาล** ผู้บริหารควรตระหนักถึงการเพิ่มคุณภาพของการบริการ โดยสนับสนุนให้พยาบาลประจำการที่ดูแลเกี่ยวกับการฝากครรภ์และการคลอดได้ฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด สนับสนุนให้มีสถานที่ในการฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งเป็นการเพิ่มความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอด

3. ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีการเรียนการสอนด้านสูติศาสตร์ในการเตรียมคลอด เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลนี้นับเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาผลชองการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างมารดาครรภ์แรกและมารดาครรภ์หลังที่ไม่เคยใช้โปรแกรมการเตรียมคลอด

2. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงคลอดโดยใช้ระบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งอาจทำให้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

การะเกตุ ส่งสัมพันธ์. (2543). *ผลการใช้รูปแบบการให้การบริการการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามแนวคิดการตลาดและการดูแลต่อความพึงพอใจในบริการ.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กมล กิจจานนท์. (2546). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อ ไร่ จังหวัดตราด.* งานนิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตร์ สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ขนิษฐา สำเภา. (2544). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). *ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะการเจ็บครรภ์.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2538). *เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาการบริการ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จรัสศรี ธีระกุลชัย. (2536). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐนิชา คำปาละ. (2546). *ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตน ในการคลอดด้วยตนเอง.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงเยาว์ อุดมวงศ์. (2533). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของมารดาครรภ์แรก.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปนัดดา รัศมีเศรษฐ. (2546). *ความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีต่อศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี.* งานนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประทุมพร เพียรจริง, ละมัย วีระกุล, ผกา สุขเจริญ, บุษยา ยารังษี, และสุทธิพร พรมจันทร์. (2544). *ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก.* โรงพยาบาลพะเยา สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.

พรรณิภา รักษ์สกุล. (2537). *ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ฉุ้นประดับ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณีรัตน์ โภทชงรัก. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณี เดียวอิศเรศ, มณีรัตน์ ภาคธูป, อารีรัตน์ ขำอยู่, จินตนา วัชรสินธุ์, และนุจรี เนตรทิพย์. (2538). *ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์คลอด และความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร.* วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2(2), 49-58.

ศศิธร นามทวีชัยกุล. (2541). *ภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรก.* วิทยานิพนธหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีสมร ภูมนสกุล. (2535). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปราณี อัทธเสรี. (2533). *ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด*. รายงานการวิจัยภาควิชาการการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ สิมารักษ์ และธีระ ทองสง. (2535). *การตั้งครรภ์และการคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ศุภลักษณ์การพิมพ์.

สุดรัก จิตต์หทัยรัตน์. (2535). *ผลของการให้คำแนะนำตามพัฒนกิจของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกต่อการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุษา เชื้อหอม. (2534). *ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินธ์ เจริญผล, มาลี เลิศมาลีวงศ์, และอุษา เชื้อหอม. (2536). ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์. 11* (3), 186-194.

อัญชัญ จันทราภาส. (2543). *ผลการใช้รูปแบบการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กตามแนวคิดทางการตลาดและการดูแลต่อความพึงพอใจในบริการการพยาบาลของผู้ดูแลและผู้ให้บริการ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Aday, L. A., & Anderson, R. (1975). *Development of induce of access to medical care.* Michigan Ann Arbor: Health Adminnistration Press.

Auvenshine, M. A., & Enriquez, M.G. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Perinatal and women' health.* (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Bobak, I. M., & Jenson, M. D. (1993). *Maternity & Gynecologic care: The nurse and the family.* (5th ed). St. Louis: Mosby.

Clark, A. L. , Affonso, D. D. & Harris, T. R.. (1979). *Childbearing: A nursing perspective.* (2nd ed.) . Philadelphia: F. A. Davis.

Dick- Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth.* New York: Harper & Row.

Dick- Read, G. (1976). *The practice of maternal childbirth.* (4th ed.). New York: Harper & Row.

Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1994). *Foundations of maternal- newborn nursing.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Holmes, J., & Magiera, L. (1987). *Maternity nursing.* New York: Macmillan.

Jenson, M. D., Benson, R. C., & Bobak, J. M. (1981). *Maternity nursing.* (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.

Lamonica, E. L., Oberst M. T., Medea, A.R., & Wolf, R.M. (1986). Development satisfaction scale. *Research in Nursing and Health.* 9(12), 43-50.

Moore, M. L. (1984). *Realities in childbearing.* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Olds, S. B., London, M. L.,& Ladewig, W. A. (1996). *Maternal- newborn nursing: a family- centered approach.* (4th ed.). Redwood city: Addison-Wesley.

Omar, M. A., & Schiffman, R. F. (1995). Pregnant woman' s perception of prenatal care. *Maternal- Child Nursing Journal. 23*(4), 132-142.

Pilliteri, A. (1995). *Maternal and childbirth nursing: care of childbearing and child family.* Philadelphia: Lippincott.

Pilliteri, A. (1981). *Maternal-newborn nursing: care of the growing family.* (2nd ed.). Boston: Little Brown and company.

Pritchard, J. A., MacDonald, P. C., & Gant, N. F. (1985). *Williams obstetrics.* (17th ed.). NewYork: Prentice Hall.

Reeder, S. J., & Martin, L. L. (1983). *Maternity nursing: Family, newborn and women' s health care.* (15th ed). Philadelphia: Lippincott.

Tiffin, J., & Mccormick, E. J. (1965). *Industrial psychology.* (5thed). Prentice-hall, Inc.

Worthington, E. L., Martin, G. A., & Sumate, M. (1982). Which prepared childbirth coping strategies are effective? . *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.* 11, 45-51.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวธัญญมล สุริยานิมิตรสุข
   ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

2. นางสาวศิริรัตน์ อังคะนาวิน
   ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

3. นาง กิตติพร ประชาศรัยสรเดช
   ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

4. นางควรพิศ สายภัทรานุสรณ์
   หัวหน้างานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

5. นางสาวสุรีรัตน์ ธาราศักดิ์
   พยาบาลวิชาชีพ 7 งานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ / เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ใบยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ / เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง..... นามสกุล.....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางรัชนี เถียรสุทธิกุล ว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยในชุดโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอด ต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก ว่ามีขั้นตอนอย่างไรบ้าง

ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดต่าง ๆ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าต้องการ และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลวิจัย

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ส้าเนา

ที่ ศธ 0528.19 / 1066

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 / 382 ถ. ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข
อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เค้าโครงงานวิจัย 1 ฉบับ
2. เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางรัชนี เถียรสุทธิกุล พยาบาล 6 สังกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก" จากศูนย์วิทยาศาสตร์-สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2547

ในการนี้ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัยของคุณประทุมพร เพียรจริง และคณะ เรื่อง "ผลการเตรียมคลอดต่อความรู้ และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก" เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลวิจัยในโครงการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้นำส่งเอกสาร (ดังแนบ) มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนวัฒน์ สิงคาลวณิช)
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฝ่ายวิชาการและวิจัย
โทร.0-3839-0324, 0-3839-0580 ต่อ 519
โทรสาร. 0-3874-5803

ตัวอย่าง

ที่ ศธ 0528.19 /

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 / 382 ถ. ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข
อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณสุรีรัตน์ ธาราศักดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เค้าโครงงานวิจัย 1 ฉบับ
2. เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางรัชนี เถียรสุทธิกุล พยาบาล 6 สังกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง **"ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก"** จากศูนย์วิทยาศาสตร์-สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2547 ซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ระหว่างการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ขอความอนุเคราะห์จากคุณสุรีรัตน์ ธาราศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโครงการดังกล่าว โดยนำส่งเอกสาร (ดังแนบ) มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนวัฒน์ สิงคาลวณิช)
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฝ่ายวิชาการและวิจัย
โทร.0-3839-0324, 0-3839-0580 ต่อ 519
โทรสาร. 0-3874-5803

สำเนา

ที่ ศธ 0528.19 / ๑๐๖๗

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 / 382 ถ. ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข
อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เค้าโครงงานวิจัย 1 ฉบับ
2. เครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางรัชนี เถียรสุทธิกุล พยาบาล 6 สังกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดในมารดาครรภ์แรก" จากศูนย์วิทยาศาสตร์-สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2547 ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้นักวิจัยขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ของโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 เพื่อทดสอบเครื่องมือวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 30 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2547 เป็นต้นไป ทั้งนี้ได้นำส่งเอกสาร (ดังแนบ) มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณล่วงหน้า มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนวัฒน์ สิงขคาลวณิช)
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฝ่ายวิชาการและวิจัย
โทร.0-3839-0324, 0-3839-0580 ต่อ 519
โทรสาร. 0-3874-5803

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก

คำชี้แจง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคลอดนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านที่มีต่อบริการคลอดที่ได้รับของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำผลของการประเมินนี้มาปรับปรุงการบริการให้ดียิ่งขึ้น

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ที่ตรงกับคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ท่านเลือกเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความพึงพอใจต่อความสะดวก					
1. ท่านได้รับการดูแลและอำนวยความสะดวกเมื่อมาใช้บริการคลอด					
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่อาคารสถานที่ ห้องน้ำ ห้องรอคลอด และห้องคลอดมีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย					
3. ท่านรู้สึกว่าการให้บริการของห้องคลอด ย้อนไปย้อนมา ไม่เป็นลำดับขั้นตอน					
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับความสะดวกสบายและความรวดเร็วตั้งแต่ห้องบัตรจนถึงห้องคลอด					
5. ท่านได้รับบริการ การคลอดที่สะดวกรวดเร็ว					
ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ					
6. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่แต่ละแผนกที่ท่านเข้าไปใช้บริการมีการติดต่อประสานงานที่ดีเพื่อให้บริการแก่ท่าน					
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ฝากครรภ์ จนถึงคลอด					
8. ท่านรู้สึกว่าข้อมูลการฝากครรภ์ของท่านไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลในระยะคลอด					
9. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านมีการประสานงานและร่วมมือกันในการดูแลท่าน					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความสนใจต่อปัญหาของท่านและครอบครัวเลย ตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงคลอด					
ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ 11. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้บริการแก่ท่าน ให้บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส					
12. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อมาคลอดที่นี่					
13. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดไม่ค่อยให้ความสนใจ หรือไม่แสดงความกระตือรือร้นเลย เมื่อท่านขอความช่วยเหลือ					
14. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อกริยา มารยาท การพูดจา ของเจ้าหน้าที่ห้องคลอด					
15. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้การดูแลท่านสม่ำเสมอด้วยความสนใจและเอาใจใส่					
ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลบริการ 16. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อต้องเผชิญความเจ็บปวด การคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ฝากครรภ์					
17. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดอย่างชัดเจน					
18. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้ข้อมูลหรือแจ้งให้ท่านทราบทุกครั้ง ก่อนทำการตรวจ รักษา หรือให้ยา					
19. เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ไม่ได้แจ้งค่าใช้จ่ายในการคลอดและสิทธิต่าง ๆ ให้ท่านทราบเลย					
20. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดให้คำตอบคำแนะนำที่ชัดเจนด้วยอัธยาศัยที่ดี เมื่อท่านซักถาม					
ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ 21. แพทย์หรือพยาบาลห้องคลอดที่ให้บริการแก่ท่านแสดงความลังเล ไม่มั่นใจ เมื่อให้บริการแก่ท่าน					

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
22. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ห้องคลอดมีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการคลอดที่มีความทันสมัย					
23. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีทักษะ มีความชำนาญ ในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ					
24. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ท่านได้รับบริการที่ดีตั้งแต่รอคลอด คลอด หลังคลอด 2 ชั่วโมง และทารกได้รับการดูแลแรกเกิดที่ดี					
25. ท่านรู้สึกพึงพอใจในคุณภาพการบริการของห้องคลอดแห่งนี้					
ด้านค่าใช้จ่ายของบริการ 26. ท่านรู้สึกพึงพอใจเรื่องค่าใช้จ่ายในการคลอดครั้งนี้					
27. ท่านรู้สึกว่าบริการที่ท่านได้รับคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายในการคลอดครั้งนี้					

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคลอด

○ ก่อนได้รับการเตรียมคลอด ○ หลังได้รับการเตรียมคลอด

ชื่อ – นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ให้ท่านตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่เห็นว่า ถูก ทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องผิดที่เห็นว่า ผิด

ลำดับ	ข้อความ	ผิด	ถูก
1.	การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติมิใช่เป็นโรค	...	...
2.	อาการเตือนเมื่อใกล้คลอด คือปวดถ่วงลงช่องคลอดและถ่ายปัสสาวะบ่อย	...	...
3	อาการที่แสดงว่าเจ็บครรภ์คลอดคือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้นแรงขึ้นพร้อมมีมูกเลือดหรือ	...	...
	มีน้ำเดินไหลออกมาทางช่องคลอด	...	....
4.	ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น เด็กดิ้นน้อยลง	...	...
5.	มารดาและทารกจะปลอดภัย ถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึง	...	....
.	ระยะคลอด	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
20.	มารดาและทารกจะปลอดภัยถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึง	.....	.....
	ระยะคลอด		

ตัวอย่างแผนการสอนตามโปรแกรมการเตรียมคลอด

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	บทนำ การคลอดเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติเพื่อขับเอาเด็กออกมาจากโพรงมดลูก เป็นภาวะปกติตามธรรมชาติ ไม่ได้เป็นโรคภัยไข้เจ็บหรือเป็นสิ่งที่น่ากลัวแต่อย่างใด เมื่อคลอดเสร็จแล้วร่างกายจะกลับคืนสู่สภาพปกติ	**ขั้นนำสู่บทเรียน** ผู้สอนกล่าวต้อนรับมารดาและแนะนำตัวเองและมารดาในกลุ่มให้รู้จักกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน		
-สามารถบอกอวัยวะใกล้เคียงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและลักษณะของเด็กในครรภ์ได้ถูกต้อง	อวัยวะใกล้เคียงที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ได้แก่ มดลูก ช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก ส่วนลักษณะของเด็กภายในครรภ์มารดา เด็กจะลอยอยู่ในถุงหุ้มเด็ก ซึ่งบรรจุด้วยน้ำคร่ำ ในท่าปกติเด็กจะเอาหัวลงด้านล่างและมีสายสะดือจากตัวเด็กไปยังรกเด็กจะได้อาหารจากรก	- อธิบายภาพเด็กในครรภ์มารดา	- ภาพพลิกการเตรียมคลอด	-ความสนใจของมารดา
- สามารถบอกอาการเตือนเมื่อใกล้คลอดได้ถูกต้อง	**อาการเตือนเมื่อใกล้คลอด** เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอดคือ 40 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะคลอดก่อนหรือหลัง 2 สัปดาห์ ถือว่าปกติ อาการเตือน เมื่อใกล้คลอด คือ 1. รู้สึกท้องลดต่ำลงมา 2. ถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น 3. ปวดถ่วงท้องน้อย เดินลำบาก 4. รู้สึกเจ็บเตือน คือลักษณะการ	— อธิบายอาการเจ็บเตือนเมื่อใกล้คลอด	- ภาพพลิกการเตรียมคลอด	—มารดาบอกอาการเตือนเมื่อใกล้คลอดได้ 2 ใน 4 ข้อ

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	เจ็บไม่แน่นอน เจ็บไม่สม่ำเสมอ จะเป็นระยะสั้น ๆ ถ้านอนพักก็หายไป			
–		–	–	–
– สามารถบอกการเตรียมคลอดได้ถูกต้อง	**สรุปและทบทวน** ในการเตรียมคลอดครั้งนี้ท่านได้ทราบเกี่ยวกับกลไกการคลอดง่าย ๆ ตามธรรมชาติท่านได้ฝึกเทคนิคการหายใจขั้นพื้นฐาน การลูบหน้าท้อง การผ่อนคลายและการเพ่งจุดสนใจมาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด นอกจากนี้ท่านยังได้ฝึกบริหารร่างกายในท่าต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง กล้ามเนื้อยืดหยุ่นดีและช่วยให้คลอดง่าย ท่านใดมีข้อสงสัยจะซักถามหลังจากนี้ขอให้ท่านนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอนและท่านต้องรู้จักสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นให้มาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด เช่น กรณีเด็กไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง หลังจากนี้พาหญิงตั้งครรภ์ไปชมห้องคลอดหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ และห้องพิเศษและแผนกเด็กอ่อนแล้วจึงให้กลับบ้านได้ โดยนัดมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป	– ซักถาม และเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ – ดื่มโอวัลตินและพาชมสถานที่พร้อมอธิบาย	– แจกคู่มือเตรียมคลอด	– คำถามและคำตอบของหญิงตั้งครรภ์ – ความสนใจซักถาม

แบบบันทึกพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาครรภ์แรก

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....สกุล..... เตียง..... G.....P.....A.....

1. อายุ ◯ 18-25 ปี ◯ 26-30 ปี ◯ 30-35 ปี
2. ระดับการศึกษา

   ◯ ภาคบังคับและอ่านออกเขียนได้ ◯ สูงกว่าภาคบังคับ
3. สุขภาพก่อนตั้งครรภ์

   ◯ แข็งแรง ◯ ไม่แข็งแรง ◯ อื่นๆโปรดระบุ (โรคประจำตัว)

2. แบบบันทึกพฤติกรรมในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก

<u>คำชี้แจง</u>

การสังเกตพฤติกรรมในระยะคลอดจะกระทำในขณะที่มดลูกหดรัดตัว จนกระทั่งคลายตัว 1 ครั้งโดยเริ่มบันทึกตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 ซ.ม.ขึ้นไป ให้สังเกตและบันทึกทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด

การบันทึกให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตซึ่งจะมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- พฤติกรรมที่พอใจมาก คือ พฤติกรรมที่แสดงออกน้อย หรือควบคุมตนเองได้ดีให้คะแนน 1
- พฤติกรรมที่พอใจ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกปานกลาง หรือควบคุมตนเองได้ดีให้คะแนน 2
- พฤติกรรมที่ไม่พอใจ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกมาก หรือรุนแรง ซึ่งควบคุมตนเองไม่ได้เลย ให้คะแนน 3

ข้อมูลพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	ระดับคะแนน	ครั้งที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	คะแนนเฉลี่ย
		เวลา										
1. ด้านร่างกาย 1.1 การนั่งการนอน - นั่งหรือนอนอย่างสงบ - เกร็งตัว กำมือยึดขอบเตียง พลิกไปมา - เกร็งกระสับกระส่ายกลิ้งไปมา 1.2 การควบคุมการหายใจ	1 2 3 1											
คะแนนรวม												