

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรี ระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ ของการคลอด

ชญาสินี บุญพงษ์มณี¹

โสเพ็ญ ชุนวล²

เยาวเรศ สมทรัพย์³

Abstract:

Effects of empowerment and continuous support on psychological factors, pain coping behaviors, and birth outcomes

Boonpongmanee C, Chunuan S, Somsap Y.

Tri-Cities Endoscopy Center

7114 West Hood Place, Kennewick, WA. 99336. USA

Obstetric Gynecological Nursing and Midwifery Department, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2005;23(1):37-47

¹Ph.D. (Nursing), Assist. Prof., Assistant Director at Tri-Cities Endoscopy Center, 7114 West Hood Place, Kennewick, WA. 99336. USA

²Ph.D. (Nursing) อาจารย์ ³M.N.S. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน) อาจารย์
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
รับต้นฉบับวันที่ 13 สิงหาคม 2547 รับลงตีพิมพ์วันที่ 10 มกราคม 2548

The purposes of this experimental design were 1) to compare self-efficacy, self-esteem, anxiety, labor pain, satisfaction level of child birth experience, pain coping behaviors, and birth outcomes between laboring women who had received the intervention of the "the empowerment and continuous support" and laboring women who had received routine care, 2) to compare self-efficacy, self-esteem, and anxiety between laboring women before and after receiving the empowerment and continuous support among laboring women in the experimental group. The subjects were 95 primiparas who had given birth in a regional hospital in the south of Thailand. Minimization techniques were used to assign the subjects into either the experimental group (49 cases) or the control group (46 cases). Data were collected through interviews and observations.

Results showed that the laboring women in the experimental group had their mean scores for self-efficacy, anxiety, labor pain, pain coping behaviors, satisfaction level of child birth experience significantly different from those of laboring women in the control group. However, data for the laboring women in the experimental group revealed that those mean scores for self-esteem, length of labor, and Apgar scores were not significantly different from the mean scores for self-esteem, length of labor, and Apgar scores of the laboring women in the control group. After the "Empowerment and Continuous support" the laboring women reported higher mean scores for self-efficacy and significantly lower mean scores for anxiety. However, the mean scores for self-esteem after the intervention were not significantly different from the mean scores of self-esteem before the intervention. The results of this study would be beneficial for nurses to integrate the intervention "Empowerment and Continuous support" into their routine care of laboring women.

Key words: empowerment, continuous support, psychological factors, coping pain behavior, birth outcomes, labor pain

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของกลุ่มสตรีระยะคลอดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มสตรีระยะคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ และ 2) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลของสตรีระยะคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มีรับบริการ ณ หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 ราย และสุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคมินิโมเซชัน เข้ากลุ่มทดลอง 49 ราย กลุ่มควบคุม 46 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ และสังเกต

ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลอง สตรีระยะคลอดกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดสูงกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าสตรีระยะคลอดกลุ่มควบคุม อีกทั้งมีระดับความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาของการคลอด และค่าคะแนนแอฟการ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองในสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองผล พบการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ส่วนความมีคุณค่าในตนเองนั้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยห้องคลอดในการนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องใช้ในการให้การพยาบาลแก่สตรีระยะคลอด เพื่อส่งเสริมให้สตรีเหล่านั้นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง ตลอดจนมีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดมากขึ้น

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง, ภาวะจิตใจ, พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด, ผลลัพธ์ของการคลอด, การเจ็บครรภ์คลอด

บทนำ

ในอดีตสตรีส่วนใหญ่คลอดที่บ้าน จึงได้รับความช่วยเหลือและประคับประคองจากญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิด แต่ปัจจุบันการคลอดบุตรได้เปลี่ยนจากบ้านสู่โรงพยาบาล ทำให้สตรีระยะคลอดต้องเผชิญการคลอดตามลำพังโดยปราศจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอด ทำให้สตรีระยะคลอดต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความเจ็บปวด การปรับตัวให้เข้ากับสถานที่ สิ่งแวดล้อม และบุคลากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเพิ่มความวิตกกังวล อันส่งผลให้สตรีระยะคลอดมีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนที่จะเผชิญกับกระบวนการคลอด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง¹ อีกทั้งอาการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นทำให้สตรีระยะคลอดบางคนมีพฤติกรรมอะอะ โวยวาย ดิ้นทุรนทุราย ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเบ่ง หมดกำลังใจที่จะเผชิญกับการคลอดซึ่ง Gorrie และคณะ² อธิบายว่าความวิตกกังวลทำให้ระดับอิพิเนพรินในพลาสมาสูงขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวลดลง อาจทำให้การคลอดล่าช้า³ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารก เพิ่มอัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และความไม่พึงพอใจในประสบการณ์การคลอดของมารดา

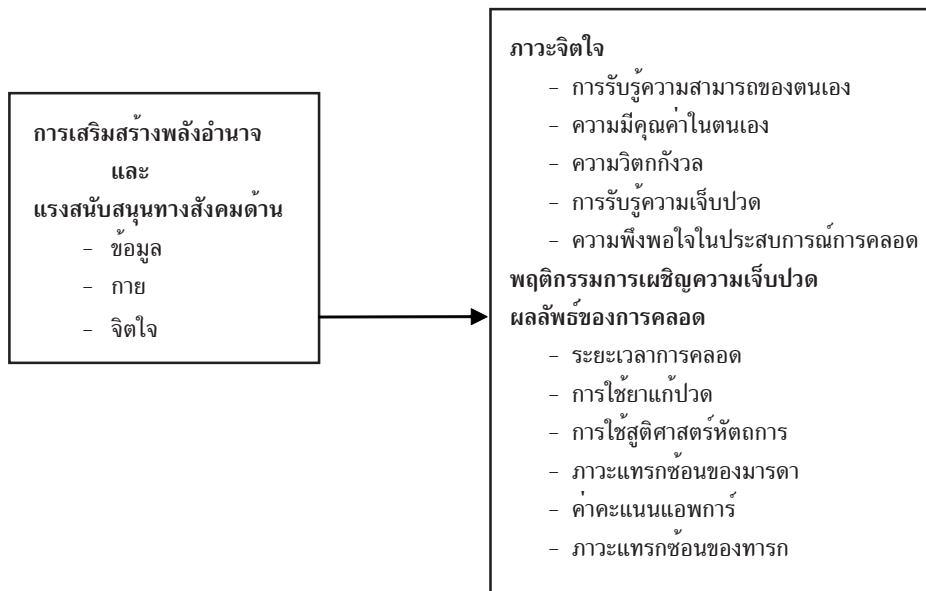
การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต⁴ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีอำนาจตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁵ ทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้⁶ รวมถึงตัดสินใจวางแผนสุขภาพด้วยตนเองได้⁷ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับสตรีระยะคลอดที่มารับบริการในโรงพยาบาล ในทางสูติศาสตร์ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสถานที่คลอดและการเลือกผู้ทำคลอด ผลพบว่าสตรีที่ให้ผดุงครรภ์ทำคลอดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจ และไม่ต้องการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ให้ผดุงครรภ์ทำคลอดจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ดี⁹ นอกจากนี้ Schuiling และ Sampelle¹⁰ กล่าวว่าสังคมยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถ และพลังอำนาจของผู้หญิงที่จะคลอดบุตรด้วยตนเอง ทำให้หญิงเหล่านั้นขาดกำลังใจไม่ได้รับแรงสนับสนุนในการเผชิญความเจ็บปวดและขาดแรงเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถคลอดบุตรได้ด้วยตนเอง และผู้หญิงส่วนมากไม่เชื่อว่าตนมีพลังอำนาจและความสามารถที่จะเผชิญการคลอดได้ จึงคิดพึ่งยาระงับปวดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด

อย่างไรก็ตามการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดยังมีน้อย ทั้งที่ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเน้นการใช้ศักยภาพภายในตนเอง ควรทำร่วมกับการให้แรงสนับสนุน ซึ่งเป็นแรงเสริมจากภายนอก เนื่องจากแรงสนับสนุนมีผลโดยตรงต่อภาวะจิตใจ และผลลัพธ์ของการคลอด^{11, 12} ซึ่งแนวคิดแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องได้ใช้ในวิชาชีพพยาบาลอย่างแพร่หลาย เนื่องจากช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีขึ้น¹³ ในทางสูติศาสตร์พบว่า การให้แรงสนับสนุนด้านกาย ใจ และข้อมูลข่าวสาร จะช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของสตรีระยะคลอด รวมทั้งยังทำให้มีผลลัพธ์การคลอดดี โดยแรงสนับสนุนด้านกาย ใจ และข้อมูล ทำให้สตรีระยะคลอดลดความวิตกกังวลลง^{12, 14} ส่งเสริมให้สตรีตั้งครร์รับรู้ความสามารถและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น^{14, 15} และทำให้มารดามีประสบการณ์และความพึงพอใจทางบวกต่อการคลอด^{12, 16} ใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่เตรียมคลอดด้วยวิธีสามาซอย่างเดียว¹⁷⁻¹⁹ ในการศึกษาผู้คลอดที่ได้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอดร่วมกับการสนับสนุนทางกายขณะเจ็บครรภ์คลอด พบว่ามีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดได้ดี²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลที่พบว่าหญิงที่ได้รับข้อมูลในการเตรียมคลอดมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าหญิงที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด^{21, 22} สำหรับผลของแรงสนับสนุนต่อผลลัพธ์ของการคลอด พบว่าช่วยลดระยะเวลาของการคลอด^{11, 17, 23} ลดการใช้ยาแก้ปวด^{17, 24} ลดการใช้ยากระตุ้นการคลอด²⁵ ลดการใช้เข็มช่วยคลอด²⁴ ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง²⁶ และทำให้ค่าคะแนนแอฟการ์ดเฉลี่ยของทารกแรกเกิดสูง²⁵ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางอารมณ์โดยคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระยะคลอดและการใช้ยาลดปวด¹⁷ สอดคล้องกับที่ Niven²⁷ พบว่าการมีสามีเฝ้าคลอดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาลดปวดแรงสนับสนุนในบางการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระยะเวลาคลอด ทำให้มีการใช้ยากระตุ้นการคลอดสูงขึ้น²⁴ จากผลการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนดังกล่าวมาข้างต้น ยังมีความไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพราะกระบวนการคลอดนั้นแม้ว่าสตรีระยะคลอดจะได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ อันเป็นปัจจัยภายนอก แต่สตรีเหล่านั้นต้องพึ่งตนเองเป็นหลักในการเผชิญกับกระบวนการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้แรงสนับสนุนอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอหากไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งนี้เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมให้สตรีระยะคลอดใช้ศักยภาพของตนเอง มีความมั่นใจในศักยภาพของตนที่จะเผชิญกับกระบวนการคลอด และมีความภาคภูมิใจใน

คุณค่าของตน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงสนับสนุนแก่สตรีระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง

คณะผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงสนับสนุนแก่สตรีระยะคลอดอย่างต่อเนื่องเพื่อ 1) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลลัพธ์ของการคลอดของกลุ่มสตรีระยะคลอดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มสตรีระยะคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจาก

เจ้าหน้าที่ และ 2) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลของสตรีระยะคลอด กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้พัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ใหม่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงนโยบายการปฏิบัติการพยาบาลดูแลสตรีระยะคลอดต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁴ ควบคู่กับการให้แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในด้านต่าง ๆ เช่น กาย จิตใจ และข้อมูล ดังกรอบแนวคิดตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial experimental design with minimization technique) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการ หน่วยงานคลอด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลัก power analysis ที่ effect size = .25 และ $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนึงถึงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแล้วได้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนเป็นกลุ่มทดลอง 49 ราย กลุ่มควบคุม 46 ราย ซึ่งคุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่างคือ ตั้งครรภ์ครบกำหนด อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตร ตั้งครรภ์เดี่ยว อยู่กินกับสามี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรืออายุรศาสตร์ในระหว่างตั้งครรภ์เป็นผู้คลอดที่ไม่ได้ฝากพิเศษกับสูติแพทย์ ยอมรับการตั้งครรภ์ อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปชื่อ มินิโมเซชัน-8 ในการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะสามารถสุ่มตัวอย่างโดยให้มีการกระจายของตัวแปรภายนอกที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อผลการทดลอง และให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรภายนอกที่ถูกควบคุมประกอบด้วยระดับการศึกษา

จำนวนครั้งของการฝึกครีกรัก และการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อน ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว

ขั้นตอนในการวิจัย

หลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีระยะคลอดที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ถ้าสตรีระยะคลอดสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นมีขั้นตอนคือ

สตรีระยะคลอดกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่

สตรีระยะคลอดกลุ่มทดลอง จะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนที่มีรูปแบบเดียวกัน ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ทักทายและแนะนำตนเองต่อสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลอง ดังนี้ "สวัสดีค่ะ ดิฉัน..... (ชื่อและนามสกุล) จะเป็นผู้ดูแลและอยู่เป็นเพื่อนคุณตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนถึงสิ้นสุดการคลอด"

2. ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีระยะคลอด กลุ่มทดลองโดยเกริ่นนำว่า "เนื่องจากการคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ สตรีส่วนใหญ่สามารถเผชิญการคลอดได้อย่างปลอดภัย ดิฉันเชื่อว่า คุณ..... (ชื่อของสตรีระยะคลอด) ก็สามารถเผชิญการคลอดได้เช่นกัน ตัวคุณ.....(ชื่อของสตรีระยะคลอด) เองจะเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะทำให้การคลอดครั้งนี้ผ่านไปด้วยดี"

3. ให้แรงสนับสนุนทางข้อมูลแก่สตรีระยะคลอด โดยใช้ภาพถ่ายจริง และภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เครื่องมือสำหรับการช่วยเหลือการคลอด กระบวนการคลอด การสัมผัส การลูบหน้าท้อง การนวด เทคนิคการหายใจ และการเบ่งคลอด

4. ให้แรงสนับสนุนทางกายและจิตใจแก่สตรีระยะคลอด โดยกระตุ้นให้ใช้เทคนิคหายใจ การเบ่งคลอด การสัมผัส การนวด และลูบหน้าท้อง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ลดอาการเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยต้องแสดงความเห็นใจ และยอมรับความรู้สึกที่สตรีระยะคลอดแสดงออกเมื่อเจ็บปวด

5. ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการกระตุ้นสตรีเหล่านั้นให้ลูบหน้าท้อง ใช้เทคนิคการหายใจ เมื่อสตรีระยะคลอดเจ็บครรภ์

ขณะผู้วิจัยทุกคนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้สัญญาณ และจูงหะ (coach) แก่สตรีระยะคลอดทุกครั้งในการเบ่งคลอดอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทุกครั้งที่สตรีระยะคลอดให้ความร่วมมือหรือทำตามคำแนะนำได้ถูกต้อง เช่น ใช้เทคนิคการหายใจถูกต้อง ผู้วิจัยจะเสริมสร้างพลังอำนาจ และพูดว่า "คุณหายใจได้ถูกต้องค่ะ" ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยเบ่งคลอดได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะพูดว่า "ดีค่ะดี" "คุณ.....(ชื่อสตรีระยะคลอด) เบ่งได้ถูกต้องแล้ว เริ่มเห็นผมลูกแล้วนะค่ะ เดี่ยวจะได้เห็นหน้าลูกแล้วค่ะ" คำชมเชยหรือการบอกให้สตรีระยะคลอดทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด เป็นการเน้นให้สตรีเหล่านั้นรับรู้ว่าคุณภาพในการปฏิบัติเพื่อเข้าสู่กระบวนการคลอดทารก และทำให้สตรีเหล่านั้นรับรู้ว่าคุณภาพสามารถที่จะเผชิญกับการคลอดได้

6. การเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้แรงสนับสนุนทางกาย จิตใจ และข้อมูล ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่หลังสตรีระยะคลอดตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลองจนถึงสิ้นสุดการคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการทดลอง ผู้ช่วยนักวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 หลังการทดลอง ผู้ช่วยนักวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดและบันทึกข้อมูลการคลอดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด นอกจากนี้ผู้ช่วยนักวิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยเริ่มตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด

กลุ่มควบคุม ก่อนระยะปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ผู้ช่วยนักวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล หลังจาก 2 ชั่วโมงหลังคลอดสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและความวิตกกังวลของสตรีระยะคลอดในกลุ่มควบคุมอีกครั้ง พร้อมทั้งสัมภาษณ์การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด และบันทึกข้อมูลการคลอดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้ช่วยนักวิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยเริ่มตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) การวิเคราะห์ MANOVA ถูกนำมาใช้เนื่องจากการศึกษานี้มีตัวแปรตามมากกว่า 2 ตัว และตัวแปรตามที่ศึกษามีความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์ MANOVA ช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบ (power) การคำนวณและแปลผลทำได้ง่ายขึ้นเพราะเป็นการทดสอบสมมติฐานในคราวเดียวกันทำให้ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจ ประเภทที่ 1 (type I error)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป การวิจัยครั้งนี้มีสตรีระยะคลอดจำนวน 95 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 46 คน และกลุ่มทดลอง 49 คน ในกลุ่มควบคุมมีอายุ โดยเฉลี่ย 22.22 ± 3.62 ปี อายุครรภ์ 38.28 ± 5.67 สัปดาห์ รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 10,402.17 ± 6,500 บาทต่อเดือน ประมาณร้อยละ 39 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและร้อยละ 37 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 83) มากกว่าครึ่งเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 52.20) ในช่วงระยะตั้งครรภ์ ฝากครรภ์โดยเฉลี่ย 7.82 ± 2.74 ครั้ง เกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.8) ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะปากมดลูก

เปิดเร็วเพื่อเร่งการคลอด ร้อยละ 45.7 มีน้ำเดินก่อนระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ในกลุ่มทดลองมีอายุโดยเฉลี่ย 21.71 ± 3.43 ปี อายุครรภ์ โดยเฉลี่ย 38.87 ± 4.05 สัปดาห์ รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 7,114.04 ± 4,941.09 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 77.6) ร้อยละ 33 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและร้อยละ 26.5 ของมารดาในกลุ่มนี้จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในกลุ่มนี้มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.2) เป็นแม่บ้าน ฝากครรภ์โดยเฉลี่ย 7.28 ± 3.72 ครั้ง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.1) ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และประมาณร้อยละ 40.8 มีน้ำเดินก่อนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

การใช้เทคนิคมินิไมเซชั่นสามารถควบคุมตัวแปรภายนอกให้มีความเท่าเทียมกันโดยเห็นได้ว่า ตัวแปรภายนอก คือ ระดับการศึกษา (t = -1.13, p = .26) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (t = .22, p = .82) การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (φ = -11, p = .91) ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลลัพธ์ของการคลอดต่อสตรีระยะคลอดกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด ระยะเวลาของการคลอด คะแนนแอฟการ์ ในกลุ่มทดลอง (N = 49) และกลุ่มควบคุม (N = 46)

ตัวแปร	Mean (SD)		Univariate F Test			
	ควบคุม	ทดลอง	F	P-value	Eta ²	Power
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	53.20 (8.17)	60.18 (6.66)	20.994	.000	.184	.995
ความมีคุณค่าในตนเอง	30.65 (3.31)	30.65 (3.90)	.000	.999	.000	.050
ความวิตกกังวล	45.78 (8.82)	40.53 (8.69)	8.546	.004	.084	.825
การรับรู้ความเจ็บปวด	8.57 (1.52)	7.76 (1.90)	5.240	.024	.053	.620
ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด	53.04 (5.67)	57.55 (7.10)	11.573	.001	.111	.920
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	7.08 (2.01)	8.00 (2.26)	4.400	.039	.045	.546
ระยะเวลาการคลอด	10.26 (4.97)	9.67 (3.94)	.407	.525	.004	.097
คะแนนแอฟการ์	9.13 (0.28)	9.15 (0.31)	1.044	.309	.011	.173

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ MANOVA โดยเปรียบเทียบจากค่า F test พบว่าสตรีระยะคลอดที่อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และสตรีระยะคลอดที่อยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มีการรายงานค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่าค่าเฉลี่ยของควมมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาของการคลอด และค่าคะแนนแอฟการ์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติโคสแคว์พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มสตรีระยะคลอดกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดา การพึ่งสุติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยเหลือการคลอด และการใช้ยาแก้ปวดในระยะคลอด นอกจากนี้

ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ไม่มีสตรีระยะคลอดคนใดจากทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้กำเนิดบุตรที่มีภาวะแทรกซ้อน (N = 95)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและความวิตกกังวลในสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองแตกต่างกันระหว่างก่อน และหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ MANOVA โดยเปรียบเทียบจากค่า univariate F test พบว่าสตรีระยะคลอดที่อยู่ในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวล ส่วนค่าเฉลี่ยของควมมีคุณค่าในตนเองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในกลุ่มทดลอง (N = 49)

ตัวแปร	Mean (SD)		Univariate F Test			
	ก่อน	หลัง	F	P-value	Eta ²	Power
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	50.06 (7.80)	60.06 (6.85)	47.313	.000	.321	1.000
ควมมีคุณค่าในตนเอง	29.20 (4.68)	30.67 (3.87)	2.992	.087	.029	.403
ความวิตกกังวล	53.76 (7.80)	40.61 (8.52)	66.126	.000	.398	1.000

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดสูงกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าสตรีระยะคลอดกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำ อีกทั้งสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง ส่วนควมมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาของการคลอด และค่าคะแนนแอฟการ์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผลการวิจัยบางส่วนข้างต้นยังได้รับการยืนยันจากการทดสอบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลองของสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าหลังทดลองสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง ส่วนควมมีคุณค่าในตนเองนั้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่สตรีระยะคลอดซึ่งได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นหลังทดลอง เนื่องจากการเข้าสู่กระบวนการคลอด ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญจากผู้คลอดคือ แรงผลักดัน (power) และภาวะจิตใจ (psychological factors)²⁸ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความก้าวหน้าของการคลอด การที่สตรีระยะคลอดซึ่งได้รับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้วิจัยว่าตนเป็นผู้มีความสามารถและเป็นบุคคลสำคัญในการเผชิญการคลอด ถือเป็น การกระตุ้นให้สตรีเหล่านั้นตั้งศักยภาพในตนเองมาใช้เต็มที่

ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่พบว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁹ นอกจากนี้ การให้แรงสนับสนุนทางข้อมูล จิตใจ และทางกาย เป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมที่จะใช้ความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การให้แรงสนับสนุนทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14, 15}

การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีผลช่วยลดความวิตกกังวลในสตรีระยะคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{12, 14, 30, 31} ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้ให้แรงสนับสนุนด้านกำลังใจ และข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ทำให้สตรีระยะคลอดทราบความก้าวหน้าในการคลอดของตน ส่งผลให้คลายความวิตกกังวลลง³¹ มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลโดยตรงทำให้สตรีระยะคลอดเชื่อมั่นว่าตนสามารถจัดการกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด และเผชิญกับการคลอดได้ดี เป็นการเสริมแรงให้สตรีระยะคลอดพึ่งตนเองมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลช่วยให้ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้นในผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่อพันอึกเสบ³² และช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม³³ ประกอบกับการให้แรงสนับสนุนทางข้อมูลแก่สตรีระยะคลอดเป็นระยะ ๆ ทำให้สตรีเหล่านั้นทราบความก้าวหน้าของการคลอดและเผชิญการคลอดอย่างมีเป้าหมาย และมีความหวังได้เห็นหน้าลูก มากกว่าการจ่ออยู่กับอาการเจ็บครรภ์ จึงส่งผลให้แสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่าสตรีระยะคลอดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งแรงสนับสนุนทางวาจา เป็นการให้กำลังใจ ทำให้สตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองรู้สึกอบอุ่นและผ่อนคลาย ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีระยะตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยการให้แรงสนับสนุนทางข้อมูล และวิธีลามาซมีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีในระยะคลอด^{21, 22}

สำหรับการรับรู้คุณค่าในตนเองของสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการรับรู้คุณค่าในตนเองของสตรีกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก^{34, 35} จึงไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ใน

เวลาอันสั้น เพราะผู้วิจัยใช้เวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับ การให้แรงสนับสนุนโดยเฉลี่ย 9.67 ± 3.94 ชั่วโมง และกระทำ ขณะที่สตรีระยะคลอดมีอาการเจ็บครรภ์เป็นระยะ ๆ ทำให้สตรีเหล่านั้นถูกเบี่ยงเบนความสนใจ จึงไม่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งไปกว่านั้น การศึกษานี้ได้ใช้เทคนิคมิโนเชซัน และออกแบบการวิจัยด้านคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ อายุ ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด^{34, 35}

การศึกษานี้พบว่า สตรีระยะคลอดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดดีกว่าสตรีระยะคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ดีกว่าตนเองมีความสามารถ เพราะคณะผู้วิจัยยกย่อง ชมเชย การเห็นใจ ยอมรับความรู้สึก ร่วมกับได้รับการดูแลจากคณะผู้วิจัยช่วยนวดหลัง ลูบหน้าท้อง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจ กระบวนการคลอด และทราบข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ๆ ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่กำหนดขึ้นในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องนั้น มีผลต่อความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดในสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลองอย่างชัดเจน ผลที่พบสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าแรงสนับสนุน ทำให้สตรีระยะคลอดมีความรู้สึกที่ดีต่อการคลอด^{36, 37} และมีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด^{12, 14, 16}

ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องไม่มีผลต่อระยะเวลาของการคลอดของสตรีระยะคลอดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อธิบายว่าการศึกษานี้ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อไม่ให้ตัวแปรภายนอกมีผลต่อระยะเวลาคลอด เช่น กำหนดว่าสตรีระยะคลอดต้องมีภาวะครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ หรืออายุศาสตร์ในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้ควบคุมตัวแปรการแตกของถุงน้ำคร่ำ ให้มีความเท่าเทียมกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งการควบคุมตัวแปรการแตกของถุงน้ำคร่ำนี้มีผลต่อระยะเวลาคลอดโดยตรง ทำให้ระยะเวลาของการคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่พบไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าแรงสนับสนุนช่วยลดระยะเวลาของการคลอด^{11, 17, 25, 26} อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยการคลอดของสตรีระยะคลอดที่อยู่ในกลุ่มทดลองคือ 9.67 ± 3.94 ชั่วโมง ซึ่งมีระยะเวลาการคลอด

สั้นกว่ากลุ่มควบคุม คือ 10.26 ± 4.97 ชั่วโมงแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าคะแนนแอฟการของสตรีระยะคลอดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคอลลินและคณะ³¹ ที่พบว่าแรงงานสนับสนุนมีผลทำให้ค่าคะแนนแอฟการของทารกสูงขึ้น อาจเนื่องจากการศึกษานี้เลือกเฉพาะหญิงระยะคลอดที่มีสุขภาพดี มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และการตั้งครรภ์ที่ยอมรับ ประกอบกับสตรีระยะคลอดทั้งสองกลุ่มมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ โดยสตรีกลุ่มควบคุมมาฝากครรภ์เฉลี่ย 7.82 ครั้ง และสตรีกลุ่มทดลองมาฝากครรภ์เฉลี่ย 7.28 ครั้ง ซึ่งการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและค้นพบความผิดปกติได้ทันเวลาที่ ส่งผลให้สตรีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคลอดบุตรที่มีสุขภาพดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงงานสนับสนุนมีผลลดภาวะแทรกซ้อนในมารดา^{11, 17, 25, 26} ลดการใช้ยาคลอด^{24, 26} ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง²⁶ ความไม่สอดคล้องน่าจะเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะว่าสตรีระยะคลอดทั้งสองไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะคลอด โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คลอดทารกทางช่องคลอด มีเพียง 2 คนที่คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ และ 1 คน ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนกลุ่มควบคุมสตรีส่วนใหญ่คลอดทารกทางช่องคลอด มี 2 คน ที่คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อที่มสุขภาพผู้ให้การดูแลสตรีในระยะคลอด พยาบาลในห้องคลอดควรตระหนักว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ยาบาลควรกระทำต่อสตรีระยะคลอดทุกคน เพื่อส่งเสริมให้การคลอดผ่านไปด้วยดีและสตรีมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดควรมีการอบรมพยาบาลที่ดูแลสตรีระยะคลอดให้เข้าใจกระบวนการหรือหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้แรงงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และควรนำไปประเมินนี้ไปทดสอบประสิทธิภาพในสตรีระยะคลอดอื่นๆ ก่อนการนำผลวิจัยไปขยายผลต่อ

สรุป

การสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับแรงงานสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทำให้สตรีระยะคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

มีพฤติกรรมเผชิญต่อความเจ็บปวดสูง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลง ดังนั้นจึงสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับที่มสุขภาพใช้ในการดูแลสตรีระยะคลอด เพื่อให้สตรีเหล่านั้นเข้าสู่กระบวนการคลอดได้อย่างมั่นใจต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ให้ทุนสนับสนุนการทำโครงการวิจัย รศ.ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ ที่ปรึกษาโครงการ ที่ให้คำแนะนำจนเกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี ดร.ปิยะนุช จิตตานุหน ที่ช่วยตรวจสอบบทความ ให้ข้อคิดเห็นที่มีค่ายิ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณสตรีระยะคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน คุณเสี้ยว เตชะภัทรกุล คุณจุฑาทิพย์ คงสม เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่าน คุณกานดา อินทร์ศรี ผู้ช่วยวิจัยที่มีส่วนช่วยสนับสนุนในงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. Glangeaud FM. Psychological stress factors related to prenatal hospitalization. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1994;23:289-393.
2. Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. *Foundations of maternal-newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.
3. Lederman RP, Lederman E, Work BA, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:495-500.
4. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991;16:354-61.
5. Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S. A concept analysis on the process of empowerment. *Adv Nurs Sci* 1998; 21:62-8.
6. Miller JF. *Coping with chronic illness: overcoming powerless*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1997.
7. Labonte R. Community and professional empowerment. *Can Nurse* 1989;85:23-8.

8. Sakala C. Content of care by independent midwives: assistance with pain in labor and birth. *Soc Sci Med* 1988;26:1141-58.
9. Cummings B. Empowering women: homeopathy in midwifery practice. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1998; 4:13-6.
10. Schuiling KD, Sampselle CM. Comfort in labor and midwifery art. *Image J Nurs Sch* 1999;31:77-81.
11. Beaton J, Gupton A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery* 1990;6:133-9.
12. Quine L, Rutter DR, Gowen S. Women's satisfaction with the quality of birth experience: a perspective study of social and psychological predictors. *J Reprod Infant Psychol* 1993;11:107-13.
13. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310-57.
14. จารุวรรณ รังสิยานนท์. ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
15. Higgin P, Murray ML, Williams EM. Self-esteem, social support, and satisfaction differences in women with adequate and inadequate prenatal care. *Birth* 1994;2: 26-33.
16. Koehn ML. Effectiveness of prepared childbirth and childbirth satisfaction. *J Perinat Educ* 1992;1:35-43.
17. Ip WY. Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *J Clin Nurs* 2000;9:265-72.
18. Keenan P. Benefits of massage therapy and use of a doula during labor and childbirth. *Altern Ther Health Med* 2000; 6:66-74.
19. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1054-9.
20. ประทุมพร เพียรจริง, ละมัย วีระกุล, บุษยา ยารังษี, ผกา สุขเจริญ, สุทธิพร พรหมจันทร์. ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้ และการเผชิญความเจ็บปวดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล* 2544;16:25-36.
21. ละมัย วีระกุล. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพะเยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2534.
22. สุขภินุช สังฆสุวรรณ. ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
23. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' well-being in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1056-63.
24. Hodnett ED, Osborn W. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health* 1989;12:289-97.
25. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychological correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers and Soc Psychol* 1993;65:1243-58.
26. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US Hospital. *JAMA* 1991;265:2197-201.
27. Niven, C. How helpful is the presence of the husband at childbirth. *J Reprod Infant Psychol* 1985;3:45-53.
28. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity & women's health care*. St. Louis: Mosby; 2000.
29. นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์, ศุภภาวี เพ็ญเทศ, ชลดา จันทร์ขาว. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี. *วิทยาศาสตร์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกาชาดไทย* 2544;26:174-85.
30. ทศมา โรจนประดิษฐ์, มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรพินธ์ เจริญผล. ผลของการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2543; 1:41-8.

31. อารีย์วรรณ อ่วมตานี, สุชาติ รัชชกุล. การสนับสนุนทางการพยาบาลในการคลอดของหญิงคลอดครั้งแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546;15:11-19.
32. Seldon HS. Patient empowerment: a strategy for pain management in endodontics. J Endodon 1993;19:521-3.
33. Jairath N, Kowal N. Patient expectations and anticipated responses to postsurgical pain. J Holist Nurs 1999;17:184-96.
34. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman; 1967.
35. Stuart GW, Sundeen SJ. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis: Mosby; 1987.
36. Compero L, Garcia C, Diaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. Soc Sci Med 1998;47:395-403.
37. สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์-มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.