



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
**The Effect of Group Empowerment Program on Pain Coping Behavior
During the First Stage of Labor in Teenage Pregnant Women**

มลิวัลย์ รัตยา

Maliwan Rattaya

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Midwifery)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
**The Effect of Group Empowerment Program on Pain Coping Behavior
During the First Stage of Labor in Teenage Pregnant Women**

มลิวัลย์ รัตยา

Maliwan Rattaya

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Midwifery)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผู้เขียน นางมลิวัดย์ รัตยา

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาว์ ทศศรี) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาว์ ทศศรี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันท
พัฒน์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันทพัฒน์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นอ.หญิง ดร.ทัศนีย์ เสมียนเพชร ร.น.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน
ช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาว์ ทศศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางมลิวลัย รัตยา)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางมลวิมลย์ รัตยา)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญ

ความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผู้เขียน นางมลวิทย์ รัตยา

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์)

ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยคัดเลือกตามคุณลักษณะที่กำหนดจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย (1) สื่อวิดีโอสัมภาษณ์มารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด (2) สื่อนำเสนอภาพหนึ่งเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม (3) บัตรแรงใจ และ (4) คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที และเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ (2) แบบสังเกตพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบหาความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดโดยวิธีหาความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่าเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้พบว่า

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดช้าในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ($M=9.56, SD=1.00$) เหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M=5.36, SD=1.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.76, p<.001$)

2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ($M=7.76, SD=1.51$) เหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M=2.64, SD=1.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.59, p<.001$)

3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ($M=5.36, SD=1.11$) เหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M=0.60, SD=1.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.96, p<.001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เจ็บครรภ์คลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มนี้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้คลอดเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมความเจ็บปวด ช่วยให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

Thesis Title The Effect of Group Empowerment Program on Pain Coping Behavior During The First Stage of Labor in Teenage Pregnant Women.

Author Mrs Maliwan Rattaya

Major Program Nursing Science (Midwifery)

Academic Year 2013

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of group empowerment program on pain-coping behavior during the first stage of labor in teenage pregnant women. The sample comprised 50 teenage pregnant women receiving care from the antenatal clinic and delivering at a one general hospital in southern Thailand, during March to May 2014. Fifty subjects who met the inclusion criteria were equally divided into an experimental group (25 subjects), who received the group empowerment program, and a control group (25 subjects), who received usual nursing care. The study instruments consisted of 2 parts. Part 1 was the intervention program that was composed of (1) a video related to interviewing the birthing experience of teenage mothers, (2) a power point presentation related to birthing process, labor pain, pain relieving techniques, and the effects of inappropriate coping behavior, (3) a motivational card, and (4) a manual for practice during the first stage of labor. The program began at 32-36 weeks gestational age and was conducted over 3 sessions, every 2 weeks and 60-minute for each session. Part 2 was a questionnaire for demographic data and an observation scale of pain coping behavior during the first stage of labor. All instruments in this study were content validated by three experts. The inter-rater reliability of the Pain Coping Behavior Scale, yielding a value of 0.83. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation for demographic data, and the hypotheses were tested using t-test.

The results revealed that:

1. Teenage pregnant women who received the group empowerment program had pain coping behavior score during the latent phase ($M = 9.56$, $SD = 1.00$) statistically significantly more

appropriate than teenage pregnant women who received usual nursing care ($M = 5.36$, $SD = 1.15$; $t = 13.76$, $p < .001$).

2. Teenage pregnant women who received the group empowerment program had pain coping behavior score during the active phase ($M = 7.76$, $SD = 1.51$) statistically significantly more appropriate than teenage pregnant women who received usual nursing care ($M = 2.64$, $SD = 1.89$; $t = 10.59$, $p < .001$).

3. Teenage pregnant women who received the group empowerment program had pain coping behavior score during the transitional phase ($M = 5.36$, $SD = 1.11$) statistically significantly more appropriate than teenage pregnant women who received usual nursing care ($M = 0.60$, $SD = 1.30$; $t = 13.96$, $p < .001$).

The results showed that the group empowerment program can enhance appropriate pain coping behaviors during the first stage of labor of teenage pregnant women. This program should be used to promote the capability of laboring women in order to make them aware of their power to control their pain behaviors and help them to have good childbirth experience and to be satisfied with the nursing care received.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาวิ ทศศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพร จันทรพัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้เสนอข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าและบุคลากรแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมงานแผนกห้องคลอดที่เสียสละรับภาระงานแทนผู้วิจัยขณะศึกษาต่อ ตลอดจนขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนด้านการศึกษาตลอดมา พร้อมทั้งขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันได้อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ตลอดจนบุคคลอันเป็นที่รัก และหญิงตั้งครรภ์ทุกท่าน

มลิวัดย์ รัตยา

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อ.....	(5)
	ABSTRACT.....	(7)
	กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
	สารบัญ.....	(10)
	รายการตาราง.....	(12)
	รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
	คำถามการวิจัย.....	4
	กรอบแนวคิด.....	5
	สมมติฐานการวิจัย.....	9
	นิยามศัพท์.....	9
	ขอบเขตการวิจัย.....	10
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
	การตั้งครรภวัยรุ่น.....	12
	ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	17
	การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	31
	กระบวนการกลุ่ม.....	36
	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
วิธีการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	55
ผลการวิจัย.....	55
การอภิปรายผล.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
เอกสารอ้างอิง.....	71
ภาคผนวก.....	83
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	84
ข ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	85
ค การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ.....	86
ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	90
จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	94
ฉ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง.....	98
ช บัตรแรงใจ.....	99

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ช คู่มือ.....	100
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ประวัติผู้เขียน.....	102

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว และสถานภาพสมรส ด้วยสถิติไคสแควร์.....	57
2	เปรียบเทียบค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ รายได้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ด้วยสถิติทีอิสระ.....	58
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดช้าในระยะเวลาที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ.....	59
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วในระยะเวลาที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ.....	60
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ.....	61
6	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดช้าในระยะเวลาที่ 1 การคลอด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	86
7	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	87
8	คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาที่ 1 การคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	88

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	8
2	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าการคลออดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่น่ายินดี และปลื้มปิติในการให้กำเนิดชีวิตใหม่ แต่ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการคลออดจัดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง (ลีนาณู, 2555) ระดับความเจ็บปวดจะเปลี่ยนแปลงไปตามความแรงของการหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลออด (Cheng & Caughey, 2014) นอกจากนี้ความเจ็บปวดอาจเกิดจากการกระตุ้นการคลออด การตรวจภายใน เมื่อมีความก้าวหน้าของการคลออดมากขึ้นความเจ็บปวดจะยิ่งมากขึ้น (Ricci & Kyle, 2009) การรับรู้และการแสดงความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ และสิ่งแวดล้อม (ศศิธร, 2555) โดยทางร่างกายเป็นผลมาจากการถ่างขยายของปากมดลูกและช่องทางคลออด ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก รวมทั้งแรงกดของส่วนนำ ขนาดและท่าของทารก ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น (Gupta, Anand, Kumar, & Singhal, 2006; Lowdermilk, 2012) และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความเจ็บปวด เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลออด ความเหนื่อยล้าจากการคลออดยาวนาน ซึ่งส่งผลให้มีการใช้ทักษะการเผชิญความเจ็บปวดได้ไม่เต็มที่จึงทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง (Murray & Mckinney, 2010) ยังทำให้มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้น (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006) รวมถึงการแสดงออกของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดทั้งท่าทางและคำพูด โดยการดูแลที่ดีจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลายและมีความทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Ricci & Kyle, 2009) ดังนั้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลออด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายแสดงพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดแตกต่างกัน

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ยังไม่เจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ จึงส่งผลต่อการคลออดและการเผชิญความเจ็บปวด เกิดปัญหาต่อการคลออด เช่น อาจคลออดยาก เนื่องจากกระดูกเชิงกรานมีขนาดไม่กว้างพอต่อการผ่านออกมาของทารก (Solomon-Fear, 2013) หรืออาจมีสภาวะไม่พร้อมที่จะรับปัญหาและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจมีปัญหา ด้านอารมณ์และจิตใจหลายประการ ทำให้เกิดความเครียด ปรับตัวไม่ได้ (ทองพูล, 2557) จึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลออด และหากมีระยะเวลาการคลออด

ที่ยาวนาน จะมีความอ่อนเพลีย ส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Lowdemilk, 2012) เกิดเป็นวงจรของความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด อาจทำให้การคลอด้่าช้า นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย ทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ (Ricci & Kyle, 2009) บางรายอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยเหลือการคลอด (Kukulu & Dermirok, 2008) ดังนั้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถผ่านกระบวนการคลอดและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปได้

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยทั่วไป 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคำพูด ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการแสดงออกทางใบหน้า (Sauls, 2010) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดออกมาในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง ร้องเอะอะ โวยวาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด (จิตตานันท์, 2550) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้คลอดขาดความพร้อมต่อการให้ความร่วมมือในการคลอด จึงเสี่ยงต่อการคลอด้่าช้า ยิ่งส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความอ่อนเพลีย หดแรงแม่ไม่สามารถเบ่งคลอดด้วยตนเอง อันจะเป็นข้อบ่งชี้การทำสูติศาสตร์หัตถการ อีกทั้งการไม่ให้ความร่วมมือขณะคลอด จะทำให้มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด เสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก หรือตกเลือด (เขวาลักษณ์และฤดี, 2550; Wahn & Nissen, 2005) นอกจากนี้ จากความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต เมื่อผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก จะทำให้จิตใจเกิดความกลัว ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ความเจ็บปวดจะยิ่งเพิ่มขึ้น ซึ่งวงจรต่อเนื่องของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด จะส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย โดยทั้งนี้เมื่อระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ หดตัว เพื่อลดการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ไม่สำคัญ เช่น มดลูก เลือดถูกสูบฉีดไปเลี้ยงมดลูกมีปริมาณน้อยลง ทารกจึงขาดออกซิเจน อาจทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด (ปาริฉัตร, เขวาลักษณ์, ฉวีวรรณ, และวรรณภา, 2555) และจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียม ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมคลอดวิธีใดก็ตาม ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดเหมาะสมมากขึ้น (จิตตานันท์, 2550; ภิญ โญ, 2553; รุ่งรารวรรณ, 2551) เช่นเดียวกับการศึกษาของชญาสิน, โสเพ็ญ, และเขวาลักษณ์ (2548) ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ดีกว่า จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในทางที่ดีขึ้นได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยให้มีความพึงพอใจกับชีวิตที่เหมาะสม แต่มีการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่การเสริมสร้างพลังอำนาจมักใช้ส่งเสริมในพฤติกรรมต่างๆ เป็นรายบุคคล ขณะที่ปัจจุบันจำนวนเจ้าหน้าที่มีอยู่จำกัด จึงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลทำได้ยาก และอาจไม่ทั่วถึง อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพื่อการให้บริการที่ทั่วถึงและเหมาะสมกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ จึงควรมีการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นแบบกลุ่ม โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) ประกอบด้วย การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง และการคงไว้การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปบูรณาการร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (Yalom & Leszcz, 2005) ตั้งแต่ระยะเตรียมกลุ่ม ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความพึงพอใจกับชีวิตที่เหมาะสม โดยการให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด กระบวนการคลอด วิธีลดความเจ็บปวด ร่วมกับการมีโอกาสฝึกปฏิบัติด้วยตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง และยังสามารถได้รับการเสริมสร้างจากพลังอำนาจของกลุ่ม โดยมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้ความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดลดลง ก็จะส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดในขณะเจ็บครรภ์คลอดลดลงได้ตามกลไกของทฤษฎีควบคุมประจักษ์

การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและจิตเวช บุษกร (2547) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองในทางที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับเยาภา, วิภาพรรณ, พิสมัย, และวันทนา (2554) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตัวเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จุฬารัตน์, 2547) ส่วนเพ็ญญา (2550) ศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงลดลง คล้ายคลึงกับการศึกษาของวิลาวลัย, วิไลกุล, สุปราณี, และธรรณา (2550) ที่พบว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จาก

กระบวนการกลุ่มเป็นการเพิ่มความสามารถแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดช้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดวัยรุ่น ระยะเปลี่ยนผ่านในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดช้า เหมาะสมกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เหมาะสมกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่านเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) และกระบวนการกลุ่ม (Yalom & Leszcz, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากร เพื่อควบคุมสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาชีวิตของตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน คือ (1) การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกระบวนการกลุ่มเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกัน ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น นำมาซึ่งการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งค่านิยม ทักษะ และพฤติกรรม (Yalom & Leszcz, 2005) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ (1) ระยะเตรียมกลุ่ม (2) ระยะเริ่มกลุ่ม (3) ระยะทำงานกลุ่ม และ (4) ระยะยุติกลุ่ม กระบวนการกลุ่มจึงช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ เกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และนำประสบการณ์ที่ได้รับจากกลุ่มมาปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับตัวเอง

ความเจ็บปวดระยะคลอด จะเกิดขึ้นจากกลไกตามธรรมชาติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ศศิธร, 2555) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งอาจตั้งครรภ์และมีความไม่พร้อมในทุก ๆ ด้าน ส่งผลทำให้ขาดความมั่นใจ วิตกกังวล กลัว และประเมินความสามารถของตนเองต่ำ จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดแตกต่างกัน (ปาริฉัตรและคณะ, 2555) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงออกที่ไม่พึงพอใจ และทุกข์ทรมาน ร้องไห้ครวญคราง เอะอะโวยวาย ดิ้นทุรนทุราย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ให้ความร่วมมือ และขาดความพร้อมในการคลอด (จิตตานันท์, 2550; วิจารณ์, 2548) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด นำมาซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มมากขึ้น (วิทยา, 2553) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต้องมีความตระหนักเข้าใจธรรมชาติ และมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

การบูรณาการแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งมีอยู่ 4 ขั้นตอน โดยมีการเริ่มจากกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด ดังเช่น ในระยะเตรียมกลุ่ม และระยะเริ่มกลุ่ม ผู้วิจัยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์ และระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างด้วยกัน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจต่อกัน หลังจากนั้น เป็นระยะทำงานกลุ่ม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม การคู่วิธีโอการสัมภาษณ์ประสพการณ์การคลอดของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น พร้อมกับอธิบาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับเทคนิควิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาต่างๆ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้ที่เคยผ่านการคลอดแล้วเล่าประสบการณ์ และวิธีการเผชิญกับความเจ็บปวดให้กับสมาชิกกลุ่มรับฟัง จากนั้นพูดคุยอภิปรายเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวด ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จึงช่วยทำให้เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ สติปัญญาการรับรู้ และพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เข้าใจ และหันมาพิจารณา หรือทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการทำกิจกรรมระยะยุติกลุ่ม มีการทำบัตรแรงใจ และใช้เป็นปกของคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด แจกให้หญิงตั้งครรภ์นำไปทบทวน ฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองที่บ้าน มีการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างสมาชิกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกัน กิจกรรมเหล่านี้จึงช่วยเสริมกำลังใจ รู้สึกมีความหวัง การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (เพ็ญญา, 2550) และทำให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าสู่ระยะคลอดจริง จะสามารถนำสิ่งที่รับรู้และฝึกปฏิบัติมาใช้กับตนเองได้ทันที มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มนี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะมีความสอดคล้องกับกลไกตามทฤษฎีการรับรู้ความเจ็บปวดเปิด-ปิดประตู ในการส่งสัญญาณประสาททางตรงหรือทางอ้อม ไปยังการทำงานของพลังใยประสาทในเปลือกสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และสติปัญญา (ศศิธร, 2551; สีนินาฏ, 2555; อูสาห์, 2548)

นอกจากนี้ การสาธิตย้อนกลับเทคนิควิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา และการนำสิ่งเหล่านี้ไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เทคนิควิธีการเหล่านี้มีประโยชน์มาก เพราะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดและความไม่สุขสบายในขณะที่มีคลอดมีการหดตัว เป็นการลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์และเบี่ยงเบน

ความสนใจออกจากความเจ็บปวด เนื่องจากการเปิด-ปิดรับกระแสความเจ็บปวดของระบบประสาทสมองส่วนกลาง โดยกลไกการปรับตัวต่อความเจ็บปวดบริเวณสับสแตนต์เทียจิลาดิโนซา (substantia gelatinosa) ที่กระดูกไขสันหลัง ซึ่งทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าของพลังประสาท ที่มีพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่เปิดประตู และพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตู หากว่าพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าประตูจะเปิด ทำให้สมองรับรู้ถึงความเจ็บปวด แต่ถ้าหากพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่า ความเจ็บปวดจะลดลง (สินินาฏ, 2555; Simkin & Bolding, 2004) รวมทั้งมีการส่งสัญญาณประสาทจากเรติคูลาร์ฟอร์มชันในก้านสมอง (projection from the brain stem reticular formation) ช่วยปรับระดับความรู้สึกของพลังใยประสาทเข้าสู่สมองจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ถ้าพลังประสาทนำเข้ามีจำนวนมากจะยับยั้งการทำงานของเรติคูลาร์ (reticular) ทำให้ประตูปิด จึงมีผลต่อความปวดในด้านจิตใจหรือความตึงเครียดจากการปวดทางกาย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญความเจ็บปวดไม่ว่าการแสดงออกด้วยเสียง หรือการแสดงออกด้วยท่าทางได้อย่างเหมาะสม ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อช่วยในการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1. เพื่อส่งเสริมการเข้าใจสภาพการณ์เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
กิจกรรมที่ 1

- ระยะเวลาเตรียมกลุ่ม : การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้มีความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน

- ระยะเวลาเริ่มกลุ่ม : แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2

- ระยะเวลาทำงานกลุ่ม : ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ผลกระทบจากการเผชิญความเจ็บปวด การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ แจกคู่มือปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิธีการเผชิญกับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 3

- ระยะเวลาทำงานกลุ่ม : เป็นกิจกรรมระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน โดยการให้สัญญาณใจต่อกัน ทำบัตรแรงใจ การให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์

ครั้งที่ 2. เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4

- ระยะเวลาทำงานกลุ่ม : ผู้วิจัยทบทวน และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ถูกต้องจนมั่นใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ครั้งที่ 3 เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

- ระยะเวลาทำงานกลุ่ม : ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 4

- ระยะเวลายุติกลุ่ม : เป็นการบอกกล่าวสิ้นสุดโปรแกรม โดย การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การให้ความมั่นใจ จนสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอด

1. การแสดงออกด้วยเสียง

1.1 ด้านคำพูด

1.2 ด้านการออกเสียง

2. การแสดงออกด้วยท่าทาง

2.1 ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

2.2 ด้านการควบคุมการหายใจ

2.3 ด้านการแสดงออกทางใบหน้า

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปานกลางเปิดช้าเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปานกลางเปิดเร็วเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมี พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่านเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจบูรณาการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดได้เหมาะสม โดยทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งหมด 3 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 32–36 ห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้ (1) เป็นกระบวนการกลุ่มตั้งแต่ระยะเตรียมกลุ่ม จนถึงระยะทำงานกลุ่ม เพื่อส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจสภาพการณ์เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม มีกิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้มีความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน รวมถึงบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ผลกระทบจากการเผชิญความเจ็บปวด การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ แจกคู่มือปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิธีการเผชิญความเจ็บปวด การให้สัญญาใจต่อกัน โดยทำบัตรแรงใจ การให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจกันและกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (2) เป็นกระบวนการระยะทำงานกลุ่ม เพื่อคงไว้การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมทบทวนสิ่งที่ผ่านมา และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ถูกต้องจนมั่นใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน และ (3) เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม และเข้าสู่ระยะชุดกลุ่มเป็นการบอกกล่าวสิ้นสุดโปรแกรมโดยให้กำลังใจกัน ให้ความมั่นใจ จนสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด หมายถึง การแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การแสดงออกที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยคำพูดหรือน้ำเสียง และการแสดงออกด้วยท่าทางเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมการหายใจ และการแสดงออกทางใบหน้า ซึ่งทำการสังเกตในระยะปากมดลูกมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่แปลและดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอดของสเตอร์ค็อก (Sturrock Labor Coping Scale, 1983) ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสม

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์คือ คำแนะนำโดยมีรูปภาพประกอบเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ส่วนการพยาบาลระยะคลอดจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอด เช่น การสอนเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ประกอบการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเองล่วงหน้า และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัย ตามลำดับดังนี้

1. การตั้งครรภ์วัยรุ่น

- 1.1 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- 1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น
- 1.3 ผลกระทบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

- 2.1 ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเจ็บครรภ์คลอดในวัยรุ่น
- 2.2 พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
- 2.5 แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.2 ประเภทของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. กระบวนการกลุ่ม

- 4.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม
- 4.2 วิธีการดำเนินการกลุ่ม
- 4.3 ผลของกระบวนการกลุ่ม

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 5.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล
- 5.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

การตั้งครรภ์วัยรุ่น

วัยรุ่นถือเป็นวัยที่อยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง และมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ปัจจุบันสภาพสังคมที่ก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับการขาดการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย และการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จึงทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัจจุบันพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ จึงมีการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในหัวข้อการตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ คือ (1) สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ(3) ผลกระทบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามลำดับ ดังนี้

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจเนื่องจากสถิติการคลอดบุตรของสตรีวัยรุ่นทั่วโลกประมาณ 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 90 ของสตรีวัยรุ่นที่คลอดบุตรอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (Solomon-Fear, 2013) อัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ น้อยกว่า 20 ปี เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย สูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ บางประเทศในเอเชียใต้ และลาตินอเมริกา รองลงมาคือตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ สหรัฐอเมริกา และยุโรปตะวันออก ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดในสตรีวัยรุ่นต่ำสุดคือ ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน (WHO, 2011) แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่งไรก็ตามในสหรัฐอเมริกาอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็น 34.3 รายต่อวัยรุ่น 1,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ

สำหรับแนวโน้มการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีการเก็บรวบรวมและรายงานสถิติที่แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวชี้วัดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อเป็นเกณฑ์ในการวัดระดับความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น (WHO, 2011) ซึ่งสถิติการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นไทยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 พบอัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 13.37 ในปี พ.ศ.2550 และในปี พ.ศ. 2554 อัตราการตั้งครรภ์ของ

หญิงวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 14.32 (สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง, 2555) ในขณะที่อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่นไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีการคลอดบุตรเฉลี่ย ชั่วโมงละ 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 17 ของหญิงคลอดบุตรทั้งหมดในประเทศ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยการคลอดบุตรในวัยรุ่นระดับโลกที่มีร้อยละ 11 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอื่นในทวีปเอเชียที่พบร้อยละ 14 (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้มีผลต่อระบบครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมตามมา ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัญหา และผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นมีการแสดงออกหลายรูปแบบทั้งที่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน และที่ไม่เป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นไปตามวัยที่มีการแบ่งวัยรุ่นออกตามพัฒนาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย การเจริญเติบโตที่ถือว่าเห็นได้ชัดเจนที่สุด เช่น รูปร่าง แขน ขายาวขึ้น ร่างกายขยายขึ้นเนื่องจากผลของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ต่อมเพศ และอวัยวะสืบพันธุ์ที่เจริญเติบโตไม่เต็มที่ (Yang & Gaydos, 2010) กล่าวคือ การมีประจำเดือน สะโพกจะขยายออก ทรวงอกก็จะขยายใหญ่ขึ้นใกล้เคียงกับผู้ใหญ่

2. พัฒนาการทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์จะค่อนข้างชัดเจน เช่น รัก ชอบ โกรธ หลง หงุดหงิด และเกลียด เป็นต้น (Catalano, Fagan, Gavin, Greenberg, Irwin, Jr, & Roos, 2012) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงได้ง่าย นำไปสู่การถูกขู่ข่ม หรือชักจูงให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ต้องการความเป็นหญิงจากเพศตรงข้ามทำให้ง่ายต่อการถูกล่อลวงไปในทางที่ผิด

3. พัฒนาการทางสังคม วัยรุ่นจะมีกลุ่มเพื่อนเพิ่ม การเข้าสังคมจะกว้างขวางมากขึ้น ต้องการอิสระ เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก เกิดการเลียนแบบบุคคลที่ชื่นชอบ มีความคิดเป็นของตนเอง ไม่ค่อยเชื่อฟังใครนอกจากเพื่อนในกลุ่ม มีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดคล้ายกัน นำไปสู่การเลียนแบบพฤติกรรม ต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อน เริ่มมีเพื่อนเพศตรงข้ามและเริ่มจับกันเป็นคู่ ๆ (Catalano, Fagan, Gavin, Greenberg, Irwin, Jr, & Roos, 2012) ดังนั้นการที่

ยอมรับจากผู้ใหญ่จะสามารถช่วยให้วัยรุ่นเหล่านี้บรรลุนิติภาวะทางสังคม รับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง สามารถเข้าสังคมได้ดี

4. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา วัยรุ่นจะมีการพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอย่างรวดเร็วในวัยรุ่นตอนต้น และจะเจริญสูงสุดเมื่ออายุ 16 ปี และจะลดลงหลังอายุ 19-20 ปี ขอบลองผิดลองถูก อันจะทำให้เกิดปัญหาตามมา เมื่อสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้จนเป็นที่น่าพอใจก็จะกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหาคด้วยตัวเอง (Yang & Gaydos, 2010) เมื่อรู้จักแก้ปัญหาด้วยตัวเองก็จะแสดงความสามารถ เหตุผล ความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น รู้จักปรับตัว รู้จักสังเกต สามารถเชื่อมโยงหาเหตุและผลได้ เข้าใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Catalano, Fagan, Gavin, Greenberg, Irwin, Jr, & Roos, 2012) สามารถหาทางออกได้อย่างเหมาะสม มีความคิด มีเหตุผลคิดถึงอนาคตได้ และสามารถวิเคราะห์และประเมินความสามารถของตนเองได้

5. พัฒนาการทางด้านเพศ วัยนี้เริ่มจะสนใจรูปร่าง มีการพัฒนาการทางเพศค้ำทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เริ่มหาข้อมูลจากเพื่อน โรงเรียนและครอบครัว เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นรูปร่างเริ่มเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสาว อยากรู้ อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของตนและเพศตรงข้าม (Kearney & Levine, 2009) และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลางพัฒนาการทางเพศส่วนใหญ่เกิดจากการอยากรู้ อยากลอง และเป็นไปตามธรรมชาติ มีการนัดหมายกันส่วนตัว มีการสัมผัส กอดจูบ ไม่ยอมรับผลที่ตามมาจากพฤติกรรมทางเพศ ส่วนวัยรุ่นตอนปลายมีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและสังคม เริ่มแสดงพฤติกรรมทางเพศชัดเจนขึ้น (Yang & Gaydos, 2010) นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์นอกสมรส หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาอยู่ในสังคมปัจจุบัน

ดังนั้นวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาการรับรู้ พร้อมการเจริญเติบโตทางวุฒิภาวะ เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ ยึดตัวเองเป็นใหญ่ ไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ไม่ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้อื่น

ผลกระทบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มีไขความเจ็บป่วย แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบขณะตั้งครรภ์

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากความไม่พร้อมในทุก ๆ ด้าน พัฒนาการตามวัยหยุดชะงัก ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก (วิลาวัลย์, วิลากุล, สุปราณี และธนา, 2550) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง ภาวะโลหิตจาง และความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (งามนิตย์, 2555) รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงไป (รพีพรรณ, สุกัญญา และยุพา, 2550) ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยการพัฒนาทางด้านจิตใจยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ (ฤดี, 2551) เนื่องจากการตั้งครรภ์เกิดจากความไม่ตั้งใจ ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน ก่อให้เกิดความคับข้องใจยากที่จะยอมรับการตั้งครรภ์ (สุคนธ์, 2547) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปร่างของตนเองทำให้รู้สึกอับอาย ต้องหยุดเรียน ทำให้หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเพิ่มขึ้น รู้สึกหว่านหวาดที่เพิ่ง อับอาย โกรธ สูญเสียและรู้สึกผิด ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ (สุพร, 2551) หญิงตั้งครรภ์บางรายตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง แต่ในขณะเดียวกันก็รู้สึกผิด กลัวว่าการทำแท้งจะเป็นอันตรายต่อตนเอง จึงตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป แต่ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ นำไปสู่การไม่ยอมรับบทบาทการเป็นมารดาในอนาคต

ผลกระทบต่อทารก การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ทำให้มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด มีปัญหาทารกน้ำหนักตัวน้อย (งามนิตย์, 2555) ความพิการแต่กำเนิด ปัญญาอ่อน และมีอัตราการตายสูงกว่ามารดาที่มีอายุมาก (วรพงศ์, 2548; วิลาวัลย์, และคณะ, 2550) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ผลกระทบต่อครอบครัว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ครอบครัวเกิดความไม่พอใจ ผิดหวัง อับอาย (ทองพูล, 2557) อาจจะแสดงปฏิกิริยาที่รุนแรง คุกคามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ยิ่งถ้าฝ่ายบิดาของทารกในครรภ์ไม่ยอมรับ จะเกิดการทะเลาะเบาะแว้ง เป็นภาระของครอบครัวฝ่ายหญิงที่ต้องเลี้ยงดูทารกเพียงลำพัง และอาจทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงดู เกิดปัญหาด้านการเงินตามมา (จตุพร, 2548; สุพร, 2551) มีผลทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตของครอบครัวได้

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดการตั้งครรภ์ขณะอยู่ในวัยเรียนต้องออกจากโรงเรียน หรือบางรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งครรภ์นอก

สมรส (ทองพูล, 2557) เนื่องจากสังคมไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจจะถูกตำหนิ หรือถูกทอดทิ้งจากสังคม (สุกรี, 2547) ทำให้ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เหมือนหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

2. ผลกระทบขณะคลอด

เชื่อกันว่าวัยรุ่นยังมีพัฒนาการของกระดูกเชิงกรานที่ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้มีขนาดไม่กว้างพอ โอกาสที่จะคลอดติดขัด คลอดยาก มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า (วิทยา, 2553) จากการศึกษาพบว่า ปัญหาการคลอดยาก หรือคลอดติดขัด นำไปสู่การใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด สร้างประสบการณ์ที่ไม่ดีแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทารก ส่วนทารกในครรภ์ที่จำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการคลอด เป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดภาวะทุพพลภาพ (อุ้นใจ, 2550) อาจทำให้ทารกมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัยก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมา

ผลกระทบภายหลังคลอด

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ในระยะหลังคลอดมักมีปัญหาซึมเศร้าตามมา ภาวะทุพโภชนาการ และบางรายอาจเกิดปัญหาครรภ์เป็นพิษ และจะพบกับปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมมากมาย (สุคนธ์, 2547) อันมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมในการที่จะยอมรับปัญหาการตั้งครรภ์ ทำให้เครียด ปรับตัวไม่ได้ มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum blue) (เนตรชนก, 2555) นอกจากนี้วัยรุ่นจะต้องหยุดเรียน ทำให้มีปัญหาด้านการศึกษา นำไปสู่ปัญหาการว่างงาน (ทองพูล, 2557) เป็นสาเหตุของรายได้น้อยไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและทารก

ผลกระทบต่อทารกหลังคลอดบางรายที่คลอดก่อนกำหนด พบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีปัญหาในเรื่องของ การติดเชื้อ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อวัยวะเจริญเติบโตไม่เต็มที่ (เขื่อน, 2548) การบาดเจ็บจากการคลอด เป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดภาวะทุพพลภาพ (อุ้นใจ, 2550) จึงต้องใช้งบประมาณในการดูแลและรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ทารกต้องแยกจากบิดามารดาเป็นเวลานาน (Miles et al, 2002) ส่วนทารกที่คลอดครบกำหนด จากการศึกษาพบว่า การปรับตัวของมารดามีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุตร หากมารดาไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต ทำให้พัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของบุตรในระยะต่างๆไม่เป็นไปตามพัฒนาการ นอกจากนี้ทารกก็เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย และทอดทิ้ง (รพีพรรณ, และคณะ, 2550) เป็นปัญหาสังคมที่รัฐบาลต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกทอดทิ้ง

ผลกระทบต่อครอบครัว ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังคลอดจะช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ไม่ได้รับการดูแลจากสามี ต้องเป็นภาระกับพ่อ แม่ของหญิงตั้งครรภ์เองในการที่ต้องดูแลทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์ และทารกที่คลอดออกมา

ผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นขณะอยู่ในวัยเรียนต้องออกจากโรงเรียน หรือบางรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือก็จะเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส (ทองพูล, 2557) เนื่องจากสังคมไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับ อาจจะถูกตำหนิทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถูกทอดทิ้งจากสังคม (สุกรี, 2547) สังคมต้องแบกภาระการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกทอดทิ้งและเด็กที่มีปัญหาครอบครัวจำนวนมาก (ณัฐยา, 2548) ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเลี้ยงดูเด็ก การจัดการศึกษา และการรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมากในแต่ละปี

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก ครอบครัว สังคม และประเทศชาติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ไปจนกระทั่งหลังคลอด จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เกิดความคับข้องใจ ทำใจลำบาก รู้สึกว่าเหว่ ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง โกรธ และอับอาย นำไปสู่การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความเครียด และวิตกกังวล แก่หญิงตั้งครรภ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ไปจนถึงระยะคลอด และหลังคลอด

ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดพบว่าความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล แต่ละคนจะแสดงออกถึงความรู้สึกที่แตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถบอกกล่าวออกมาได้ชัดเจน ซึ่งได้ทบทวนใน 2 ประเด็นหลัก คือ (1) ความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด และทฤษฎีความเจ็บปวด และ(2) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเจ็บครรภ์คลอดในวัยรุ่น

ความเจ็บปวดในการคลอดเป็นความเจ็บปวดตามธรรมชาติที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนของทารกผ่านช่องทางคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน (Martensson, 2006) เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอ สามารถคาดการณ์เวลาที่จะสิ้นสุดได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับความเจ็บปวดชนิดอื่นที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย (Murray & Mckinney, 2010) แต่ความเจ็บปวดในการคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่นำไปสู่การให้กำเนิดชีวิตใหม่ (Lowe, 2002) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีสาเหตุที่ชัดเจนไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นตามความแรง ความถี่ในการหดตัวของมดลูก ที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดขยายของปากมดลูกตามระยะของการคลอด (ศศิกันต์, 2552) ซึ่งความเจ็บปวดนี้สามารถเตรียมการจัดการและคาดการณ์ไว้ได้ล่วงหน้า และจะสิ้นสุดลงเมื่อทารกคลอดออกมาทั้งตัว

สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยตรง และจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความเจ็บปวดทั้งด้านคำพูด การออกเสียง การเคลื่อนไหว การควบคุมการหายใจ และการแสดงออกทางใบหน้า เนื่องจากวัยรุ่นยังขาดประสบการณ์ ขาดทักษะ ขาดการเตรียมความพร้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อาจไม่สามารถควบคุมหรือเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ (Sauls, 2010) ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเจ็บปวดมากจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย นอกจากนี้การคลอดยังทำให้เกิดความเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลกระทบต่อวงจรความกลัว วิตกกังวล และความเจ็บปวดมากขึ้น (Lowdermilk, 2010) จึงแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจสนองตอบต่อความเจ็บปวดในลักษณะที่รุนแรงกว่าหญิงตั้งครรภ์รายอื่น ๆ เนื่องจากความไม่รู้ ไม่มีประสบการณ์ จึงเกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ รวมถึงมดลูกส่วนล่าง ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน และส่วนล่างไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง

โดยสรุปความเจ็บปวดในการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนตัวของทารกผ่านช่องทางคลอด ทำ

ให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่สบาย และทุกข์ทรมาน เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่สามารถคาดการณ์ไว้ได้ล่วงหน้า และจะสิ้นสุดลงเมื่อทารกคลอด ซึ่งสามารถอธิบายความเจ็บปวดได้ดังนี้

1. กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอดที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บปวดที่มีการรับรู้ และแสดง ความเจ็บปวดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยทาง ร่างกายเกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และช่องคลอด รวมทั้งแรงกด ของส่วนนำ ขนาด และท่าของทารก ซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการส่งกระแสประสาทความ เจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง คือ ทางเดินประสาทความเจ็บปวดส่วนปลาย และทางเดินประสาทความ เจ็บปวดส่วนกลาง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ทางเดินประสาทความเจ็บปวดส่วนปลาย

1.1.1 ระยะเวลาหนึ่งของการคลอด หรือระยะปากมดลูกเปิด (stage of cervical dilatation) ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะนี้เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก การ บาง และการถ่างขยายของปากมดลูกทำให้บริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง (สินินาฏ, 2555) มีการดึงรั้ง ของเอ็นยึดมดลูก ท่อนำไข่ และผนังหน้าท้อง มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำมากดปมประสาทบริเวณ ปากมดลูก เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งเป็นประเภทปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ส่งผ่านกระแสประสาทตามวิถีประสาทความเจ็บปวด พลังประสาทความ เจ็บปวดจะถูกส่งผ่านจากข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน (pelvic plexus) ข่ายประสาทท้องน้อยบน-กลาง-ล่าง (inferior-middle-superior hypogastric plexus) และลัมบาร์ซิมพาเทติกเชน (lumbar sympathetic chain) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังโดยผ่านประสาท ส่วนอกที่ 12, 11, และ 10 เส้นประสาทที่นำกระแสประสาทนี้จะนำกระแสประสาทเข้า ทำให้มี อาการปวดแบบตื้อ ๆ ปวดแสบ และปวดร้าว เป็นบริเวณกว้าง (วิไลพรรณ และตติรัตน์, 2548; Murray & McKinney, 2010) ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้จะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นตามการเปิดขยายของ ปากมดลูก

1.1.2 ระยะเวลาที่สองของการคลอด หรือระยะเบ่ง (stage of expulsion) การ เจ็บปวดในระยะนี้อยู่บริเวณปากช่องคลอด และฝีเย็บ เกิดจากแรงกดของส่วนนำที่เคลื่อนต่ำลงมา ทำให้มีการขยายและดึงรั้งบริเวณเชิงกราน พื้นเชิงกราน และฝีเย็บ ส่งกระแสประสาทผ่านทาง เส้นประสาทพิวเดนคัล (pudendal nerve) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังบริเวณกระเบนเหน็บที่ 2, 3 และ 4 (2nd, 3rd and 4th sacrum nerves) โดยเส้นใยประสาทที่นำกระแสประสาทได้เร็ว อาการเจ็บปวดใน

ระยะนี้เป็นการเจ็บปวดที่มีลักษณะเหมือนมีของแหลมมาทิ่มแทง เป็นอาการปวดที่อยู่กับที่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน (วิไลพรหม และตติรัตน์, 2548; สีนินาฏ, 2555; สีนินาฏ และอรุณี, 2554; Murray & Mckinney, 2010) ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นในระยะนี้เป็นความเจ็บปวดที่รู้ล่วงหน้าว่ามีโอกาสจะสิ้นสุดเมื่อทารกคลอด

1.2 ทางเดินประสาทความเจ็บปวดส่วนกลาง มี 2 ส่วน (Waldman, 2007)

1.2.1 ทางเดินประสาทนำขึ้น (ascending pathways) การส่งกระแสประสาทเกิดขึ้นบริเวณไขสันหลังส่วนหลังที่เป็นเนื้อสีเทา (dorsal grey matter) แล้วมีการเชื่อมประสาน (synapse) กับเซลล์ประสาทในสับสแตนเทียเจลาติโนซา (substantia gelatinosa) ทำให้ปล่อยสารสื่อประสาทไปตามวิถีประสาทด้านตรงข้ามทางส่วนที่เป็นเนื้อสีขาว (ventral white matter) ผ่านสไปโนธาลามิกแทรก (spinothalamic tract) ขึ้นสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่านธาลามัส (thalamus) เบรนสเต็ม (brain stem) ซีรีเบลลัม (cerebellum) ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และระบบลิมบิก (limbic system) ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ

1.2.2 ประสาทความรู้สึกลง (descending pathways) การส่งกระแสประสาทนำลงเริ่มต้นที่เยื่อหุ้มสมองรับความรู้สึก (sensory cortex) ส่งกระแสประสาทต่อไปยังส่วนที่เป็นเนื้อสีเทา (grey matter) ของสมองส่วนกลาง (midbrain) ผ่านธาลามัส (thalamus) และสิ้นสุดในส่วนที่เป็นเนื้อสีเทาของไขสันหลัง

2. ทฤษฎีความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดนั้น เป็นความเจ็บปวดที่สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเจ็บปวด ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ปัจจุบันนิยมใช้ 2 ทฤษฎี คือ

2.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ทฤษฎีนี้คิดค้นโดยเมลเชกและวอล (Melzack & Wall, 1965 อ้างตาม ศศิธร, 2555) เชื่อว่าความเจ็บปวด และการรับรู้ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์คล้ายการเปิด-ปิดรับกระแสความเจ็บปวดของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.1.1 กลไกการปรับตัวต่อความเจ็บปวดบริเวณสับสแตนเทียเจลาติโนซา (substantia gelatinosa) ที่กระดูกไขสันหลัง ซึ่งทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าของพลังประสาท ที่มี

พลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่เปิดประตู และพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตู หากว่าพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่า ประตูก็จะเปิดทำให้สมองรับรู้ถึงความเจ็บปวด แต่ถ้าพลังประสาทจากกลุ่มใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าความเจ็บปวดจะลดลง ซึ่งใยประสาทขนาดใหญ่จะอยู่บริเวณใต้ผิวหนัง (สินีนาฏ, 2555; Simkin & Bolding, 2004) ดังนั้นการนวด การลูบ การประคบ หรือการถูบริเวณผิวหนัง จะทำให้ประตูปิดช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงได้

2.1.2 การส่งสัญญาณประสาทจากเรติคูลาร์ฟอร์มเมชันในก้านสมอง (projection from the brain stem reticular formation) จะมีการปรับระดับความรู้สึกของพลังใยประสาทเข้าสู่สมองจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ถ้าพลังประสาทนำเข้ามีจำนวนมากจะยับยั้งการทำงานของเรติคูลาร์ (reticular) ทำให้ประตูปิด จึงไม่มีการส่งผ่านพลังความเจ็บปวด (สินีนาฏ, 2555; Simkin & Bolding, 2004) ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดก็ตามจะไปยับยั้งพลังประสาทเข้าสู่สมองทำให้ความเจ็บปวดลดลง

2.1.3 การส่งสัญญาณประสาทจากเปลือกสมองและทาลามัส (projection from the cerebral cortex and thalamus) สามารถทำให้ประตูรับรู้ความเจ็บปวดเปิด-ปิดได้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งสัญญาณประสาททางตรงหรือทางอ้อม เพราะการทำงานของพลังใยประสาทในเปลือกสมองมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และสติปัญญา (อุสาห์, 2548; ศศิธร, 2551; สินีนาฏ, 2555) ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ หรือประสบการณ์ของแต่ละคน

2.2 ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (endogenous pain control theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าน่าจะมีสารเคมีบางอย่างที่มีผลต่อความปวด สารเคมีดังกล่าวเป็นสารคล้ายมอร์ฟิน เรียกว่า เอนดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการปิด-เปิดประตูในทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวด เป็นสารที่ร่างกายสามารถสร้างขึ้นเองเพื่อเป็นสื่อในการตอบความเจ็บปวด โดยทั่วไปสารเอนดอร์ฟินจะเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และจะคงอยู่ในระดับนี้ไปอีกหลายวันหลังคลอด (สินีนาฏ, 2555; Murray & Mckinney, 2010) ซึ่งกระบวนการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณเอนดอร์ฟินที่หลั่งออกมา

กลไกของความเจ็บปวดและการรับรู้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นกลไกทางกายภาพ หรือชีวภาพ จะมีความเกี่ยวข้องกับการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นมา ซึ่งจากการเรียนรู้ทฤษฎีความเจ็บปวดทั้ง 2 ทฤษฎี จะเห็นได้ว่ามีความ

เกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นในการจัดการกับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์พยาบาลสามารถนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ได้ เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

พฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด เป็นความเจ็บปวดที่จะทวีความรุนแรงตามความก้าวหน้าของการคลอด หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจะแสดงพฤติกรรมการณ์เผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามระยะของการคลอดซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage) เริ่มตั้งแต่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดยาวนานที่สุดของการคลอด (ศศิธร, 2551; อุสาห์, 2548) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

1.1 การเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ระยะนี้สิ่งกระตุ้นส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ความถี่ และความแรงของการหดตัวของมดลูกยังมีน้อย การเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ส่วนใหญ่จะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ค่อนข้างดี สามารถควบคุมตนเองได้ (ปานิสรา, สร้อย และวิชัย, 2551) และสามารถเรียนรู้เทคนิคการหายใจการผ่อนคลายได้ดี การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมที่พบผู้คลอดมักจะแสดงออกได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว โกรธ ไม่พอใจหรือซึมเศร้า (Greulich & Tarrant, 2007) สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ให้ความร่วมมือในดำเนินการคลอด อาจนำไปสู่การใช้สูติศาสตร์หัตถการ

1.2 การเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ระยะนี้เริ่มมีสิ่งกระตุ้นมากขึ้น มดลูกหดตัวถี่และแรง ส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น มารดาเริ่มอ่อนเพลียความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง (Abushikha & Oweis, 2005) การเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดแสดงออกในระยะนี้ มีการแสดงออกให้เห็นถึงความตึงเครียด และมีความต้องการที่จะบรรเทาความตึงเครียดเหล่านั้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด (ทิวากร และพัทตร์วิไล, 2553; ปานิสรา, และคณะ, 2551; วิภารัตน์, 2548) การเผชิญความเจ็บปวดในระยะนี้พบว่า มีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ หน้าตาบิดเบี้ยวมีการแสดงออกของไบหน้า มือเกร็งหรือกำขมับตึงไว้นั่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง นอกจากนั้นคำพูดจะแสดงให้เห็นว่าผู้คลอดมีความกลัว ไม่สุขสบาย และต้องการความช่วยเหลือ (ปานิสรา, และคณะ, 2551; วิลาวลัย, กัลยา, วิโรจน์,

ฟ้าใส และสายสุณี, 2554) การเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่แสดงออกไม่เหมาะสม บางคนอาจเรียกร้องที่จะยุติการคลอด เพราะทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดต่อไปไม่ได้ แสดงอาการร้องเอะอะโวยวายอย่างมาก และต้องการความช่วยเหลือ

2. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage) ระยะนี้เป็นระยะที่มีความเจ็บปวดมากที่สุด มีความกังวลสูง มีความตึงเครียด ผู้คลอดจะเบ่งทารกออกมา มีความทรมานทรมายและเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลีย (ศศิธร, 2551; อูสาห์, 2548) การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ คือ อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมดลูกหดตัว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการคลอด ความสามารถในการรับรู้ลดลง (จิตตานันท์, 2550) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้มารดาและทารกได้รับบาดเจ็บจากการคลอดได้

3. การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด (third and Fourth stage) เป็นระยะที่รกคลอดจนถึงสองชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้ความเจ็บปวดจะลดลง ความรู้สึกตึงเครียดต่าง ๆ ลดลง เป็นระยะที่ผ่อนคลาย (วิภารัตน์, 2548) หากไม่มีสถานการณ์วิกฤตในระยะนี้ พบว่า ผู้คลอดแสดงถึงความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส และฟังเสียงบุตรของตน ถ้ามเกี่ยวกับบุตรถึงภาวะสุขภาพ (สุกัญญา และนันทพร, 2553) ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ต้องการพักผ่อน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม ที่แสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ และทุกข์ทรมาน เช่น ร้องไห้ครวญคราง เอะอะโวยวาย ดิ้นทรมานทรมาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ให้ความร่วมมือและขาดความพร้อมในการคลอด (จิตตานันท์, 2550; วิภารัตน์, 2548) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด นำมาซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มมากขึ้น (วิทยา, 2553) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต้องมีความตระหนักเข้าใจธรรมชาติ และมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกจะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้สมองรับรู้ความเจ็บปวด ผู้คลอดจึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความ

เจ็บปวด ทำให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญกับความเจ็บปวดออกมาซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 ประวัติปวดประจำเดือน หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติปวดประจำเดือนมากอาจมีความเจ็บปวดมากขึ้น เนื่องจากพลอสตาแกรนดิน (prostaglandin) เพิ่มขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติปวดประจำเดือน (Lowe, 2002) จากการศึกษาของศศิธร (2551) ซึ่งทำการศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรก 40 ราย และผู้คลอดครรภ์หลัง 65 ราย พบว่าความเจ็บปวดจากการมีประวัติปวดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ความเหนื่อยล้า การอดนอน การได้รับสารน้ำ อาหาร หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจเกิดจากระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง (จตุพร, 2549; ลีนินาฎ, 2555; Lowdermilk, 2012) จึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่นอะอะ โวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

1.3 สภาพร่างกาย เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล เช่น ปากมดลูกที่แข็งเปิดขยายยาก ส่งผลต่อความถี่ ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก และความเจ็บปวดในการคลอด (จิตตานันท์, 2550; ภิญญา, 2553) เชิงกรานหากอยู่ในท่าที่เหมาะสมจะสามารถลดความแรงในการหดตัวของมดลูกแรงกดของส่วนนำทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง (สุวดี, วรรณ, งามตา, กุหลาบ และดวงพร, 2546; Haminton, 2009) ส่วนระดับสารเอนโดฟินในร่างกาย หากร่างกายมีการหลั่งสารดังกล่าวนี้ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น (Lowdermilk, 2012) ประกอบกับท่าของทารกในครรภ์ หากทารกอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การหดตัวของมดลูกรุนแรงขึ้นทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (จตุพร, 2549) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงตามมา

1.4 อายุ จากการศึกษา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยจะมีความเจ็บปวดรุนแรงเนื่องจากขาดประสบการณ์ทำให้ทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย (Abushikha & Oweis, 2005) และมารดาที่มีอายุมาก มักจะมีความแข็งของปากมดลูก และฝึะเย็บ มีการยึดติดของกระดูกเชิงกราน ทารกจึงเคลื่อนลงมาได้ยาก ทำให้มีการยืดขยายได้น้อย มารดาจึงรู้สึกเจ็บปวดมาก (จิตตานันท์, 2550) ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดออกมาไม่เหมาะสม

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 ความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษา มารดาครรภ์แรก

พบว่า สิ่งที่มาลดความกลัวจะเกิดขึ้นในขณะที่คลอด ได้แก่ กลัวตนเองจะเสียชีวิต กลัวตนเองจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวทารกจะเสียชีวิต กลัวทารกจะผิดปกติ กลัวทารกได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ จากการศึกษพบว่าความกลัวทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น (ปาริฉัตร, เยาวลักษณ์, นวีวรรณ, และวรรณ, 2555; ปิยพร, 2550; Pairman, Pincombe, Thorogood & Tracy, 2008) และจากการศึกษาในมารดาครรภ์แรก พบว่า การตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่แต่งงาน หรือมีการหย่าร้างมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของมารดา ก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความตึงเครียดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะคลอด (ปิยพร, 2550) เมื่อความเจ็บปวด ความเครียด ความกลัวเพิ่มขึ้น นำไปสู่การตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของความก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือ

2.2 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ส่งผลให้มารดาคาดการณ์ความรุนแรงของความเจ็บปวด ทำให้มารดามีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาเมื่อมีความเจ็บปวด (คาริกา, สร้อย และวิชุดา, 2554) เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้หญิงตั้งครรภ์กลัว และฝังใจ หรือบางรายอาจนำประสบการณ์มาเป็นบทเรียนในการสนองตอบต่อความเจ็บปวด

2.3 การเตรียมด้านจิตใจ สำหรับมารดาที่ได้รับการเตรียมคลอดจะยอมรับว่าความเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งของการคลอดจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยการผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ และการนวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิตตานันท์, 2550; ภิญญา, 2553; สุวดี, และคณะ, 2546) หากหญิงตั้งครรภ์ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจมาล่วงหน้ารับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.1 วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล แต่ละเชื้อชาติ แต่ละศาสนา มีผลต่อการแสดงความเจ็บปวดที่ต่างกัน เนื่องจากในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมมีรูปแบบการปฏิบัติ การตอบสนอง และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวดในการคลอดแตกต่างกัน (Lowe, 2002) ดังนั้นปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมต้องเริ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีก่อนจึงนำไปสู่การยอมรับความเป็นตัวตนของผู้คลอด (สุกัญญา และนันทพร, 2553) เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อการเผชิญความเจ็บปวดก็ย่อมส่งผลดีตามมา

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม มารดาที่มีสามีและญาติคอยให้กำลังใจคำแนะนำ

ต่าง ๆ จะสามารถปรับตัว และเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่ต้องอยู่เพียงลำพังปราศจากญาติ และสามี (ปิยพร, 2550; ศศิธร, 2549) กำลังใจที่ดีช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.3 การศึกษาและอาชีพ การศึกษามีผลต่อความปวดในระยะคลอด จากการศึกษพบว่า มารดาที่มีการศึกษาน้อยมีความปวดในระยะคลอดมาก แสดงให้เห็นว่า มารดาคลอดที่มีการศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการคิด จำแนก ประเมิน ใตร่ตรองใช้เหตุผลที่ดีกว่า มารดาที่มีการศึกษาน้อย (ศศิธร, 2553) เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเองในการเผชิญต่อปัญหาได้เหมาะสม (จิตตานันท์, 2550) ในส่วนของอาชีพ พบว่า ความทนต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาแต่ละคนจะแตกต่างกันตามอาชีพ มารดาที่ทำงานเบาๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ส่วนมารดาที่ทำงานหนัก ๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้าและทนต่อความปวดได้ดีกว่า จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่สนองตอบต่อความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างคลอด

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่ที่เงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่เหมาะสม มีการระบายอากาศที่ดี ความสะอาดของร่างกาย (ศศิธร, 2549) มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งหากจัดสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่คล้ายบ้าน มีความปลอดภัย และเป็นส่วนตัวจะทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อความเจ็บปวด และการรับรู้ความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสิ้น หากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการคลอดมีความรุนแรง และไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับพบว่า การประเมินผลด้านความเจ็บปวด พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดหลากหลาย เช่น มาตรวัดด้วยสายตา (VAS) ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้คำถามเป็นต้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสเตอร์รอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสเตอร์รอก (Sterrock Labor Coping Scale)

ฉบับแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยจวี เบาทรวง ทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด 5 ด้าน (สินีนาฏ, 2555) คือ

1. การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์ของความเจ็บปวดแทนคำพูด เช่น กรีดร้อง ร้องไห้ ร้องครวญคราง ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

2. การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น นอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวช้า ๆ กำมือแน่น กล้ามเนื้อเกร็ง การนอนบิดไปบิดมา กระสับกระส่าย เอามือลูบที่เจ็บปวด

3. การแสดงออกของการหายใจ พบว่าหายใจเร็วกว่าปกติ ไม่สม่ำเสมอ ปีกจมูกบาน เพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4. การแสดงออกของใบหน้า สังเกตจากดวงตาเบิกโพลง หลับตาแน่น กัดปาก เม้มปาก ไบหน้าเกร็ง หน้านิ้วคิ้วขมวด หน้าผากย่น หน้าตาบิดเบี้ยว

5. การตอบสนองทางคำพูด คำพูดที่บ่งบอกว่าเจ็บปวดอย่างไร มากน้อยแค่ไหน และเจ็บปวดบริเวณใด ผู้คลอดจะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือ ภาษาที่ใช้ ความอดทน ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยขณะเจ็บปวด

ระดับคะแนนที่ได้จากการสังเกตเป็นการประมาณค่า (rating scale) ให้ตามลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ดังต่อไปนี้ 0 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ 1 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่กลาง ๆ สามารถควบคุมตนเองได้พอสมควร และ 2 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี

นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นทั้ง 5 ด้าน การสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจะสังเกตได้จากอารมณ์และพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ของความเจ็บปวด อาจสังเกตจากปฏิกิริยาความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์อื่นด้วย เช่น ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า ความพึงพอใจ และความสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เพิ่มความต้องการความช่วยเหลือมากกว่าปกติใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธ หรือกล่าวโทษผู้อื่น

แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

การส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมจะทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย และผ่อนคลาย เป็นการเสริมสร้างประสบการณ์การคลอดให้เข้าไปในทางบวก สร้างความรู้สึกมี

คุณค่าในตัวเอง วิธีการลดปวดในระยะคลอดสามารถทำได้ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการไม่ใช้ยา และหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้ามาช่วยนอกจากนี้วิธีการดังกล่าวยังปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เทคนิคการหายใจ (breathing technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยเพิ่มจำนวนออกซิเจนเป็นการตอบสนองต่อการหดตัวของมดลูก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมและปรับเทคนิคการหายใจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยผ่อนคลายทำให้ความเจ็บปวดและความเครียดลดลง เทคนิคการหายใจมีหลายเทคนิคขึ้นอยู่กับอาการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด การควบคุมการหายใจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ (Bobak & Jensen, 1995 อ้างตามจิตตานันท์, 2550) เป็นการลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้เกิดความสมดุลของออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย (สุกัญญา และนันทพร, 2553) จากการศึกษาเพื่อวัดระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดก้น พบว่าความเจ็บปวดลดลงทั้ง 3 วิธี (ดารีกา, และคณะ, 2554) จะเห็นได้ว่าการหายใจบรรเทาปวดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยหญิงตั้งครรภ์ให้คลายความเจ็บปวดลงได้ หากได้รับการฝึกที่ดีหญิงตั้งครรภ์จะสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

2. การจัดท่าที่เหมาะสม (positioning) การเคลื่อนไหวและท่าของผู้คลอด มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอด การเคลื่อนไหวหรือการปล่อยให้อยู่ในท่าที่มารดาชอบ และต้องการ จะทำให้ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกลดลง ทำนั้งเอาลำตัวส่วนหน้าพิง และท่าคลานทำให้อาการปวดหลังลดลง จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ท่าต่าง ๆ ในระยะที่ 1 ของการคลอดกับความเจ็บปวด พบว่าขณะอยู่ในท่าแนวตั้งมารดาที่มีความปวดหลังและปวดท้องน้อยกว่าขณะอยู่ในแนวราบ (Stremler, Hodnett, Petryshen, Stevens, Weston, & Willian, 2005) เช่นเดียวกันกับการศึกษาวิจัยของศศิธร, และคณะ, 2553 เริ่มการวิจัยโดยการจัดท่า PSU Cat เปรียบเทียบกับท่านอนราบ พบว่า มารดาที่อยู่ในท่า PSU Cat ใช้เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดน้อยกว่ามารดาในท่านอนราบ นอกจากนี้ยังพบผู้คลอดที่อยู่ในท่านั่ง ยังช่วยลดความเจ็บปวดได้มากกว่าผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนหงาย (Miguelutti, Cecatti, Morais, & Makuch, 2009) แต่เมื่อปากมดลูกเปิดมากขึ้นผู้คลอดชอบนอนหงายมากกว่าอยู่ในท่านั่ง ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อลดความเจ็บปวด การจัดท่าจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยเหลือผู้คลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

3. การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการให้ผู้คลอดสนใจอยู่กับบางสิ่งบางอย่างมากกว่าความเจ็บปวด วิธีนี้มีผลดีที่สุดถ้าใช้ก่อนความเจ็บปวดจะเริ่มขึ้น หรือใช้หลังความเจ็บปวดเริ่มได้ไม่นาน การเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Simkin & Bolding, 2004) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ การพูด การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้ดนตรีชนิดเสียงนุ่มต่อความรู้สึกไม่สบายจากความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วพบว่าการใช้ดนตรีสามารถบรรเทาความรู้สึกไม่สบายจากความเจ็บปวดได้ (Phumdoung & Good, 2003) เมื่อผู้คลอดสนใจอยู่กับอย่างใดอย่างหนึ่งทำให้ลดความสนใจในความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้

4. การเพ่งจุดสนใจ (focal point) ในระยะคลอดสัญญาณที่แรงที่สุดมาจากการหดตัวของมดลูก หลักการนี้คือ วิธีที่ทำให้เกิดสัญญาณที่แรงกว่าไปทดแทนสัญญาณจากมดลูกโดยการเพ่งจุดสนใจไปที่พฤติกรรมที่ตนเองตอบสนองขณะที่มดลูกมีการหดตัว (ศศิธร, 2555) ทำให้สามารถควบคุมการตอบสนองของร่างกายได้ มีผลทำให้รู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

5. การสัมผัสและการสัมผัสเพื่อผ่อนคลาย (touch and touch relaxation) การสัมผัสเป็นการกระทำ เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้นจะมีการกดดันของผิวหนังซึ่งเป็นการกระตุ้นจากภายนอกและมีผลทำให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาท โดยไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้มีการปิดประตู ช่วยให้มารดาที่ถูกสัมผัสมีความปวดลดลง (Simkin & Bolding, 2004) นอกจากนั้นการสัมผัสเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับการสัมผัส (จิตตานันท์, 2550) ดังนั้นการสัมผัสเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่สามารถช่วยหญิงตั้งครรภ์ให้ความเจ็บปวดทุเลาลงได้

6. การกระตุ้นผิวหนัง (cutaneous stimulation) การกระตุ้นผิวหนังบริเวณที่มีความเจ็บปวดจะสามารถลดความเจ็บปวดได้ตามทฤษฎีของการควบคุมประตู การกระตุ้นผิวหนังเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากใต้ผิวหนัง มีผลให้พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทขนาดเล็ก ทำให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงลดสัญญาณการส่งผ่านความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมองให้มีการรับรู้ความเจ็บปวด เช่น

การลูบหน้าท้อง (effleurage) การลูบหน้าท้องเป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ การลูบหน้าท้องสามารถทำให้สัมพันธ์กับการฝึกหายใจ ช่วยให้มีการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากการหดตัวของมดลูก เนื่องจากขณะลูบหน้าท้องผู้คลอดจะนึกถึงการลูบหน้าท้องโดยไม่สนใจการหดตัวของมดลูก (Simkin & Bolding, 2004) จากการศึกษา

เกี่ยวกับผลของการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องสามารถลดความวิตกกังวล และสามารถทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี

การนวด (massage) การนวดบริเวณที่มีการเจ็บปวด ช่วยให้ผู้คลอดลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ การนวดช่วยกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ยับยั้งการส่งสัญญาณข้อมูลความปวดไปยังสมองทำให้ประจวบความปวดที่ไขสันหลังปิด (Simkin & Bolding, 2004) นอกจากนี้การนวดเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเคมีในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งออกฤทธิ์ไปควบคุมความเจ็บปวด การนวดยังทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายและผ่อนคลาย จากการศึกษา พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยมีความปวดทางกายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สลิตตา, 2555) และยังมีการศึกษาที่พบว่าการนวดบริเวณก้นกบ แก้มก้น ไหล่ สะเอว เท้า และ มือสามารถลดความรุนแรงของความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านได้ (Karami, Safarzadeh, & Fathizadeh, 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของวาริรัตน์ (2552) พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการนวดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มที่ได้รับการนวดจะมีความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่าการสัมผัสและการนวดสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบาย ทำให้ผ่อนคลาย ลดอาการปวดหลัง ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และสามารถใช้ได้ในทุกะยะของการคลอด

การประคบร้อนและเย็น (hot pack and cold pack) การใช้ความร้อนที่ท้องส่วนล่างขาหนีบ และบริเวณฝีเย็บ การใช้ความเย็นบริเวณหลัง ก้น และบริเวณฝีเย็บช่วยลดความปวดในระยะคลอดได้ (Simkin, 2007) จากการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการประคบด้วยความเย็นมีความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปาริชาติ และ วิวรรณ, 2548) และจากการศึกษาของนุชสรุา (2554) พบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประคบร้อนและเย็นมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน กับกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการประคบร้อน และการประคบเย็นเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการดำเนินการคลอด เป็นการสร้างความรู้สึกดี ๆ แก่หญิงตั้งครรภ์ต่อประสบการณ์การคลอด

7. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การฝึกการผ่อนคลายส่วนต่าง ๆ เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และความไม่สบาย การผ่อนคลายเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด โดยความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว วิตกกังวล และกล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น การผ่อนคลายช่วยให้ผู้คลอดนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ ความเหนื่อยล้าลดลง และช่วยให้ผู้คลอดอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น

ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญ และสามารถนำมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการสร้างแรงจูงใจ สร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง เพื่อให้มองเห็นถึงความสามารถของตนเองที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในหัวข้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ (1) ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (2) ประเภทของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (3) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (4) ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามลำดับ ดังนี้

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ และการกระทำเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (เพ็ญญา, 2550) โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแล ควบคุม และเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ทำให้มั่นใจ มีความหวัง เข้มแข็ง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถดูแลตนเอง บุคคลใกล้ชิด และวางแผนจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (วรางคณา และบำเพ็ญจิต, 2555)

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น

กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลมีพลังและตระหนักในศักยภาพของตนเพื่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการ การแก้ปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของกลุ่มคน หรือบุคคลที่มีความเข้มแข็งและมั่นใจในการควบคุมหรือแก้ไขปัญหาชีวิต ทำให้เกิดสติและจิตสำนึก ส่งผลให้เกิดความรู้ ตระหนัก และทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือมีศักยภาพเต็มที่ รวมถึงกระบวนการที่เกิดจากสิ่งที่รู้แล้วไปยังสิ่งที่ยังไม่รู้ เกิดการสะท้อนคิดถึงความเป็นไปได้ตลอดจนการมีความหวังในอนาคตที่จะตามมา (Tsey, 2009) จากการศึกษาของชนิชญา (2553) สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการสร้างพลังอำนาจจากภายในตัวของบุคคลเอง โดยการทำให้บุคคลค้นพบความต้องการของเขาเอง ให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการแก้ปัญหาของเขาด้วยตัวเอง โดยบุคลากรทางสุขภาพเป็นเพียงผู้ประสานงานหรือให้สิ่งสนับสนุนที่จำเป็น นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีพลัง มีความสุข และมีอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ประเภทของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำไปใช้ได้หลายระดับ เช่น ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่ามีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล (personal empowerment หรือ psychological empowerment) เป็นความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความหวัง เป้าหมาย การเอาใจใส่ ความขยันหมั่นเพียร ทักษะการสื่อสาร การมีส่วนร่วม ความสามารถในการวิเคราะห์ที่มาของปัญหา และความเชื่อว่าสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Tsey, 2009) จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ศึกษาในมารดาเด็กที่

มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายกรณี เป็นเวลา 12 เดือน พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าคุณเองมีพลังอำนาจจะมีความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต โดยรับรู้ในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับกลุ่มบุคคลหรือองค์กร (group empowerment หรือ organizational empowerment) เป็นเรื่องของกลุ่มบุคคลที่ร่วมกันทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยมีค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนด (Falk-Rafael, 2001) เป็นการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา เช่น (Gibson, 1993) ได้ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ศึกษาในกลุ่มเด็กอเมริกันแอฟริกัน พบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการช่วยให้บุคคลมีโอกาสดูแลตนเองถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทั้งในส่วนที่มีอยู่แล้วในตัวบุคคลและพยายามให้บุคคลแสดงออก หรือพัฒนาให้เกิดขึ้นนั้น วิธีการที่ดีที่สุด คือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ อันจะทำให้บุคคลแสดงคุณลักษณะของตนทางด้านความสามารถ ที่ส่งผลต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เน้นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับทางด้านสังคม (Mok Suen Suk Bing (Esther), 1998) จากการศึกษาของจุฬารัตน์ (2547) พบว่า การได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้เกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการวิเคราะห์ที่ตรงตรง ตรงกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้น คิดและเลือกปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยที่กลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจ ในผู้ที่มีปัญหาค้ำค้ำถึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่ได้เลือกไว้ ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับชุมชน (community empowerment หรือ structural empowerment) เป็นเรื่องของโครงสร้างทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และกฎหมาย (Falk-Rafael, 2001; Tsey, 2009) ประกอบด้วย

3.1 นโยบายสาธารณะ เช่น สถานศึกษา สถานพยาบาล ที่ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เพศ และสีผิว

3.2 ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่ส่งเสริมศักดิ์ศรีเป็นมนุษย์ของคนในชุมชน

3.3 กฎหมายที่ช่วยให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัย 3.4 สิ่งแวดล้อมและการทำงานที่ส่งผลดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากการศึกษาของเสรี และวิจิต (2545) ที่ศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโครงการส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน โดยกระบวนการประชาพิจารณ์ และพัฒนาที่เน้นการเรียนรู้และพึ่งตนเอง ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง ค้นหาศักยภาพของชุมชนหรือกลุ่มให้เกิดการตระหนักรู้ความสามารถ แสวงหาทางเลือกสำหรับตนเอง และมีการจัดการที่ดีในการใช้ความรู้ ทรัพยากร และศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง เพื่อการแก้ไขปัญหา ดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะต่อบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน ทำให้เข้าใจตัวเอง สิ่งแวดล้อม และสังคม สามารถวิเคราะห์ที่มาของปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีพลัง มีความสุข มีพลังอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน การเรียนรู้ที่เกิดจากการคิดวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการตัดสินใจเลือกวิถีจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง (Gibson, 1995) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์จริง เป็นการทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ และการตอบสนองด้านพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ เพื่อการพิจารณาหาทางเลือกอย่างมีสติในการตัดสินใจ แก้ปัญหา ช่วยให้ผู้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เข้าใจ และหันมามองกลับปัญหาได้ทุกด้าน นำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยพัฒนาให้เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเองเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เข้มแข็ง มั่นใจ ในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ในขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น นำมาประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีขึ้นอยู่กับแนวทางการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล โดยการตัดสินใจตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหให้กับตนเองได้ (2) สอดคล้องกับปัญหาของตนเองและการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ (3) ตอบสนองความต้องการของตนเอง (4) ผ่านการร่วมปรึกษาและการยอมรับจากทีมสุขภาพ (5) เป็นวิธีที่สร้างการยอมรับและเปิดกว้างให้บุคคลอื่นสามารถนำไปใช้ได้ โดยขั้นตอนนี้บุคคลจะต้องมีความมั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ หากปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะแก้ปัญหที่ตนเองจะต้องเผชิญ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิ๊บสัน (Gibson, 1995) ในแต่ละขั้นตอน ทำให้บุคคลเข้าใจ รับรู้ปัญหา และตระหนักในการพัฒนาตนเองเพื่อแก้ปัญหที่ต้องเผชิญ โดยบุคคลจะเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง หากวิธีดังกล่าวปฏิบัติแล้วมีประสิทธิภาพ ก็จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหของตนเองในอนาคต

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลที่ผ่านกระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นจะเป็นประโยชน์กับบุคคลในการดูแลสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการรับรู้ความสามารถ และบทบาทหน้าที่ของตนเองทำให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลรับรู้บทบาทหน้าที่และความสามารถของตนเอง เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอด และรับรู้

บทบาทของตนเองในการทำหน้าที่มารดาในการดูแลบุตรอย่างเหมาะสม (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) และทำให้สตรีระยะคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดสูงกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าสตรีระยะคลอดกลุ่มทดลอง (ชญาสินี และคณะ, 2548) อนึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้สามีตระหนักในสิทธิของภรรยาในการเลือกคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง (นันทพร และคณะ, 2547)

2. ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาวัยรุ่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีขึ้น (เกตุยัสรี, 2554; ทิพสุดา, 2554) และการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเอดส์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากินยาต้านไวรัสได้อย่างเคร่งครัด (จุฬา, 2549) นอกจากนี้ที่กล่าวข้างต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประภัสสร และวิพร, 2550)

3. ด้านการเจรจาต่อรอง ทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองกับบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีทักษะต่อรองกับสามี และบุคลากรสาธารณสุขในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง (นันทพร และคณะ, 2547; วรางคณา, 2546)

4. ด้านการพัฒนาตนเอง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกร่วมในการค้นหาปัญหาสุขภาพ มีการพัฒนาตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในการแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ สามารถตัดสินใจ และมีความมั่นใจที่จะปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในการดูแลตนเอง (Gibson, 1993) ทำให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมีความเข้มแข็ง และมั่นใจต่อการควบคุม หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Tsey, 2009; วรางคณา และบำเพ็ญจิต, 2555)

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองและผู้อื่น เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มสามารถนำมาใช้ในการให้ความรู้ ดูแล และช่วยเหลือบุคคลได้หลายรูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่น่ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงมีการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ คือ (1) ความหมายของกระบวนการกลุ่ม (2) วิธีการดำเนินการกลุ่ม และ(3) ผลของกระบวนการกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม เป็นการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น นำมาซึ่งการพัฒนาในด้าน ต่าง ๆ ทั้งค่านิยม ทักษะคิด และพฤติกรรม (วราภรณ์, 2551)

จากความหมายที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหา และเพื่อเป็นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง และสมาชิกในกลุ่ม ดังแนวคิดของยาลอม (Yalom & Leszcz, 2005) ที่กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก ช่วยให้เรียนรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์กลุ่มมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ คือ (1) การรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง (2) มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันจิตใจต่อกัน (3) การมีความเป็นสากล (4) การเรียนรู้ถึงมนุษยสัมพันธ์ (5) การให้ข้อมูล (6) การได้ระบายออก (7) การได้เลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ (8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว (9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (10) การรู้สึกรมีความหวัง และ (11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทักษะคิด และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (เพ็ญญา, 2550)

วิธีการดำเนินการกลุ่ม

การดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งต้องมีการเตรียมความพร้อมของสมาชิกกลุ่มก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยต้องมีการประเมินความพร้อมของสมาชิกกลุ่มก่อนที่จะมีการดำเนินการตามกิจกรรมกลุ่ม (วารางคณา, 2551) ดังรายละเอียด 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1. ระยะเวลาเตรียมกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมสมาชิกกลุ่มให้มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (เพ็ญญา, 2550) การเตรียมกลุ่ม ต้องดูที่ขนาดของกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม สถานที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ความถี่ของการทำกิจกรรมกลุ่ม และระยะเวลาในการทำกลุ่มต้องมีความเหมาะสม ไม่ใช้เวลา น้อยหรือมากจนเกินไป ลักษณะของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์กลุ่ม (วารางคณา, 2551; วัชรรา, 2550)

2. ระยะเวลาเริ่มกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการให้สมาชิกกลุ่มกล่าว ทักทายและแนะนำตัวเอง ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน (เพ็ญญา, 2550) ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่ม รู้จักกันและกัน เมื่อรู้เขารู้เรา จะส่งผลให้การดำเนินการกิจกรรมกลุ่มประสบผลสำเร็จ (สินีนาถ, 2554)

3. ระยะเวลาทำงานกลุ่ม เป็นการดำเนินการแก้ปัญหาพร้อมกันตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยการให้สมาชิกกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (วารางคณา, 2551) ใช้เวลาในการทำกลุ่มที่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น พัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ (เพ็ญญา, 2550)

4. ระยะเวลายุติกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหา สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม โดยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงประโยชน์ ตลอดจนทักษะต่างๆ ที่จะนำไปปรับใช้ในการแก้ปัญหา (เพ็ญญา, 2550; วัชรรา, 2550) เป็นขั้นตอนของการยุติกิจกรรมกลุ่ม การให้กำลังใจ และสัญญาใจต่อกันในการนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ไปประยุกต์ใช้อย่างถูกต้อง (สินีนาถ, 2554)

ผลของกระบวนการกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกกลุ่ม ทั้งความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สมาชิกได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี (วารงคณา, 2551)

2. สมาชิกได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มในการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดความวิตกกังวล อ่างว้าง โดดเดี่ยว และหมอดหวังในชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกรับประกันในความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหา (เพ็ญญา, 2550; วารงคณา, 2551; สินีนาถ, 2554)

3. สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เข้าใจปัญหาเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (วารงคณา, 2551)

4. สมาชิกยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น มีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (วริศรา, 2550)

ดังนั้นการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ให้มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึง โครงสร้างของกลุ่มและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งความเหมาะสมของกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบุคลิกภาพที่เหมาะสม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจุบันมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในงานสาธารณสุขกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ จึงได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตัวเอง มีพลังและตระหนักในคุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตัวเองได้ เป็นการให้ความสำคัญกับบุคคล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ว่าตนเองมีอำนาจสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (จุฬา, 2550)

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ร่วมกับการใช้คู่มือปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา สอน สาธิต อำนวยความสะดวก และเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45- 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดีกว่า และมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (วารจนา และบำเพ็ญจิต, 2555) นอกจากนี้ชญาติน และคณะ (2548) ได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด ซึ่งใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้แรงสนับสนุนที่ใช้ภาพถ่ายจริง และภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เครื่องมือสำหรับการช่วยเหลือการคลอดกระบวนการคลอด เทคนิคบรรเทาปวด และการเบ่งคลอด ให้แรงสนับสนุนทางกาย และจิตใจ โดยกระตุ้นให้ใช้เทคนิคบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีความพอใจในประสบการณ์การคลอดสูง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งระดับความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงด้วย

เช่นเดียวกับการศึกษาของประภัสสร และวิพร (2550) ที่นำกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1991) มาใช้ โดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน มีการช่วยเหลือ และสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก สามารถมองเห็น วิเคราะห์สาเหตุ และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (1995) ประกอบด้วย (1) การค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง ใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ในขั้นนี้ผู้วิจัยร่วมหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา และ(4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติ กล่าวชมเชยให้การสนับสนุน และให้กำลังใจช่วยให้มารดาเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดา เกิดความรู้สึกมั่นใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสามารถดูแลตนเองหลังคลอดได้ (นงลักษณ์ และสร้อย, 2552) และอีกการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอนของกิบสัน (1993) โดยนำสามิเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน ประกอบด้วย (1) การค้นพบความเป็นจริง ร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา และ

ผลกระทบที่เกิดจากการเห็นคุณค่าการเป็นมารดาน้อย (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มารดา และสามีทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน วิเคราะห์หาแนวทางจัดการปัญหา (3) เลือกรูปแบบปฏิบัติที่เหมาะสม โดยให้ตัดสินใจร่วมกับสามีในการเลือกรูปแบบปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ(4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ร่วมกันวิเคราะห์กับสามีในการพัฒนาตนเองให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมให้มารดาเรียนรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และมีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูบุตร โดยได้รับการสนับสนุนจากสามี (นุจรศ, 2553)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ขึ้นอยู่กับบุคคล การที่จะผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การที่บุคคลสามารถผ่านกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีความตระหนักกับเหตุการณ์ สะท้อนคิด มีการหาแนวทางในการปฏิบัติรวมทั้งการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณภาพเพื่อให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตัวเอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เน้นให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมที่ดี (เพ็ญญา, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม จะมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องกันตาม 4 ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ (1) การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การตัดสินใจเลือกรูปแบบปฏิบัติที่เหมาะสม และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มาผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมในกลุ่ม ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในกลุ่ม ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัญหา สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น เกิดการรับรู้ผลเสียที่ตามมา ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตัวเอง สร้างความรู้สึก

มันคง เกิดความหวัง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับปัญหา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น จากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1993) ได้ประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาใช้ศึกษาในกลุ่มเด็กอเมริกันแอฟริกัน พบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลได้มีโอกาสพูดคุยถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนของสังคม

จากข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีผู้ศึกษาไม่แพร่หลายเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาดังกล่าวอยู่บ้าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ดังตัวอย่างเช่น ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง มีการวิเคราะห์ ตระหนัก ไตร่ตรอง คิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ครอบครัว และสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตัวเอง โดยมีกลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ ทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วริศรา, 2550) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้เพ็ญภา (2550) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 รายและกลุ่มควบคุม 5 ราย โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) 4 ขั้นตอน ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมกลุ่ม ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม ทำให้บุคคลเกิดการค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปลอดภัย ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มทำให้มีความเข้าใจในสถานการณ์ของตนเอง การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต เพื่อสามารถทำงานได้ตามความสามารถและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ตามอัธยาศัย และจากการศึกษาของ จูพาร์ตัน (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ

กลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบบสัน (Gibson, 1993) พบว่าประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่เห็นชัดเจน คือ การได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มเกิดการค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริงกับตัวเอง มีการวิเคราะห์ให้ไตร่ตรอง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง การคิดและเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตัวเอง ที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยมีกลุ่มเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจ ในผู้ที่ประสบกับปัญหาคล้ายคลึงกัน กลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองที่ได้เลือกไว้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง และกระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกันมีปฏิสัมพันธ์กัน มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แสดงความรู้สึก และอภิปรายในปัญหานั้น ช่วยให้สมาชิกพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดไปในทางที่ดีขึ้น (สินินาถ, 2554) ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตัวเอง สร้างความรู้สึกมั่นคง มีความหวัง และส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับปัญหา มีผลทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (วรางคณา, 2551) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มเพื่อให้กระบวนการกลุ่มช่วยส่งเสริมบุคคลให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

สรุป การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อในทุกๆด้าน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า และหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยการพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจยังไม่สมบูรณ์พอ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเป็นความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทำให้กระบวนการรับรู้ และอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลัว และเครียด ส่งผลให้ร่างกายมีการรับรู้ถึงความเจ็บปวดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดนั้นได้ จึงแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้เสียงดัง นอนบิดไปบิดมา หงุดหงิด โมโหง่าย เอะอะโวยวาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ความสามารถในการรับรู้ลดลง และไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มีหลากหลายวิธีที่ทำให้หญิง

ตั้งครรภ์มีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม แต่ผู้วิจัยเห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับตัวเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์กลุ่ม ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในกลุ่ม ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดและปัญหา เกิดการรับรู้ผลเสียที่ตามมา ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตัวเอง สร้างความรู้สึกมั่นคง เกิดความหวัง ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับปัญหา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย และเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น สามารถจัดการแก้ปัญหาให้กับตัวเองได้ แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาใดที่นำการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม ฉะนั้นเพื่อให้มีหลักฐานเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์จึงเป็นที่มาของงานวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design) ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 20 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 50 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
2. ตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์
3. ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ
4. วางแผนคลอดทางช่องคลอด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารุ่นนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งใช้การศึกษาของเขวภา, วิชาพรธณ, พิสมัย, และวันทนา (2555) มาคำนวณเพื่อหาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.81 (ภาคผนวก ก) ซึ่งสูง (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษารุ่นนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย

เทคนิคการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ดังกล่าว หลังจากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมให้ครบ 25 รายก่อน จากนั้นจึงดำเนินการกับกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการทดลอง เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตราย (fetal distress) ที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนก่อนปากมดลูกจะเปิด 10 เซนติเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) บูรณาการร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (Yalom & Leszcz, 2005) มาใช้เสริมสร้างพลังอำนาจแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดเมื่อเจ็บครรภ์คลอด โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในการให้ความรู้ ข้อมูล คำปรึกษา ประสานงาน และพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ร่วมกันของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1.1 วิดีโอสัมภาษณ์มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดเรื่องความเจ็บปวดในขณะรอคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด

1.2 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดซึ่งมีภาพถ่ายการคลอดจริงแต่ละขั้นตอนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นดู การเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากอะไร สิ้นสุดเมื่อไหร่ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม

และเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด เช่น เทคนิคการหายใจ การนวด การลูบหน้าท้อง การเบี่ยงเบนความสนใจ การเพ่งจุดสนใจ และการฝึกควบคุมจิตใจ โดยการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 30 นาที

1.3 บัตรคำที่ใช้ชื่อว่า “บัตรแรงใจ” ประกอบด้วยภาพถ่ายทารกที่หญิงตั้งครรภ์เลือกข้อความที่หญิงตั้งครรภ์และเพื่อน ๆ ร่วมกันเขียนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมลงชื่อ และแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ (ภาคผนวก จ) ซึ่งนำมาใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อเจ็บครรภ์คลอด อันจะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.4 คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม โดยมีการนำบัตรแรงใจมาเป็นปกของคู่มือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอด โดยนำหลักการประเมินจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของจวี (2537) ซึ่งแปลเรียบเรียงดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอดของ สเตอรอก (Sturrock Labour Coping Scale, 1983) โดยสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของมารดา 2 ด้าน คือ การแสดงออกด้วยเสียง ได้แก่ ด้านคำพูด ด้านการออกเสียง และการแสดงออกด้วยท่าทาง ได้แก่ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ช่วงคะแนน คือ 0, 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งจะให้คะแนนตามรายการพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้

1. ด้านคำพูด

คะแนน 0 หมายถึง พูดอย่างหมดหวัง คำ แข่ง โวยวายเสียงดัง ควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือร้องขอความช่วยเหลือเกินความจำเป็น

คะแนน 1 หมายถึง พูดบ่นถึงความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายบ้างหรือร้องขอความช่วยเหลือบ้าง

คะแนน 2 หมายถึง พูดถึงความพยายาม ความอดทน ปลอดภัยตัวเอง หรือไม่
พูดเลย

2. ด้านการออกเสียง

คะแนน 0 หมายถึง ร้องครางเสียงดัง เอะอะ โวยวาย หรือร้องไห้เสียงดัง
คะแนน 1 หมายถึง ร้องครางเบา ๆ หรือพูดเบา ๆ พูดตะคอก พูดห้วน ๆ หรือ
ร้องไห้

คะแนน 2 หมายถึง น้ำเสียงปกติ ไม่มีเสียงคราง หรือไม่ร้องไห้เลย

3. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

คะแนน 0 หมายถึง เคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระสับกระส่าย เช่น เขย่าไม้
ก้านเตี้ยง ตบเตี้ยง คืบกระสับกระส่าย พลิกตัว บิดตัวไปมา หรือกระโดดลงจากเตี้ยง
คะแนน 1 หมายถึง เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กำมือ จิกมือ ถู ลูบแขน ลูบตัวไปมา
เกร็งเท้า

คะแนน 2 หมายถึง นั่งหรือนอนลูบท้องตามจังหวะของการปวด

4. ด้านการควบคุมการหายใจ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ หายใจเร็ว หรือซ้ากว่า
ปกติเกือบตลอดเวลา

คะแนน 1 หมายถึง ควบคุมได้ไม่สม่ำเสมอ กลั้นหายใจ หรือหายใจเร็ว

เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง ควบคุมการหายใจได้อย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา

5. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า

คะแนน 0 หมายถึง หลังตาแน่น คิ้วขมวด เม้มปาก กัดฟันแน่นทุกครั้งขณะ
มดลูกหดตัว

คะแนน 1 หมายถึง หลังตาแน่น คิ้วขมวด เม้มปากหรือขบริมฝีปากเป็น
บางครั้งขณะมดลูกหดตัว

คะแนน 2 หมายถึง กล้ามเนื้อผ่อนคลายสีหน้าเรียบเฉย หรือยิ้ม

การแปลผล คะแนนรวมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการ
คลอดอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน กำหนดเกณฑ์โดยใช้อันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ 0, 1-2,
3-4, 5-6, 7-8 และ 9-10 คะแนน หากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในแต่ละ

ระยะที่มีค่าคะแนนมาก แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมมากกว่า และหากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในแต่ละระยะที่มีค่าคะแนนน้อย แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์เผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมน้อยกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ประกอบด้วย (1) ภาพนิ่ง (2) บัตรแรงใจ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ(2) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2) อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และ(3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำห้องคลอด (APN) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีคำแนะนำเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ (1) นำบทสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอดมาให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และ(2) เพิ่มคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยนำบัตรแรงใจมาเป็นปกเครื่องมือแจกให้หญิงตั้งครรภ์นำไปอ่านและฝึกปฏิบัติที่บ้านเพื่อให้ความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และขั้นต่อไปนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ซึ่งหลังจากทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มดังกล่าว ได้มีการปรับปรุงใน 2 ประเด็น ดังนี้ (1) ปรับภาพนิ่งในโปรแกรมไม่ให้นำแก้วจินไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์จากการใช้โปรแกรม และ(2) ปรับภาษาและรูปภาพในการนำเสนอภาพนิ่งเพื่อง่ายต่อการเข้าใจ และการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดสอบหาความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะ

ที่ 1 ของการคลอด โดยวิธีหาความเที่ยงการสังเกตระหว่างประเมินได้เท่ากับ 0.83 ดังนั้นแบบสังเกต พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถนำไปใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาล ศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน มีการพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิแนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำ แบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนทำแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยสามารถ กระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะไม่มี การเปิดเผย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวิจัย และให้หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือผู้ปกครองลงนามในหนังสือพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข)

วิธีการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการ เผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล มีดังนี้

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย คณะ พยาบาลศาสตร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามการพิจารณา

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ณ แผนกฝากครรภ์

และห้องคลอดของโรงพยาบาลดังกล่าว รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอด

1.3 หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของภาคใต้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ หัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองตลอดระยะเวลาของการศึกษา

2. ขั้นตอนการทดลอง เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการทดลอง มีดังนี้
ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2557 ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยได้เข้าไปแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ซึ่งจะมีคลินิกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกวันพฤหัสบดี ผู้วิจัยพบพยาบาลที่รับผิดชอบแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างพร้อมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

2.1.2 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 25 รายเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เต็มใจและสามารถเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมตอบข้อมูลส่วนบุคคล อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้เซ็นชื่อยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย นำสติ๊กเกอร์สีฟ้าติดที่มุมบนของสมุดฝากครรภ์ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับทราบวัตถุประสงค์แล้วจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์โดยเข้าโรงเรียนพ่อแม่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเมื่อมาคลอด การบรรเทาปวดวิธีต่าง ๆ และดำเนินการเก็บข้อมูลจนแล้วเสร็จ จากนั้นจึงทำการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้ากลุ่มทดลองอีกจำนวน 25 ราย

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ ผู้วิจัยดำเนินการให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้า

กลุ่มกลุ่มละ 5 คน โดยแต่ละกลุ่มจะมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วรวมอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คนในแต่ละกลุ่ม ตอบข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา 5 นาที พร้อมทั้งเพิ่มการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มอีกประมาณ 60 นาที จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ โดยมีการจัดกิจกรรมต่อไปนี่

ครั้งที่ 1 เพื่อส่งเสริมการเข้าใจสภาพการณ์เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การดำเนินการในระยะเตรียมกลุ่ม และระยะเริ่มกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ก่อนเริ่มดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม โดยการพูดคุยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการสร้างความไว้วางใจแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแนะนำตัวเองเพื่อให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมขั้นตอนต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินการระยะทำงานกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม โดยให้กลุ่มตัวอย่างคู่มือไอส์สัมภาษณ์ประสบการณ์การคลอดของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพการณ์ของการคลอดตามความเป็นจริง และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาแล้วเล่าประสบการณ์นั้น และวิธีการเผชิญกับความเจ็บปวดให้กับสมาชิกกลุ่มรับฟัง จากนั้นพูดคุยอภิปรายเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวด พร้อมกับอธิบายเพื่อความเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้อง และนำไปสู่การสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรณญาณ นอกจากนี้การสาธิต และสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการบรรเทาปวด เช่น การหายใจ บรรเทาปวด การลูบหน้าท้อง การนวด การผ่อนคลาย การจัดทำที่เหมาะสม การเบี่ยงเบนความสนใจและการเพ่งจุดสนใจ เมื่อผู้วิจัยสาธิตเทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังจากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคนสาธิตย้อนกลับเทคนิคบรรเทาปวดแต่ละวิธีพร้อม ๆ กัน โดยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วร่วมแชร์ประสบการณ์ หลังจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจ และฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาปวดได้ถูกต้องแล้วจึงนำไปสู่การเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเองเมื่อเจ็บครรภ์คลอด กิจกรรมนี้ผู้วิจัยสมาชิกกลุ่มให้ความช่วยเหลือกันและกัน สร้างความเชื่อมั่นในตัวเองแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่จะนำเทคนิคต่าง ๆ ไปใช้เพื่อการเผชิญความเจ็บปวดที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

กิจกรรมที่ 3 การให้สัญญาใจต่อกัน โดยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นช่วยกันทำบัตรแรงใจ ซึ่งมีภาพถ่ายของทารกที่ผู้วิจัยจัดเตรียมมาให้หญิงตั้งครรภ์เลือก มีรูปภาพทารกน่ารัก ๆ หลากหลายให้หญิงตั้งครรภ์เลือก และนำมาเป็นปกของคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์

คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยแจกคู่มือให้หญิงตั้งครรภ์นำไปทบทวนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองที่บ้าน และมีการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างสมาชิกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกัน กิจกรรมดังกล่าวเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือกัน และเป็นการให้สัญญาใจต่อกัน นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

ครั้งที่ 2 เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 เป็นการดำเนินระยะทำงานกลุ่ม ผู้วิจัยทบทวน และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ถูกต้องจนมั่นใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเจ็บปวดเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดจนสามารถนำไปใช้ได้จริง เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทบทวนและสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่สามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่ 3 เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 เป็นการดำเนินการระยะทำงานกลุ่ม และระยะยุติกลุ่ม ผู้วิจัยทบทวน และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ถูกต้องจนมั่นใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเจ็บปวดเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดจนสามารถนำไปใช้ได้จริง เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทบทวนและสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่สามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเป็นการติดตามผลของการใช้โปรแกรม หลังจากนั้นบอกกล่าวสิ้นสุดโปรแกรม โดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การให้ความมั่นใจจนสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

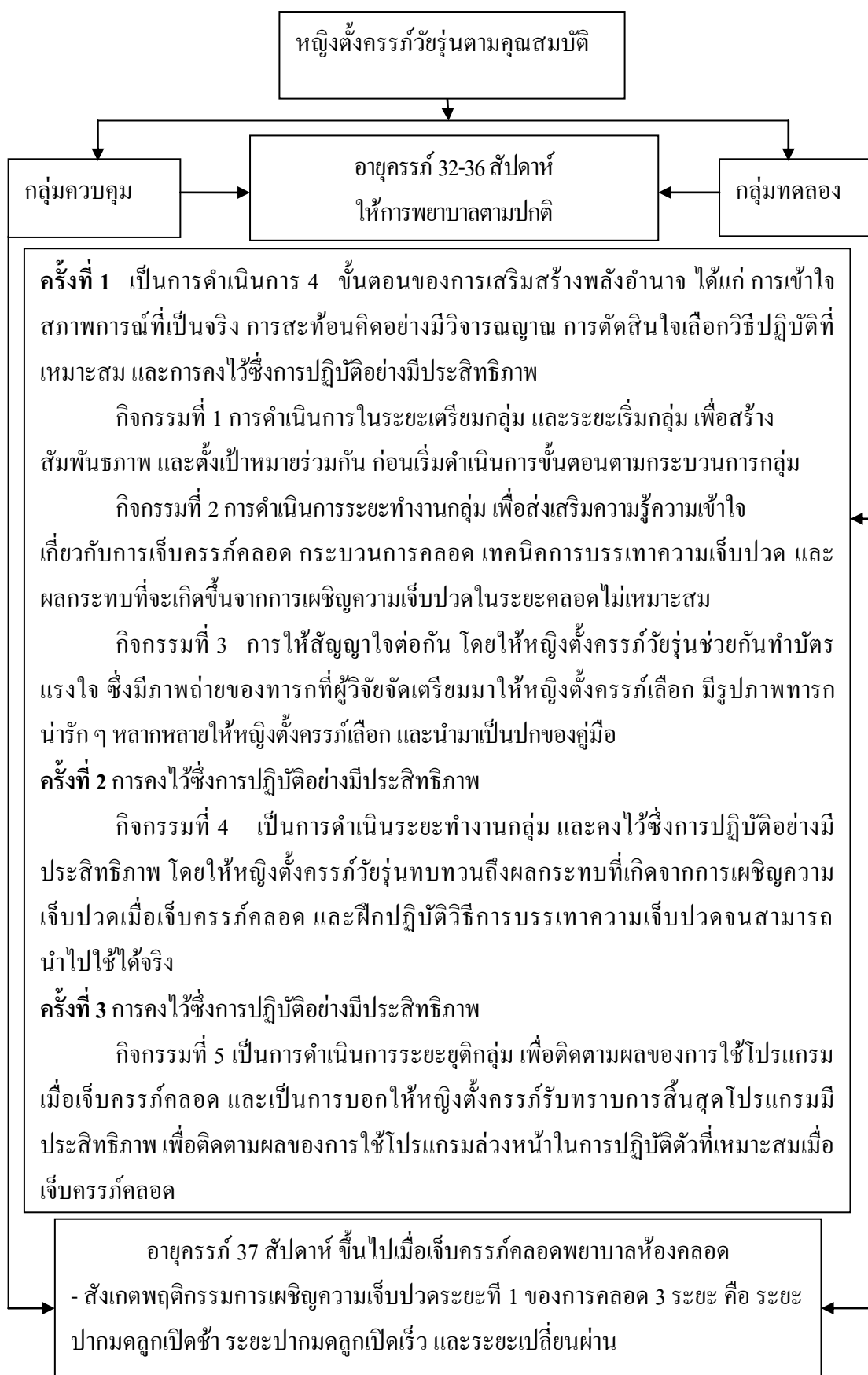
2.2.1 ผู้วิจัยชี้แจงการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพที่ประจำห้องคลอดทราบพร้อมกันทุกคนเพื่อความเข้าใจตรงกันและเป็นมาตรฐานเดียวกันในการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด

2.2.2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มควบคุมมาคลอด จะมีสติ๊กเกอร์สีฟ้าติดมากับสมุดฝากครรภ์ และจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจะทำการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดตามระยะการเปิดขยาย

ของปากมดลูก คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านตามแบบ
สังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดทั้ง 5 ด้าน

2.2.3 เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมาคลอด จะมีบัตรคำที่ใช้ชื่อว่า
“บัตรแรงใจ” เป็นปกของกลุ่มมือติดมากับสมุดฝากครรภ์ และจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล
ประจำห้องคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

2.2.4 พยาบาลวิชาชีพที่ประจำในห้องคลอดสังเกตพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตามระยะของการคลอดโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยจัด
ให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จึงดำเนินการกลุ่มทดลอง ช่วง
ดำเนินการวิจัยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ราย และผ่าตัดคลอดก่อนปากมดลูก
เปิดหมดจำนวน 2 ราย รวม 4 ราย ในขณะที่ทดลองผู้วิจัยดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมไว้ล่วงหน้า
เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่สูญหาย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เพื่อคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Extract test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ เนื่องจากก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) โดยพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็นไปตามโค้งปกติ (Normal distribution)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 50 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม สำหรับผลการวิจัยและการอภิปรายผลมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปการบรรยายและตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 19 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 18.04 ปี (SD = 1.24) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 92 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 80 สำหรับสถานภาพสมรสอยู่กันโดยไม่แต่งงาน ร้อยละ 52 แต่งงานแยกครอบครัวมาอยู่กับสามี ร้อยละ 6 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 76 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ร้อยละ 24 มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 16 อายุครรภ์ที่คลอดของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 37 – 41 สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 39⁺² สัปดาห์ (SD = .99) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 18.28 ปี (SD = .94) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 88 มีรายได้ไม่เพียงพอกับ

ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 48 มีสถานภาพอยู่กันโดยไม่แต่งงาน ร้อยละ 44 แต่งงานแยกครอบครัวมาอยู่กับสามี ร้อยละ 44 รวมกับพ่อแม่ ร้อยละ 12 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 64 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ร้อยละ 36 มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 36 อายุครรภ์ที่คลอดอยู่ในช่วง 37 – 41 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 39^{+4} สัปดาห์ (SD=1.47)

การทดสอบความแตกต่างคุณสมบัติด้านข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ทดสอบ พบว่า อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประวัติการแท้ง ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่อาชีพ และสถานภาพสมรสพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และสถานภาพสมรส ด้วยสถิติไคสแควร์ (N= 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		χ ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					1.47 ^{ns}
16-17 ปี	10	40	6	24	
18-19 ปี	15	60	19	76	
ประวัติการตั้งครรภ์					.62 ^{ns}
ครรภ์แรก	19	76	16	64	
ครรภ์หลัง	6	24	9	36	
ประวัติการแท้ง*					.22 ^{ns}
เคยแท้ง	4	16	9	36	
ไม่เคยแท้ง	21	84	16	64	
อายุครรภ์					.26 ^{ns}
37-38 ⁺⁶ สัปดาห์	8	32	7	28	
39-41 สัปดาห์	17	68	18	72	
ระดับการศึกษา*					.36 ^{ns}
ประถมศึกษา	1	4	1	4	
มัธยมศึกษา	23	92	22	88	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1	4	2	8	
รายได้ของครอบครัว*					.554 ^{ns}
พอเพียง	3	12	10	40	
ไม่พอเพียงไม่มีหนี้สิน	20	80	12	48	
ไม่พอเพียงมีหนี้สิน	2	8	3	12	
สถานภาพสมรส					5.29 ^{***}
แต่งงาน	12	48	14	56	
ไม่แต่งงาน	13	52	11	44	

ns = nonsignificant, *** p < .001 * กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ รายได้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ด้วยสถิติที่อิสระ (N = 50)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม(n = 25)				กลุ่มทดลอง (n = 25)				t
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
อายุ	16	19	18.04	1.24	16	19	18.28	.94	.44 ^{ns}
รายได้ (บาท/เดือน)	5,000	25,000	15,020	5,439.97	5,000	30,000	15,160	5,022.28	.10 ^{ns}
การตั้งครรภ์ (ครั้ง)	1	3	1.40	.57	1	3	1.28	.54	-.76 ^{ns}

ns = nonsignificant, *** = $p < .001$

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ก่อนทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทดสอบแบบโค้งปกติของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) ไม่เกิน ± 1.96 ความโด่ง (kurtosis) ± 3 (Munro, 2001) พบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการกระจายของข้อมูลปกติ (normal distribution) (ภาคผนวก ก) จากนั้นจึงนำคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไปทดสอบทางสถิติที่ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะปากมดลูกเปิดช้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม ($M = 9.56$, $SD = 1.00$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 5.36$, $SD = 1.15$) อย่างมีนัยสำคัญทาง ($t = 13.76$, $p < .001$) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังนี้ (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดการแสดงออกทางคำพูด ($M = 1.96$, $SD = 0.20$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 1.28$, $SD = 0.46$, และ $t = 6.80$) และคะแนนด้านการออกเสียง ($M = 1.92$, $SD = 0.28$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 0.96$, $SD = 0.35$, และ $t = 10.73$) และ (2) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดการแสดงออกด้วยท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย ($M = 1.89$, $SD = 0.33$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 1.04$, $SD = 0.20$, และ $t = 10.84$) มีการควบคุมการหายใจ ($M = 1.96$, $SD = 0.20$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 1.04$, $SD = 0.35$, และ $t = 11.38$) และแสดงออกทางใบหน้า ($M = 1.84$, $SD = 0.37$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 1.04$, $SD = 0.35$, และ $t = 7.80$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดซ้ำ ในระยะที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (N = 50)

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะปากมดลูกเปิดซ้ำ	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t
	M	SD	M	SD	
การแสดงออกด้วยเสียง					
ทางคำพูด	1.96	0.20	1.28	0.46	6.80 ^{***}
การออกเสียง	1.92	0.28	0.96	0.35	10.73 ^{***}
การแสดงออกด้วยท่าทาง					
การเคลื่อนไหว	1.88	0.33	1.04	0.20	10.84 ^{***}
การหายใจ	1.96	0.20	1.04	0.35	11.38 ^{***}
ทางใบหน้า	1.84	0.37	1.04	0.35	7.80 ^{***}
พฤติกรรมโดยรวม	9.56	1.00	5.36	1.15	13.76 ^{***}

^{***} p < .001

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม (M = 7.76, SD = 1.51) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 2.64, SD = 1.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.59, p < .001) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p < .001 ดังนี้คือ (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดการแสดงออกทางคำพูด (M = 1.60, SD = 0.50) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.72, SD = 0.54, และ t = 5.97) และคะแนนด้านการออกเสียง (M = 1.32, SD = 0.48) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.40, SD = 0.50, และ t = 6.66) และ (2) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดการแสดงออกด้วยท่าทาง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (M = 1.72, SD = 0.458) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.56, SD = 0.51, และ t = 8.49) ด้านการควบคุมการหายใจ (M = 1.68, SD = 0.48) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.48, SD = 0.51, และ t = 8.60) และมีการแสดงออกทางใบหน้า (M = 1.44, SD = 0.51) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.48, SD = 0.51, และ t = 6.68) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในระยะที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (N = 50)

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t
	M	SD	M	SD	
การแสดงออกด้วยเสียง					
ทางคำพูด	1.60	0.50	0.72	0.54	5.97 ^{***}
การออกเสียง	1.32	0.48	0.40	0.50	6.66 ^{***}
การแสดงออกด้วยท่าทาง					
การเคลื่อนไหว	1.72	0.46	0.56	0.51	8.49 ^{***}
การหายใจ	1.68	0.48	0.48	0.51	8.60 ^{***}
ทางใบหน้า	1.44	0.51	0.48	0.51	6.68 ^{***}
พฤติกรรมโดยรวม	7.76	1.51	2.64	1.89	10.59 ^{***}

^{***} p < .001

ระยะเปลี่ยนผ่านผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม (M = 5.36, SD = 1.11) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.60, SD = 1.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 13.96, p < .001) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดรายด้านแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 ดังนี้ (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนการแสดงออกทางคำพูด (M = 1.04, SD = 0.20) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.12, SD = 0.33, และ t = 11.88) และมีคะแนนด้านการออกเสียง (M = 1.04, SD = 0.20) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.16, SD = 0.37, และ t = 10.37) และ (2) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดการแสดงออกด้วยท่าทางด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (M = 1.04, SD = 0.20) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.16, SD = 0.37, และ t = 10.37) ด้านการควบคุมการหายใจ (M = 1.20, SD = 0.41) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.08, SD = 0.28, และ t = 11.35) และการแสดงออกทางใบหน้า (M = 1.04, SD = 0.35) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 0.08, SD = 0.28, และ t = 10.73) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะเปลี่ยนผ่าน ในระยะที่ 1 การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (N = 50)

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะเปลี่ยนผ่าน	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t
	M	SD	M	SD	
การแสดงออกด้วยเสียง					
ทางคำพูด	1.04	0.20	0.12	0.33	11.88***
การออกเสียง	1.04	0.20	0.16	0.37	10.37***
การแสดงออกด้วยท่าทาง					
การเคลื่อนไหว	1.04	0.20	0.16	0.37	10.37***
การหายใจ	1.20	0.41	0.08	0.28	11.35***
ทางใบหน้า	1.04	0.35	0.08	0.28	10.73***
พฤติกรรมโดยรวม	5.36	1.11	0.60	1.29	13.96***

*** p < .001

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกระยะของการคลอด เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยมีการอภิปรายผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์และผลของการศึกษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 16-19 ปี เฉลี่ย 18.16 ปี (SD = 1.10) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง และตอนปลาย โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังเช่น ชูลิพร (2553) ศิริประภา (2550) และโอมาร์ ฟาวเลอร์

และแมคฮิลานาฮาน (Omar Fowler & Mc Hlanahan, 2008) พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรถ์ในช่วงอายุที่น้อยลง และเป็นการตั้งครรถ์ครั้งแรก ซึ่งวิจัยดังกล่าวน่าจะอยู่ในระดับการเรียนชั้นมัธยมศึกษา และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ด้วยกัน โดยไม่ได้แต่งงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ประกอบอาชีพบ้าง เช่น ค้าขาย และเกษตรกร เป็นต้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของปารินัตร์ เขียวลักษณ์ฉวีวรรณ และวรรณ (2555) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้น ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ส่วนในเรื่องครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยรวมอยู่กับครอบครัวของตนเอง หรือครอบครัวของสามี ส่วนน้อยแยกครอบครัวออกมาอยู่กับสามีเพียงลำพัง ดังเช่น การศึกษาของ วาสนา และวิลาวัณย์ (2555) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ร่วมกับครอบครัวของสามี หรืออยู่ร่วมครอบครัวของตนเอง และบุคคลดังกล่าวได้ให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจ ในการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

จากการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่าหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่กำหนด ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการวิจัยด้วยหลักการทางวิชาการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มตามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยบูรณาการกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (Yalom & Leszcz, 2005) เพื่อให้หญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดที่เหมาะสม ซึ่งทั้งนี้ เป็นผลจากมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยเป็นกันเอง มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว ร่วมกับการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อันจะช่วยหญิงตั้งครรถ์วัยรุ่นให้เข้าใจถึงสภาพการณ์ที่เป็นจริง และเมื่อเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องขึ้น สมาชิกมีโอกาสสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ จึงนำความรู้หรือข้อมูล ไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา เชื่อมโยงความคิดและการเรียนรู้ ส่งผลให้มีการรับรู้ปัญหาของตนเองและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ตามความเชื่อ ค่านิยม บุคคลจึงได้มีการพัฒนาตนเอง เกิดความรู้สึกถึงพลังอำนาจ ความสามารถในตนเอง และเมื่อผ่านพ้น

ขั้นตอนเหล่านี้มาแล้ว จะทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง เกิดมุมมองใหม่ และรู้สึกว่าคุณสมบัติของตัวเองได้ จึงสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993)

การอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกัน สมาชิกกลุ่มจะมีความสนิทสนมกัน แต่ละคนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ อีกทั้งกระบวนการกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา จะทำให้รับรู้ว่ามีคนที่ปัญหาเดียวกัน จึงเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจกัน เป็นการสร้างความเชื่อมั่น เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง และผู้อื่น (วิลาวัลย์และคณะ, 2550) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาทางด้านความคิด ทักษะคิด ค่านิยม และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (ทัศนีย์, 2553) ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่เหมาะสม นอกจากนี้การได้เห็นรูปแบบของสมาชิกกลุ่มในการปฏิบัติตัว จึงทำให้เห็นแนวทางสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ดังเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแผลที่เท้า ทำให้ดูแลเท้าอย่างเหมาะสม (เขาวภาและคณะ, 2554) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (ชูชีพ, 2550) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มยังทำให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงมีพฤติกรรมลดลง (เพ็ญญา, 2550) วัยรุ่นมีค่านิยมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในทางที่ดีขึ้น (สุนันท์, 2555) หรือการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีความรู้ และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (วิยะการ, 2556)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มว่าตนเป็นผู้ที่มีความสามารถจัดการ และเผชิญกับความเจ็บปวดได้เมื่อเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการให้ความรู้ล่วงหน้า ผู้คลอดจึงทราบเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างมีเป้าหมายสามารถใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด เบี่ยงเบนจากการจดจ่ออยู่กับการเจ็บครรภ์ จึงส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม (ชญาสินและคณะ, 2548) นอกจากนี้ เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องหรือสัมผัสเพื่อผ่อนคลาย (ดาริกา, สร้อย และวิชุดา, 2554) การจัดทำที่เหมาะสม การเบี่ยงเบนความสนใจ การเพ่งจุดสนใจ (ศศิธร, 2555) จะช่วยให้เกิดกระบวนการรับรู้ในการควบคุมระบบประสาทที่แปลตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ทำให้ลดหรือไม่เกิดการส่งสัญญาณประสาทความปวด และกระตุ้นร่างกายทำให้ระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ ถูกกระตุ้นน้อยลง มีการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

(Melzack & Wall, 1996) จึงมีผลให้มีความปวดทางกายและความตึงเครียดจากความปวดลดลง ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม

ประการที่ 2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ต้องทำร่วมกัน ร่วมกับการใช้สื่อ ได้แก่ การให้ดูวิดีโอบทสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสบการณ์การคลอดมาแล้วถึงเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นๆ เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง อีกทั้งให้สมาชิกกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าถึงพฤติกรรมที่ตนแสดงออกมาเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และให้กลุ่มได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น หรือสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้ได้รับทราบข้อมูลของบุคคลอื่นและนำมาปรับใช้กับตนเอง (อรทัย นิตยา และปรีชกมล, 2551)

นอกจากนี้การให้ความรู้โดยการนำเสนอภาพหนึ่งประกอบการบรรยาย การสาธิต การสาธิตย้อนกลับเทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและความต้องการ ถือเป็นปัจจัยด้านความรู้ ความคิด และอารมณ์ ที่มีความสำคัญในการจูงใจ (วิลาวัลย์และคณะ, 2550) ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุยัสวี (2554) ที่นำการสาธิต การสาธิตย้อนกลับ การสอนโดยใช้ภาพพลิก ช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาของสินีนาฏ (2554) ที่ใช้การฝึกทักษะปฏิเสธช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรามีความเชื่อมั่นในการปฏิเสธการดื่ม เมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาค้างนี้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีบัตรแรงใจเป็นหน้าปกไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้นึกถึงสัญญาใจที่ได้ให้ไว้กับกลุ่ม โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถเปิดอ่านคู่มือได้เมื่อต้องการ หรือเกิดข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย กระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวระยะต่างๆ ของการคลอด ผลกระทบจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งเป็นการเตรียมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เรียนรู้ถึงลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของการคลอด การฝึกเทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเจ็บครรภ์คลอด สิ่งเหล่านี้ช่วยสร้างความมั่นใจ ลดความกลัว ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย และมีกระบวนการคลอดดำเนินไปตามปกติ (จิตตานันท์, 2550) ดังการศึกษาของทิพสุดา (2554) ที่ใช้คู่มือช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมมีการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม และเสริมสร้างให้เกิดความ

มั่นใจในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพมาก และการมอบคู่มือให้แก่หญิงตั้งครรภ์นำกลับไปทบทวนที่บ้าน จะเป็นการช่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอดจริง (ญานิสสา, 2550)

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด เหมาะสมมากกว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับจัดกิจกรรมที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด ผลกระทบจากการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด ที่จะนำไปสู่การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อให้ลดความรู้สึกล้า วิตกกังวล และความเจ็บปวด ที่มีความสัมพันธ์กับกลไกการทำงานตามทฤษฎีการรับรู้ความเจ็บปวดเปิด-ปิดประตู จึงทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย ซึ่งดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่เป็นชุดกิจกรรม โดยใช้สื่อประกอบคือ (1) วิดีโอสัมภาษณ์มาดาวัยรุ่นหลังคลอด (2) ภาพนิ่ง (3) บัตรคำที่ใช้ชื่อว่า “บัตรแรงใจ” และ (4) คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามลำดับ และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ (2) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด เครื่องมือดังกล่าวได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบหาความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด โดยวิธีหาความเที่ยงการสังเกตระหว่างประเมินได้เท่ากับ 0.83 การเก็บข้อมูลในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำห้องคลอดจำนวน 8 ท่านที่ผ่านการชี้แจงจากผู้วิจัยในการใช้แบบสังเกต ซึ่งจะสังเกตหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร แบ่งตามเป็น 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ และการทดสอบสถิติทีอิสระ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดทุกรายด้าน และโดยรวม ($M = 9.56, SD = 1.00$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 5.36, SD = 1.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.76, p < .001$)

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดทุกรายด้าน และโดยรวม ($M = 7.79, SD = 1.51$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.64, SD = 1.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59, p < .001$)

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดทุกรายด้าน และโดยรวม ($M = 5.36, SD = 1.11$) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 0.60, SD = 1.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.96, p < .001$)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มนี้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้คลอดเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมความเจ็บปวด ช่วยให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

จุดแข็งของการวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีขั้นตอนและวิธีการนำไปใช้ที่ไม่ซับซ้อน ประยุกต์ใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ จึงสามารถนำไปให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้จริง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลให้การคลอดสามารถดำเนินต่อไปได้ตามปกติ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มครั้งนี้ ได้สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดโปรแกรม การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ทำให้เรียนรู้ปัญหา และหาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์กลุ่มมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก ทศนคติ และพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น จึงทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ในดำเนินการทดลองต้องจัดกิจกรรมถึง 3 ครั้ง และกิจกรรมต่าง ๆ จะสิ้นสุดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะเจ็บครรภ์คลอดรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ส่งผลให้ต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม โดยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจสิ้นสุดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ แต่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ดังนั้นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มอาจได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น ตลอดจนการให้ความสนใจหรือตื่นตัวต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะที่ 1 ของการคลอด และเป็นประโยชน์ต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากการเผชิญกับความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ใน

ด้านอื่น ๆ อีกได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อความร่วมมือในการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ช่วยลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการคลอด ส่งผลต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นมารดาในอนาคต นอกจากนี้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ง่ายต่อการเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจมีการนำเข้าประชุมปรึกษาหารือร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำมาใช้ในการวางแผนการจัดการบริการแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการฝากครรภ์เดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยการสอดแทรกโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

3. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาคทฤษฎีควรจัดให้มีการสอดแทรกการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในทางสูติศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาที่กำลังศึกษามีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม และสามารถที่จะถ่ายทอดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการดูแลและตัดสินใจด้วยตัวเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนภาคปฏิบัติควรจัดให้นักศึกษามีการทดลองใช้ในการฝึกปฏิบัติโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เพื่อให้ นักศึกษาสามารถประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อื่น ๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน อานำไปศึกษาเพื่อวัตถุประสงค์การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองตลอดระยะการตั้งครรภ์
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ไปจนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเองตลอดจนทารก

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ตัมพวิบูลย์. (2548). *ผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัว พฤติกรรมการเผชิญภาวะ
เจ็บครรภ์และความพึงพอใจการคลอดในสตรีครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ ฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข*. [Internet] พ.ศ. 2555 [วันที่อ้างอิง 30 มิถุนายน 2556].
Available from: URL: <http://bps.ops.moph.go.th/2.1.8-50.pdf>.
- เกตุยี่สิริ ศรีวิไล. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จตุพร ไชยสุวรรณ. (2549). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรี
วัยรุ่น*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, 241-248.
- จิตตานันท์ศรีสุวรรณ. (2550). *ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้สึก
วิตกกังวลระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จุฬามาศ บุพสุวรรณ. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวด
ในผู้คลอดปกติโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬาวดี วุฒิวงศ์. (2553). *การดูแลรักษาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด*. ในวิทยา ธิฐา
พันธ์, บุญยี่ มานะบริบูรณ์ และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกคลอด
ก่อนกำหนด: ปัญหาที่ท้าทาย*. (หน้า161-165). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จุฬา ช่วยเมือง. (2549). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลแม่และเด็ก. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ ฯ.
- ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, อัมพร คงจิระ, ราตรี ศิริสมบุรณ์, กาญจนา พิมล และอัมพันธ์ เกลิมโชคเจริญกิจ. (2550). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 22, 60-72.
- ชญานีน บุญพงษ์มณี, โสเพ็ญ ชูนวน และเยาวเรศ สมทรัพย์. (2548). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสตรีระยะคลอดต่อภาวะจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23(1), 37-47.
- ชนัญญา สุระเดชาวุธ. (2553). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ ฯ.
- ชุลีพร ตวนกู. (2553). การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด: การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว. รายงานศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชูชีพ โพชะจา. (2550). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ญาณิศา เกื้อนเจริญ. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อการปฏิบัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ ฯ.
- ณัฐยา บุญภักดี. (2551). “ปัญหาการท้องเมื่อไม่พร้อม” เอกสารประกอบการประชุมโครงการจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเรื่องสุขภาพทางเพศในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์, วันที่ 29 กรกฎาคม 2551, กรุงเทพฯ ฯ.
- คาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยสีวามงคล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การอุบหน้ำท้อง และการนวดก้นกบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(3), 31-39.

- ทองพล บัวศรี. (2557).ชีวิตของพ่อแม่วัยรุ่นในแหล่งก่อสร้าง. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พลหัทธ จันทร์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานานุกฤษ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *สตินรีเวชทันยุค*(หน้า 7-12). ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- ทิพสุดา น้อยแมน. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทิวากร ชำนิกุล และพัทธ์พีไล ศรีแสง. (2553).ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(1), 33-42.
- นงลักษณ์ พลเสน และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการรับรู้บทบาทการเป็นมารดาและความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32, 45-54.
- นันทพร แสนศิริพันธ์, เกสร่า ศรีพิชญาการ และวรางคณา ชัชเวช. (2547).*ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความตระหนักในสิทธิและความรับผิดชอบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสามีและเทคนิคการเจรจาต่อรองของภรรยา*. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นียาสออริย์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด*.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุจรศ จันทบูรณ์. (2553).*ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยบูรณาการการสนับสนุนของสามีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุชสร่า อึ้งอภิธรรม. (2554). *ผลของการประคบเย็นและประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555).ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 83-90.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.

- บุญกร อ่อนโนน. (2547). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประภัสสร สมศรี และวิพร เสนารักษ์. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 30(2), 49-59.
- ปานิสรา ไชยวงศา, สร้อย อนุสรณ์ศรีกุล และวิชัย อิงพินิจพงศ์. (2551). ผลของการกวดูต่อความรู้สึกเจ็บครรภ์ของผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 31(4), 38-47.
- ปรีฉัตร อารยะจารุ, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, ณวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณนา พาหุวัฒนกร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารสภาการพยาบาล, 27(4), 96-107.
- ปรีชาติ ชูประดิษฐ์และวีรวรรณ ภาษาประเทศ.(2548). ผลของการประคบด้วยความเย็นต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาครรภ์แรก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา,สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยพร นิสสัยกล้า. (2550). ผลของการฝึกการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียด ความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพ็ญนภา สุตาคำ. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสีียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ภิญญา เสโส. (2553). การพัฒนารูปแบบการเตรียมมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกก่อนคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- เยาวภา พรเวียง, วิภาพรรณ หมั่นมา, พิสมัย ศรีสุวรรณนพคุณ และวันทนา แก้วของผาง. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 12*(1220), 85-97.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2548). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเฉพา. *เอกสารการสอน: ชุติวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์* (หน้า 263-371). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เยือน ต้นนิรันดร และวรพงศ์ ภูวงศ์. (2551). *เวชศาสตร์มารดาและทารก*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ระพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, สุดกัญญา ปานเจริญ และยุพา ทิพย์อลงกต. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการตั้งครรภ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *พยาบาลสาร, 34*(2), 9-13.
- รัชนันต์ธิดา. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รัศมี ศรีนนท์, นิสากกร เขาวรัตน์ และรุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์. (2549). *การสนับสนุนจากคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด*. รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ราชบุรี.
- รุ่งราวรรณ ใต้เมืองปก. (2551). *ผลของการเตรียมคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอดของสตรีครรภ์แรก*. กลุ่มการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, กาฬสินธุ์
- ฤดี ปุ่บงกชดิ. (2551). *ประสบการณ์การเป็นมารดาในระยะแรกของเด็กวัยรุ่นไทย การรับรู้ความขัดแย้งระหว่างความต้องการในฐานะที่เป็นมารดา กับความต้องการของวัยรุ่น*. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 12*(1), 82.
- วรพงศ์ ภูวงศ์. (2548). Adolescent pregnancy. ใน *วีรพล จันท์ศิโย่ง และจิตติ หาญประเสริฐพงศ์* (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยาเด็กและวัยรุ่น*. สงขลา: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรางคณา คำยิ่ง และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35*(3), 38-47.

- วรางคณา ชัชเวช. (2546). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรางคณา บุปผา. (2551). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิศรดา ใจกำป็น. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วาริรัตน์ จิตติถาวร. (2552). *ผลของการนัดและสุคนธ์บำบัดต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2553). *ผลกระทบต่อมารดาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. ในวิทยา ธิฐาพันธ์, บุญย้ง มานะบริบูรณ์ และธราธิป โกละทัต (บรรณาธิการ), *วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด: ปัญหาที่ท้าทาย*. (หน้า 119-126). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิภารัตน์ สอดส่อง. (2548). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วิยะการ แสงหัวช้าง. (2556). *ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(4), 260-273.
- วิลาวลัย ไทรโรจน์รุ่ง, วิไลกุล หนูแก้ว, สุปรานี อัทธเสรี และรจนา ชัยเสนา. (2550). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. *วารสารพยาบาล*, 56(1-2), 81-91.
- วิลาวลัย ไทรโรจน์รุ่ง, กัลยา วิริยะ, วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, ฟ้าใส พุ่มเกิด และสายสุนี ทองสัมฤทธิ์. (2554). *ผลของการประคบร้อนและเย็นต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(1), 9-18.

- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). *การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- วิไลพรรณสวัสดิ์พรณิษฐ์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2548). *การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงใน
ระยะคลอดและทารกแรกเกิด*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. ในศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชร
พิเชฐเชียร และชัชชัย ปรีชาไว(บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด: Pain & Pain
Management 2*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิธร พุมดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59-63.
- ศศิธร พุมดวง. (2553). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. สงขลา: เค ก้อปปี.
- ศศิธรพุมดวง. (2555). *สูติศาสตร์ระยะคลอด*. สงขลา: อัลลายด์เพลส.
- ศิริณา สีนดำรง. (2547). *สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการ
เผชิญความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาที่คลอดบุตร
คนแรก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ศิริประภา พิมพ์วงศ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- ศิริพร พงษ์โกคา. (2549). การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด. ใน ศิริพร พงษ์โกคา, อรนุช
เชาว์ปรีชา, ชลดา จันทร์ขาว, และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาใน
ระยะคลอด* (หน้า31-51). กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊อค.
- ศุภมาส ไชยพรพัฒนา, ประไพพรรณ ด่านประดิษฐ์ และนิษณา สิงหาคำ. (2552). การพัฒนารูปแบบ
การดูแล สุขภาพหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ในจังหวัดพิจิตร. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 24, 41-53
- สลิตตา อินทร์แก้ว. (2555). *ผลของการนวดแผนไทยต่อความปวดในระยะคลอด*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สินีนานู หงส์ระนัย. (2555). *การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย*.
กรุงเทพฯ: แดเน็กอินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- สินีนานู หงส์ระนัย และอรุณี พึ่งแพง. (2554). *การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่ง
ของการคลอด: การใช้ผลงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: แดเน็กอินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

- สินีนาด ขุนวิจิตร. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สุคนธ์ ไช้แก้ว. (2547). *ตั้งครรภ์วัยรุ่น: การส่งเสริมสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22, 20-27.
- สุนันท์ แสวงทรัพย์. (2555). *ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อ ค่านิยม พฤติกรรมการดื่ม การรับรู้ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น จังหวัดนครนายก*. *วารสารสมาคมส่งเสริมการวิจัย*, 3(1), 119-132.
- สุพร แก้วศิริวรรณ. (2551). *ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(3), 83-94.
- สุกรี สุวรรณจุฑา. (2547). *Current views of adolescent health in Thailand*. ใน *สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา (บรรณาธิการ), ฐานปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุวดี ชูสุวรรณ, วรรณ รัตนมาตุ, งามตา คงวิทยา, กุหลาบ ไกรเทพ และดวงพร จันทร์แก้ว. (2546). *ผลการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและภาวะแทรกซ้อน*. *วารสารวิชาการเขต* 12, 14, 9-15.
- สุวรรณินาคะ, จิตติมา ชาราพันธ์, วิไลลักษณ์ อุยานันท์, และรัชกร เทียมเท่าเกิด. (2546). *ผลของการใช้เทคนิคการลูบหน้าท้องต่อความวิตกกังวล การเผชิญความเจ็บปวด และระยะเวลาในการคลอดของผู้คลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 27(4), 57-65.
- เสรี พงศ์พิศ และวิจิต นันทสุวรรณ. (2545). *แผนแม่บทชุมชน: ประชาพิสัยและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- อรทัย สิลป์ประกอบ, นิตยา ตากวิริยะนันท์, และปรียกมล รัชกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนมารดาต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติบทบาทมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 57, 60-74.

- อัญชลี วงษ์ดี. (2553). *การพัฒนาคู่มือเตรียมคลอดวิถีธรรมชาติ*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น.
- อุ๋นใจ กอนันต์กุล. (2550). การคลอดก่อนกำหนด. ในอุ๋นใจ กอนันต์กุล (บรรณาธิการ), *การ
ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง* (หน้า 195-242). สงขลา: ชาญเมือง
- อุสาห์ สุภรพันธ์. (2548). การพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด. ขอนแก่น: คลัง
น่านาวิทยา.
- Abushaikha, L. & Oweis, A. (2005). Labor pain experience and intensity:A Jordanian
perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1),33-38.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: *A Social cognitive theory*. London:
Prentice-Hall International.
- Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Irwin, C.E., Jr, & Roos, D.A., ed
al.(2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 379,
1653-1653.
- Cheng, Y., &Caughey, A. B.**(2014).Normal labor and delivery. Retrieved on July 2, 2014 from
<http://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#aw2aab6b4>.
- Creehan, P. A. (2001). Pain relief and comfort measures during labor. In K. R. Simpson & P. A.
Creehan (Eds.), *Perinatal Nursing*(2nd ed., pp. 417-444). Philadelphia: Lippincott.
- Declercq, E. R., Sakara, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to
mother: Report of the first national U.S. survey of women' s childbearing experiences*.
New York, NY: Maternity Center Association.
- Falk-Rafael, A.R. (2001).Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of
empowered caring.*Advances in Nursing Science*, 24, 1-16.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment.*Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-
361.
- Gibson, C.H. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically ill children*. Unpublished
doctoral dissertation, Boston college, Boston, USA.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mother of chronically ill children.*Journal
of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

- Greulich, B., & Tarrant, B.(2007).The latent phase of labor: Diagnosis and management. *Journal of Midwifery & Women's Health*,52(3): 190-198.
- Gupta, S., Anand Kumar, G. S., & Singhal, H.(2006). Acute pain-laboranalgesia. *Indian Journal of Anesthesia*,50(5), 363-369.
- Hamilton, A. C. (2009). Pain relief and comfort in labor. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.), *Myles textbook formidwives*(14th ed., pp. 471-485). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Karami, N. K., Safarzadeh, A.,& Fathizadeh, N. (2007). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12 (1), 6-9.
- Kear, M.S., & Levine, P.B. (2009). Subsidized Contraception, Fertility, and Sexual Behavior. *The review of economics and statistics*, 91, 137.
- Kukulu, K., & Demirok, H. (2008). Effect of epidural anesthesia on labor progress. *Pain Management Nursing*, 9, 10-16.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of pain*, 10, 263-270.
- Liadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, 6(3), 358-391.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain.*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 16-24.
- Lowdermilk, D. L. (2012). Labor and birth processes. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, & K. R. Alden (Eds.), *Maternity & women's health care*(10th ed., pp. 369-385). St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Martenson, L. (2006). *Sterile water injections and acupuncture as treatment for labor pain*. Retrieved on October 30, 2012 from http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/703/1/gupea_2077_703_1.pdf.
- Melzack, R., Belanger, E., & Lacoix, R. (1991). Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6, 476-480.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9, 393-398.ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400002>.

- Mok Suen Suk Bing (Esther). (1998). *A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and the role of self-help groups in the empowerment process*. Dissertation for the degree of doctor of philosophy, the Hong Kong Polytechnic University.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal newborn and women's health Nursing (5th ed.)*. Maryland Heights, MO: Saunders Elsevier.
- Omar, H. A., Fowler, A., & Mc Hlanahan, K. K. (2008). Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 16*, 77-81.
- Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., & Tracy, S. (2008). *Midwifery preparation for practice*. Australia: Elsevier.
- Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing, 4*, 54-61.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sauls, D.J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 39*(6), 703-712.
- Simkin, P. (2007). *Comfort in labor: How you can help yourself to a normal satisfying childbirth*. Retrieved on October 30, 2012 from <http://www.childbirthconnection.Org/pdfs/comfort-in-labor-simkin.pdf>.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve Labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*(6), 489-504.
- Simkin, P., & O'Hara, M. A. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), 131-159.
- Solomon-Fears, C. (2013). *Teenage pregnancy prevention: Statistic and programs*. Congressional Research Service, CRS Report for Congress Prepared for Members and Committees of Congress. Retrieved on May 25, 2014 from <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RS20301.pdf>

- Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willian, A. R. (2005). Randomized controlled trial of hand-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32,(issue 4) 243-251.
- Tsey, K. (2009). Community development and empowerment. In: S. Jirojwong & P. Liamputtong (Eds.), *Population Health, Communities and Health Promotion* (pp. 215-231). Oxford University Press, Melbourne, VIC, Australia.
- Tuntanokij, J. (2006). *The effects of childbirth training program for pregnant women and supporters on pain level, pain coping behaviors, laboring period and childbirth experience*. Mahidol University, Thailand.
- Waldman. S. D. (2007). *Pain management volume 1*. Philadelphia: Elsevier.
- Waters, B. L.& Raisler, J. (2003). Ice massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 317-321.
- World Health Organization. (2011). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor Reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, World Health Organization
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books, A Member of the Perseus Books Group.
- Yang , Z., Gaydos, L.M. (2010). Reasons for and challenges of recent increases in teen birth rates: a study of family planning service policies and demographic changes at state level. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46, 517-524.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988 as in Polit & Beck, 2008) ซึ่งค่า SD และ X ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ของเขาวภา, วิชาพรณ, พิสมัย และวันทนา, (2555)

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

$$\sigma = \sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2}$$

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

σ_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

σ_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ แทนค่าในสูตรดังนี้

$$ES = \frac{79.90 - 49.10}{\sqrt{(9.96)^2 + (5.64)^2} / 2}$$

$$= 3.81$$

จากนั้นเปิดตารางการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย

ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์คะดิฉันทนามฉลิวัลย์ รัตยา เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด และเป็นแนวทางสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

หากท่านเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการบริการจากแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอดจากโรงพยาบาลและคลินิกตามปกติ และดิฉันทนามจะขออนุญาตให้คำแนะนำพร้อมกับคู่มือประกอบเกี่ยวกับการคลอดปกติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม โดยจะมีการให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 60 นาที โดยเริ่มต้นให้คำแนะนำเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และนัดซ้ำอีก 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ท่านจะได้รับบัตรแรงใจ ซึ่งในบัตรจะประกอบด้วยรูปเด็กที่ท่านเลือก และข้อความที่ท่านร่วมกันเขียนถึงลูกและเพื่อนร่วมกลุ่ม พร้อมลงชื่อ ในการให้คำแนะนำดิฉันทนามจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน แต่จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อการนำไปเป็นแนวทางในการปรับแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัย ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลาจากตัวผู้วิจัยเอง โทรศัพท์ 0815430007 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์คือ รศ.ดร.จิรเนาว์ ทัศนศิริ โทรศัพท์ 074-286550 และ ผศ.ดร.ทรงพร จันทรพัฒน์ โทรศัพท์ 074-2864550 หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือประสงคังจะไม่ลงนาม แต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดิฉันทนามเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณในความกรุณาที่จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้

.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย/ ผู้ปกครอง

.....
นางฉลิวัลย์ รัตยา

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค

การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (Skewness) ไม่เกิน ± 1.96 และความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกิน ± 3 นั่นคือข้อมูลกระจายไปตามปกติ (Normal distribution)

ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N =50) ระยะปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ด้านคำพูด	-.51	-1.55	-1.81	-2.75
ด้านการออกเสียง	-.42	-1.27	-.73	-1.10
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	.17	.50	-1.06	-1.60
ด้านการควบคุมการหายใจ	-.34	-1.2	-1.05	-1.59
ด้านการแสดงออกทางใบหน้า	-.16	-.47	-1.16	-1.75
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวม	-.17	-.56	-1.44	-2.18

SE ของ Skewness = .33, Kurtosis = .66

สูตรคำนวณ Z-value = $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N=50) ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ด้านคำพูด	-.21	-.63	-.78	-1.18
ด้านการออกเสียง	.17	.51	-.71	-1.08
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	-.24	-.73	-1.19	-1.80
ด้านการควบคุมการหายใจ	-.14	-.43	-1.32	-1.99
ด้านการแสดงออกทางใบหน้า	.05	.16	-.88	-1.33
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวม	-.19	-.57	-1.03	-1.56

SE ของ Skewness = .33, Kurtosis = .66

$$\text{สูตรคำนวณ Z-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

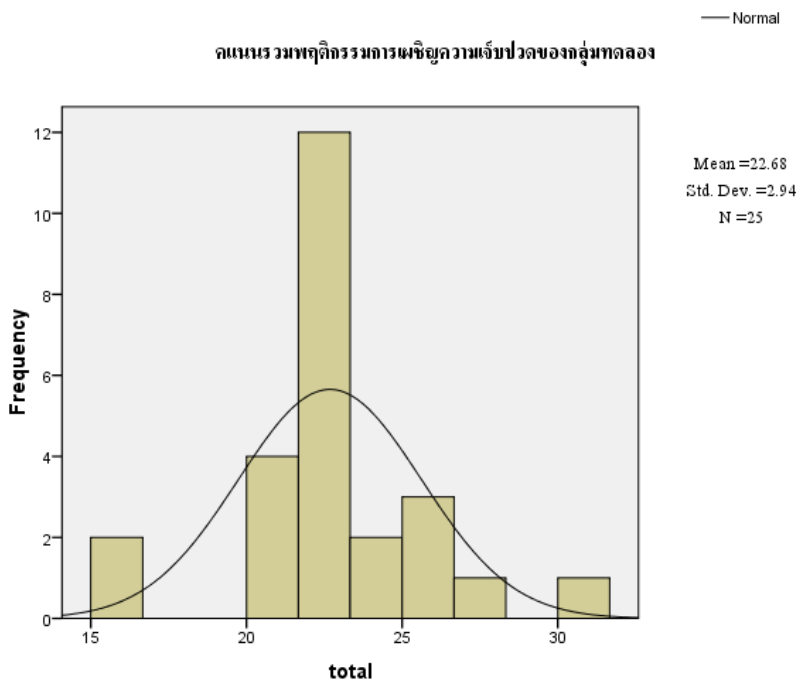
ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N=50) ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z- value	Statistic	Z- value
ด้านคำพูด	.08	.24	-1.16	-1.75
ด้านการออกเสียง	.01	.01	-1.14	-1.72
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	.01	.01	-1.14	-1.72
ด้านการควบคุมการหายใจ	.55	1.68	-.64	-.97
ด้านการแสดงออกทางใบหน้า	.42	1.27	-.73	-1.10
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวม	.15	.47	-1.06	-1.60

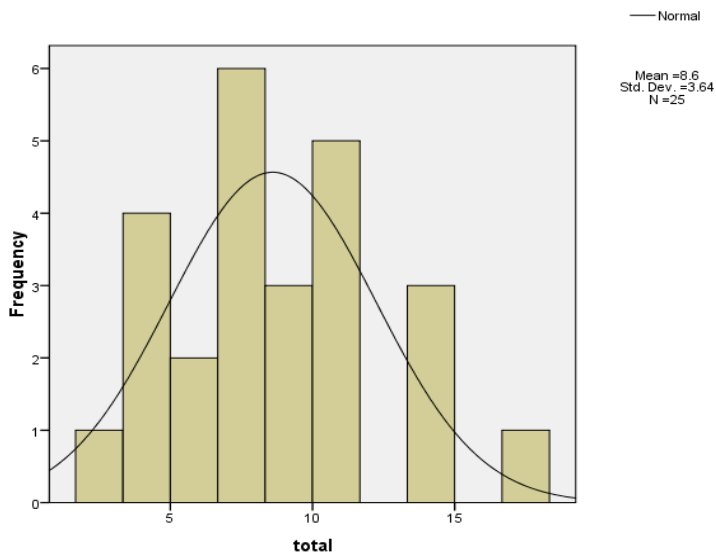
SE ของ Skewness = .33, Kurtosis = .66

สูตรคำนวณ Z-value =
$$\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

กราฟแสดงการกระจายแบบโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่าง



คะแนนรวมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ประกอบด้วยการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งหมด3ครั้ง โดยใช้ 4ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการกลุ่มมี5 กิจกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการดำเนินการในระยะเตรียมกลุ่ม และระยะเริ่มกลุ่ม ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกัน ก่อนเริ่มดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม โดยการพูดคุยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์พร้อมกับละลายพฤติกรรม เพื่อเปิดใจนำทาง สร้างความไว้วางใจแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแนะนำตัวเองเพื่อให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมขั้นตอนต่อไปของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นการดำเนินการระยะทำงานกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม โดยให้กลุ่มตัวอย่างควิดี ไอคการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพการณ์ของการคลอดตามความเป็นจริง และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาแล้วเล่าประสบการณ์นั้น และวิธีการเผชิญกับความเจ็บปวดให้กับสมาชิกกลุ่มรับฟัง จากนั้นพูดคุยอภิปรายเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวด พร้อมกับอธิบาย สาธิต และสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิควิธีการบรรเทาปวดต่างๆ

กิจกรรมที่ 3 การให้สัญญาใจต่อกัน โดยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นช่วยกันทำบัตรแรงใจ และนำมาเป็นปกของกลุ่มการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยแจกคู่มือให้หญิงตั้งครรภ์นำไปทบทวนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองที่บ้าน และมีการแลกเปลี่ยนเบอร์ โทรศัพท์ระหว่างสมาชิกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยกัน กิจกรรมดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 2 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ(อายุครรภ์ 34 สัปดาห์)

กิจกรรมที่ 4 เป็นการดำเนินการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทบทวนถึงการปฏิบัติที่เสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมาว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเองหรือไม่ เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทบทวนและสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่สามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์คลอด และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยครั้งที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ(อายุครรภ์ 36 สัปดาห์)

ครั้งที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ(อายุครรภ์ 36 สัปดาห์)

กิจกรรมที่ 5 เป็นการดำเนินการระยะยุคกลุ่ม ร่วมกันทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อติดตามผลการฝึกปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเจ็บปวดเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด เป็นการบอกให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบการสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

สื่อที่ใช้ประกอบ

1. วัสดุเอกสารสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การคลอด
2. การนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับกลไกการคลอด การเจ็บครรภ์คลอดเทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม
3. บัตรคำที่ใช้ชื่อว่า “บัตรแรงใจ” ประกอบด้วยภาพถ่ายทารก พร้อมข้อความลายเซ็นของหญิงตั้งครรภ์และข้อความที่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มร่วมกันเขียนให้กำลังใจ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
4. คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

โดยมีการแบ่งโครงสร้างกลุ่ม และการดำเนินการกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างกลุ่ม ประกอบด้วย

1.1 โครงสร้างทางกายภาพ ใช้สถานที่สอนโรงเรียนพ่อแม่ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งของภาคใต้ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 60 นาที จำนวน 3 ครั้ง

1.2 ผู้นำกลุ่ม เป็นผู้วิจัย

1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้ากลุ่มได้ตลอดทั้ง 3 ครั้ง

2. การดำเนินการกลุ่ม แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.1 ระยะเตรียมกลุ่ม เป็นการเตรียมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีความพร้อมในการเข้ากลุ่มชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ของหญิงตั้งครรภ์ การรักษาความลับ การถอนตัว ได้รับทราบข้อมูลสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ การประเมินผลซ้ำ รวมถึงการยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2.2 ระยะเริ่มกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน และให้สัญญาใจต่อกันระหว่างผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้ทราบถึงความเป็นมาของการดำเนินการวิจัยวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละครั้งและเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

2.3 ระยะทำงานกลุ่ม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงของตนเองได้เรียนรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด การคลอดปกติ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม และเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสมในระยะคลอด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม นำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจตัวเองและยอมรับผู้อื่น ได้ทบทวนปัญหา ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ตนเองไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด และหญิงตั้งครรภ์รู้จักตั้งเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น

2.4 ระยะยุติกลุ่ม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความตระหนักที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด

การให้สัญญาใจต่อกัน

การทำบัตรแรงใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน นำไปสู่ความรู้สึกผูกพัน ความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน
2. เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร ซึ่งจะทำให้รู้สึกคลายความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่ม
3. เพื่อนำบัตรแรงใจไปใช้เป็นปลอกของกลุ่มมือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ให้นำคู่มือไปฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะคลอด
เวลา 10 นาที

อุปกรณ์

กระดาษ A4 พับกลางเป็นการ์ด เท่าจำนวนสมาชิก

รูปภาพทารกน่ารักจำนวน 25 รูป

กาว ปากกา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเลือกภาพถ่ายทารก แล้วนำไปติดลงในกระดาษ A4 ที่เตรียมไว้ตามช่องที่กำหนดไว้
2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเขียนข้อความถึงลูกในท้องพร้อมลงชื่อในบัตรแรงใจของตัวเอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแลกเปลี่ยนบัตรแรงใจกัน แล้วเขียนข้อความให้กำลังใจกัน หรือคำสัญญาที่ให้ไว้ต่อกันพร้อมลงชื่อเบอร์โทรศัพท์
3. นำบัตรแรงใจของแต่ละคนเย็บติดกับคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
4. แจกคู่มือแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติเทคนิคการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อเจ็บครรภ์คลอดไปฝึกต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล

ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งจะประเมินหญิงตั้งครรภ์เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด โดยมีการประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง ตามการเปิดขยายของปากมดลูก.

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้รับการศึกษา
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
3. อาชีพ
 - () 1. แม่บ้าน
 - () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย
 - () 4. เกษตรกรรม
 - () 5. อื่นๆระบุ.....
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน
 - () 1. พอเพียง
 - () 2. ไม่พอเพียงไม่มีหนี้สิน
 - () 3. ไม่พอเพียงมีหนี้สิน
5. สถานภาพสมรส
 - () 1. แต่งงานอยู่ร่วมกับพ่อแม่
 - () 2. แต่งงานแต่แยกครอบครัวมาอยู่กับสามี
 - () 3. อยู่กันเฉยๆ
 - () 4. หย่า
 - () 5. อื่นๆระบุ.....

ข้อมูลทางสูติกรรม

1. ประวัติการตั้งครรภ์
 () ครรภ์แรก
 () ครรภ์หลัง
2. ประวัติการแท้ง
 () ไม่เคยแท้ง
 () เคยแท้ง ระบุ.....
3. อายุครรภ์.....สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดที่ 1 ของการคลอด

การเปิดขยายของปากมดลูก (cm.)		0-3 cm.	4-7 cm.	8-10 cm.
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	ระดับ	คะแนน	คะแนน	คะแนน
	คะแนน	ที่ได้	ที่ได้	ที่ได้
1. ด้านคำพูด - พูดอย่างหมดหวัง ค่า แข่ง โวยวายเสียงดัง ควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือร้องขอความช่วยเหลือเกินความจำเป็น - พูดบ่นถึงความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายบ้างหรือร้องขอความช่วยเหลือบ้าง - พูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทนพูดปลอบใจตัวเองหรือไม่พูดเลย	0			
	1			
	2			
2. ด้านการออกเสียง - ร้องเสียงดังต่อเนื่อง เอะอะ โวยวายหรือร้องไห้เสียงดัง - ร้องครางเบาๆ หรือร้องไห้เงียบๆ - ไม่มีเสียงครางใดๆ น้ำเสียงปกติ หรือไม่ร้องไห้เลย	0			
	1			
	2			
3. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย - เคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระสับกระส่าย เช่น เขย่าไม้กั้นเตียง ตบเตียง ดิ้นกระสับกระส่ายพลิกตัว บิดตัวไปมา หรือกระโดดลงจากเตียง - เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กำมือ จิกมือ ถู ลูบแขน ลูบตัวไปมา เกร็งเท้า - นั่งหรือนอนลูบท้องตามจังหวะของการปวด	0			
	1			
	2			

การเปิดขยายของปากมดลูก (cm.)		0-3 cm.	4-7 cm.	8-10 cm.
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	ระดับ คะแนน	คะแนน ที่ได้	คะแนน ที่ได้	คะแนน ที่ได้
4. ด้านการควบคุมการหายใจ				
- ไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ เช่น หายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติเกือบตลอดเวลา	0			
- ควบคุมการหายใจได้ไม่สม่ำเสมอ เช่น กลั้นหายใจหรือหายใจเร็วบางครั้ง	1			
- ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอตลอดเวลา	2			
5. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า				
- หลับตาดำแน่น คิ้วขมวด เม้มปาก กัดฟันแน่นทุกครั้งขณะมดลูกหดตัว	0			
- หลับตาดำแน่น คิ้วขมวด เม้มปากหรือขบริมฝีปากเป็นบางครั้งขณะมดลูกหดตัว	1			
- กล้ามเนื้อผ่อนคลาย สีหน้าเรียบเฉยหรือยิ้ม	2			
คะแนนรวม				

6.พฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์แสดงออกในระยะที่ 1 ของการคลอด นอกจากที่กล่าวข้างต้นมีอะไรบ้าง
 ระบุ

.....

ภาคผนวก ฉ
 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

“ Our Soul is for the Benefit of Mankind ”





การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอด



มลิวัลย์ รัตยา

Prince of Songkla University

วัตถุประสงค์

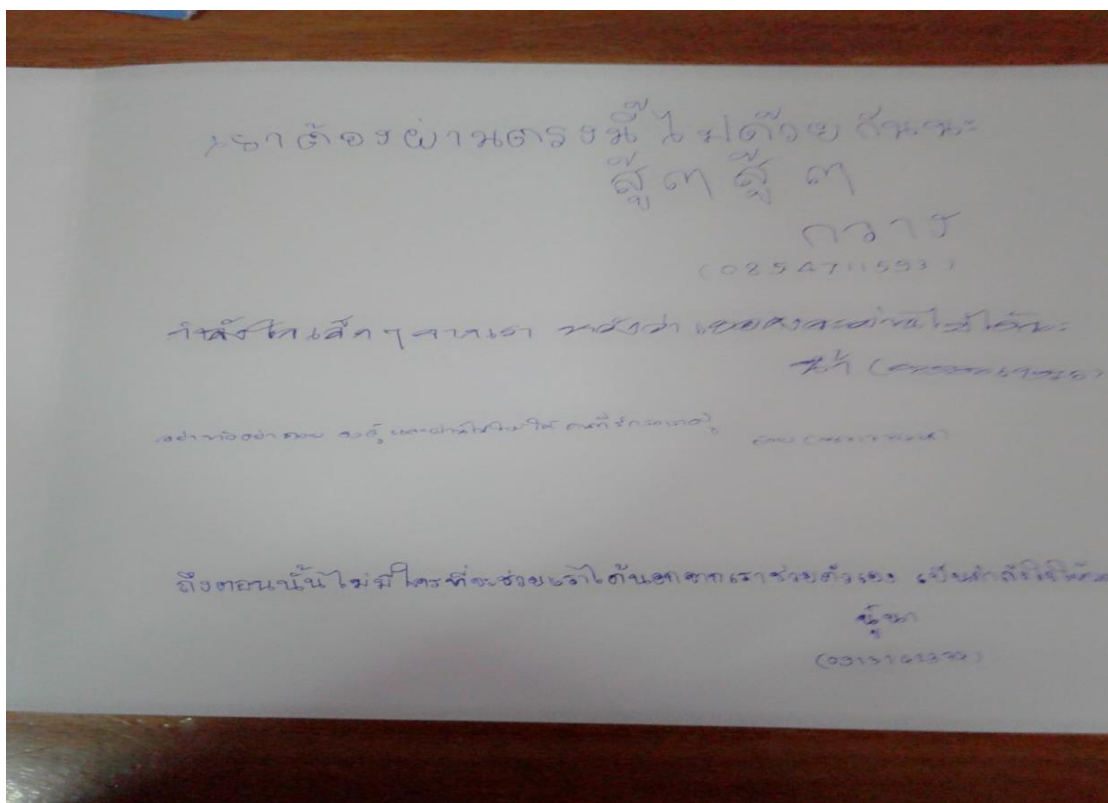
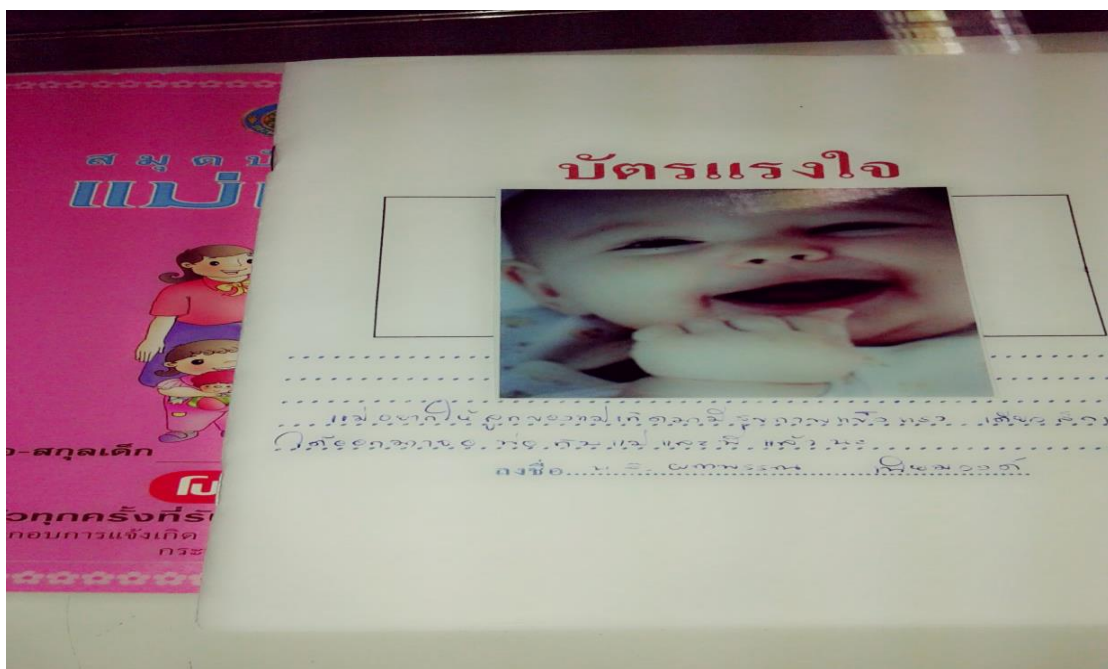


1. คุณแม่มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอด กระบวนการคลอด เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และผลกระทบจากการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม
2. คุณแม่สามารถเลือกวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับตัวเอง

Prince of Songkla University

ภาคผนวก ข

บัตรแรงใจ



ภาคผนวก ข

คู่มือ

การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

คู่มือ

การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น



จัดทำโดย

นางมลวิมลย์ รัตยา นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. จีรนาวิ ทศศรี และ ผศ.ดร. ทรงพร จันทรพัฒน์

ภาคผนวก ฅ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นอ.หญิง ดร.ทัศนีย์ เสมียนเพชร ร.น.
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช

3. คุณวรรณิ แก้วคงธรรม
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพัทลุง อ. เมือง จ. พัทลุง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางมลวิทย์ รัตยา	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421053	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตร์ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนียะลา	2540
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2547
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลพัทลุง จ. พัทลุง	

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

มลวิทย์ รัตยา. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. ในงานประชุมใหญ่วิชาการระดับชาติ: สหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคใต้ เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา ภาคใต้ เครือข่ายบริการสุขภาพเขต 11 และเครือข่ายบริการสาธารณสุขเขต 12: ตรัง