

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

จิราภา จิระกาล

นางสาววิชญา จิระกาล
ผู้วิจัย

วิมล งาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,
D.S.N. (Mother and Child Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปราณี ป้องเรือ

อาจารย์ปราณี ป้องเรือ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พัชรี เลิศฤทธิ

ศาสตราจารย์พัชรี เลิศฤทธิ,
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อริสมร งาม

รองศาสตราจารย์ศรีสมร งามนสกุล,
D.N.S.
ประธานหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

วิไล จิมมู

นางสาววิไล จิมมู

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์พูลสุข หิงคานนท์,

ค.ค. (บริหารการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมณสกุล,

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ปรานี ป้องเรือ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี

D.S.N. (Mother and Child Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์

โรคหัวใจ

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงด้วยดีไม่ได้ หากไม่ได้รับความเมตตากรุณาและคำแนะนำที่ดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ปรานี ป้องเรือ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุลและรองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ห้วยน้ำห่อผู้ป่วยและบุคลากรทุกท่านของหน่วยฝากครรภ์ และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล หัวหน้าสาขาการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษา ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน (Supported in part by the Thesis Grant, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University) ในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิชาและคุณแม่วิไลวรรณ จิระกาล และบุคคลในครอบครัวทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และพี่ ๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ รหัส 58 และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจที่ดี ส่งผลให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสิ้นโดยสมบูรณ์

วิษญา จิระกาล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด
THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY AND BIRTH
SATISFACTION OF PARTURIENTS

วิษญา จิระกาล 5836851 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : จันทิมา ขนบดี, D.S.N., ปราณี ป้องเรือ, Ph.D.

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยผู้วิจัยใช้การทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอดร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้นหลังคลอดที่โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 200 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้คือ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด / ความพึงพอใจต่อการคลอด

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY
AND BIRTH SATISFACTION OF PARTURIENTS

WICHAYA JIRAKARN 5836851 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N.,
PRANEE PONGRUA, Ph.D.

ABSTRACT

This study was a descriptive research aimed at studying the relationship between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction of parturients. The researcher used reviews of textbooks, documents and researches related to birth satisfaction and Albert Bandura's Self-Efficacy Theory as a conceptual framework for the study. The subjects were 200 parturients visiting the Antenatal Care Unit for antenatal care, gave birth and stayed at postpartum unit at Ramathibodi Hospital, Phramongkutklao Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital in May – August 2017. The subjects were purposively sampled based on inclusion criteria. Data collection instruments consisted of Demographic Data Questionnaires, the Childbirth Self-Efficacy Inventory and the Birth Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. According to the findings, perceived childbirth self-efficacy significantly correlated with birth satisfaction at a statistical significance of $r = .64$, $p < .05$. In terms of recommendations from this study, nurses should promote perceived childbirth self-efficacy in parturients to help them build satisfaction in future childbirth ability.

KEY WORDS: PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY / BIRTH
SATISFACTION

144 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 คำถามการวิจัย	6
1.5 สมมติฐานการวิจัย	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.8 นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
2.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด	9
2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	15
2.3 ความพึงพอใจต่อการคลอด	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	40
3.3 สถานที่เก็บข้อมูล	40
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	54
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	63
6.1 ข้อจำกัดในการวิจัย	64
6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	81
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	109
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย	110
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	115
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	129
ภาคผนวก จ หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ	133
ภาคผนวก ฉ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	136
ภาคผนวก ช ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	139
ภาคผนวก ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย	143
ประวัติผู้วิจัย	144

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	50
4.2	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด	52
4.3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและ ผู้คลอดครรภ์หลัง	52
4.4	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจต่อ การคลอดโดยรวม	53
4.5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	53

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	6
2.1	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	16
2.2	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และการคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม	17

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีค่าและพิเศษ แต่ในขณะเดียวกันถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้คลอดด้วยเช่นกัน เนื่องจากในระยะคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ทางด้านร่างกายจากการหดตัวของมดลูกที่มากขึ้นเป็นระยะ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด พักผ่อนได้น้อยลง เกิดความเหนื่อยล้าและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Hottenstein, 2005; Ladewig, London, Davidson, Jelliffe, Jelliffe, & Crump, 2006; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016; Neerland, 2013; Pillitteri, 2010) ทางด้านจิตใจ ผู้คลอดจะเกิดความเครียดและความกลัวจากการที่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและรู้สึกโดดเดี่ยวจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Essex & Pickett, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008) ความเครียดและความกลัวที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นความเจ็บปวดในระยะคลอดให้เพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรความกลัว-ความเครียด-ความปวด (Dick-Read, 1984) วงจรดังกล่าวทำให้ผู้คลอดรู้สึกไม่มั่นคง รับรู้ทัศนคติและประสบการณ์การคลอดไม่ดี (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Oweis, 2009) เพื่อที่จะผ่านเหตุการณ์ในระยะคลอดได้นั้น ผู้คลอดจึงต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการคลอดที่ดี เผชิญความปวดในระยะคลอดและควบคุมตนเองในระยะคลอดให้ได้ร่วมกับการได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีในการคลอด นำไปสู่ความพึงพอใจต่อการคลอด (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Drummond & Rickwood, 1997)

ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ทัศนคติ ความคาดหวัง หรือประสบการณ์เชิงบวกที่ผู้คลอดคาดหวังไว้ในระยะคลอด หรือความพึงพอใจของผู้คลอดที่มีต่อความสามารถของตนเองในตลอดระยะคลอด (คิวพร สุตเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2557; Ford, Ayers, & Wright, 2009; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Rudman, El-Khoury, & Waldenstrom, 2007) ซึ่งการที่ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดนั้นเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยภายใน เป็นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากผู้คลอดเอง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อน และ

ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้คลอด (Ahmar & Tarraf, 2014; Guedes & Canavarro, 2015; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999) ซึ่งความพึงพอใจในความสามารถของผู้คลอดเป็นความรู้สึกพึงพอใจว่า ผู้คลอดประสบผลสำเร็จและใช้ความมั่นใจของตนเองในการเผชิญความปวดและการควบคุมตนเองขณะคลอด (Karlstrom Nystedt, & Hildingsson, 2015) อีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นความพึงพอใจในด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างการคลอด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้ให้การดูแล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย สตรีแพทย์ พยาบาลและญาติใกล้ชิด (ศิริพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2557; Yurachai, 2006; Tampawiboon, 2005) และการบริหารจัดการในระยะคลอด เช่น การได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวด (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพอย่างหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบ่งบอกได้ว่าผู้คลอดสามารถผ่านพ้นระยะคลอดได้ด้วยดี มีประสบการณ์การคลอดที่ดี (สุกัญญา ปรีชญกุล, จวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556; Slade, MacPherson, A Hume, & Maresh, 1993; Waldenstrom, 1999) ผู้คลอดที่มีความพึงพอใจต่อการคลอดจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต เกิดความมั่นใจในตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ (Simkin, 1992) นำไปสู่การปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อทารก และพัฒนาความรู้สึกรักใคร่ผูกพันตลอดจนประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ลดปัญหาการใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งทารก (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Afusat Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997) นอกจากนี้ ผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและพึงพอใจต่อการคลอดจะรู้สึกมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Simkin, 1992) ในทางตรงกันข้าม ผู้คลอดที่ไม่พึงพอใจต่อการคลอดจะเกิดความเครียดและความวิตกกังวล (Bertucci et al., 2012; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006) มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Soet, Brack, & DiIorio, 2003) มีสภาพอารมณ์แปรปรวน (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005) ก้าวการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ต่อไป (Gottvall & Waldenstrom, 2002; Waldenstrom, Rudman, & Hildingsson, 2006) และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา (Symon, MacDonald, & Ruta, 2002)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอด ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะแสดงออกถึงการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดได้ (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee, & Chan,

2012; Gourounti, Kouklaki, & Lykeridou, 2015; Lowe, 1989; 1991, Larsen, O'Hara, Brewer, & Wenzel, 2001) ปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554) และควบคุมตนเองได้ดีในระยะเจ็บครรภ์คลอด (จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุกสีมานนท์, 2558; Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Lowe, 1991; Tanglakmankhong, 2010) การที่ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดและควบคุมตนเองได้ดีในระยะคลอดนั้นจะส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996)

การศึกษาในอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสถานการณ์การคลอดเฉพาะด้าน เช่น ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง ด้านการเผชิญความปวดในระหว่างคลอด เป็นต้น (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002; Knapp, 1996; Yurachai, 2006) โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยพบเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมต่างๆ หรือรูปแบบบริการทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้คลอด (ชนิษฐา ใจชื่น, 2553; ศิริวรรณ ยืนยงและนันทน์ภัส รักไทย, 2554; ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2557; Yurachai, 2006) อีกทั้ง ผู้คลอดจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของตนในทุกครั้งที่มีการคลอด ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการคลอดที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจในสมรรถนะของตนของผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ซึ่งการทำความเข้าใจถึงความพึงพอใจในความสามารถในการคลอดของผู้คลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดแตกต่างกัน จะนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการคลอดให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, 2004; Hodnett, 2002)

1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ผู้วิจัยใช้การทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอดร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่บุคคลใช้ตัดสินความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1977; 1986; 1994; 1997) แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอว่า บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งเกิดขึ้นก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นความคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเป็นพลวัตที่สามารถแปรผันได้ตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (level) ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (generality) และความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (strength) แบนดูรา (Bandura, 1997) ยังกล่าวอีกว่า บุคคลสามารถสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากการเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ 4 แหล่ง (source of self-efficacy) ประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) เป็นการจูงใจหรือให้แรงเสริมทางบวกจากบุคคลอื่นด้วยวาจา เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การเรียนรู้ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience) เป็นการสังเกตประสบการณ์ในการเผชิญสถานการณ์เดียวกันจากตัวแบบ อาจเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (enactive mastery experience) เป็นความสำเร็จของเหตุการณ์ทั้งที่เกิดจากประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์อื่นๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่ออยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ และ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคล โดยพิจารณาผ่านทางสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

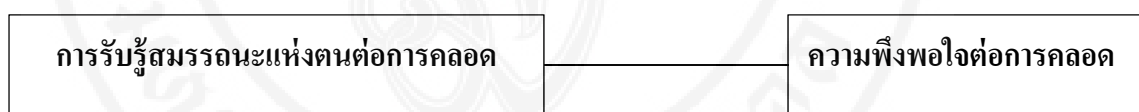
สถานการณ์การคลอดเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้คลอดว่าตนเองต้องปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดเพื่อให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดและประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้จึงเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งโลว์ (Lowe, 1991; 1993) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาศึกษาในผู้คลอด และสรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นการรับรู้ความสามารถของผู้คลอดที่จะควบคุมตนเองเพื่อเผชิญสถานการณ์การคลอดและปฏิบัติพฤติกรรม

ในระยะคลอดที่เหมาะสม เช่น การควบคุมตนเองขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยใช้เทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด การร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลขณะคลอด เช่น ขณะตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด (จันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุขสีมานนท์, 2558; จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญญา วิชกุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2553; Asghari & Nicholas, 2001; Lowe, 1991; Slade, Escott, Spiby, Henderson, & Fraser, 2000) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด และการรับรู้ของผู้คลอดที่จะสามารถผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดี และจะส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997)

ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ทักษะคิดเชิงบวกของผู้คลอดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (สุชาดา รัชชกุล, 2550; Bramadat & Driedger, 1993; Hodnett, 2002) เป็นการประเมินของผู้คลอดว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้ตามที่คาดหวังไว้ (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Fair & Morrison, 2012; Rudman, El-Khoury, & Waldenstrom, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้คลอดจะมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดเกิดขึ้นจากปัจจัย 2 ปัจจัย ปัจจัยแรก คือ ปัจจัยภายในซึ่งเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อน โดยปัจจัยเหล่านี้ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดโดยตรง (Ahmar & Tarraf, 2014; Hodnett, 2002; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999) และยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ส่วนปัจจัยภายในอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความมั่นใจในความสามารถในการคลอดของผู้คลอด ซึ่งครอบคลุมถึงการควบคุมตนเองในการคลอด ความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด (Lowe, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้คลอดที่สามารถควบคุมตนเองในการคลอดและเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้จะมีประสบการณ์ที่ดีและเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996) อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการคลอด ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากผู้ให้การดูแล เช่น สูติแพทย์ พยาบาลและญาติใกล้ชิด (สิวพร สุดเพชร, 2557; Tampawiboon, 2005; Yurachai, 2006) และการบริหารจัดการในระยะคลอด เช่น การได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวด (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom et al., 2004) รวมไปถึงความรู้สึกได้รับ

ความพลอดภัยและการได้รับความเป็นส่วนตัว (Ghani, Mahmoud, & Berggren, 2011; Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrami, 2015) ซึ่งปัจจัยภายนอกเป็นความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างคลอด

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะศึกษาเฉพาะความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในที่เฉพาะเจาะจงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีของผู้คลอดโดยตรง และนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการคลอด โดยไม่ได้นำปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษา เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจต่อการคลอด อีกทั้ง ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดในประเทศไทย และไม่ได้นำปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับการดูแลระหว่างการคลอดและการบริหารจัดการในระยะคลอดมาศึกษาเช่นกัน เนื่องจากเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้คลอดที่มีผลการศึกษามากมายพบแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

1.4 คำถามการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดหรือไม่

1.5 สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยทำการศึกษาในผู้คลอด จำนวน 200 ราย ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลโดยการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการคลอดเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด

1.7.2 ด้านการบริหาร นำผลการวิจัยไปปรับปรุงคุณภาพและพัฒนาการบริการทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดมากยิ่งขึ้น

1.7.3 ด้านการศึกษาและการวิจัย เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด อีกทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจต่อการคลอดได้อย่างเฉพาะเจาะจงกับปัญหาได้อีกด้วย

1.8 นิยามศัพท์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด หมายถึง การรับรู้ความเชื่อมั่นของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมสถานการณ์การคลอดและเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอดได้ ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ

การคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก

ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึก หรือทัศนคติเชิงบวกที่ผู้คลอดมีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดที่ผ่านมา ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) จากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
ความพึงพอใจต่อการคลอด

2.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งปากมดลูกบางและเปิดออกจนหมด เพื่อขับทารก เชื้อหุ้มทารก รก และน้ำคร่ำที่อยู่ภายในโพรงมดลูกผ่านหนทางคลอดออกสู่ภายนอก (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553; Bertucci et al., 2012; Pillitteri, 2010) กระบวนการคลอดแบ่งได้เป็น 4 ระยะ (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016; Murray & McKinney, 2014; Varney, Kriebs, & Geger, 2004) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) เป็นระยะที่ผู้คลอดเจ็บครรภ์จริง คือระยะที่ผู้คลอดมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอและเริ่มมีการเปิดขยายของปากมดลูก จนถึงระยะที่ปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) ระยะนี้เป็นระยะคลอดที่ยาวนานที่สุด ซึ่งผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 8-24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ย 12 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 6-12 ชั่วโมง โดยเฉลี่ย 6 ชั่วโมง ระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ในระยะนี้การหดตัวของมดลูกจะมีความถี่และสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นทุก 5 นาที ความแรงของการหดตัวจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พร้อมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้คลอดเกิดความไม่สุขสบาย

จากความปวดที่บริเวณหลังและหน้าท้องส่วนล่าง แต่ในระยะนี้ผู้คลอดจะยังมีความถี่จากการหดตัวของมดลูกไม่มาก ผู้คลอดจึงยังมีการรับรู้ที่ดีและสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ (ประภาศรี เกิดเกรียงไกร, ปราณี ชีระโสภณ, ปิยะนุช บุญเพิ่ม และอุสาห์ สุกรพันธ์, 2542; สีนินาฏ หงษ์ระนัย, 2555) โดยผู้คลอดจะมีการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น พยายามทำบทบาทอิสระของตนเอง เช่น การขอเข้าห้องน้ำแทนการใช้หมอนอน สนใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้และใช้เทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี (Walker, 2016)

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร โดยผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 4.6 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 2.4 ชั่วโมง ในระยะนี้พบว่าปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากการหดตัวของมดลูกที่มีความถี่และสม่ำเสมอมากขึ้นทุก 2-5 นาที ความแรงของการหดตัวของมดลูกอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากและการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งจะนานประมาณ 40-60 วินาที การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำลงเข้าสู่อุ้งเชิงกราน ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง หงุดหงิดเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด มีความวิตกกังวลแสดงออกทางสีหน้า แววตาและท่าทาง ควบคุมตนเองได้น้อยลง โดยผู้คลอดบางรายไม่สามารถใช้เทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดได้สำเร็จ และต้องการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นในการบรรเทาความเจ็บปวด (Walker, 2016)

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของการคลอดที่ใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด โดยผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้คลอดจะมีความถี่ของการหดตัวของมดลูกมากขึ้นทุก 2-3 นาที การหดตัวของมดลูกอยู่ในระดับที่รุนแรงและยาวนานมากขึ้นประมาณ 60-90 วินาที การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้คลอดจะมีความปวดมากขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ของผู้คลอดน้อยลง อีกทั้งการที่ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำลงจะกระตุ้นให้ผู้คลอดต้องการเบ่งคลอดโดยไม่สามารถควบคุมได้ หากผู้คลอดเบ่งคลอดก่อนปากมดลูกเปิดหมด อาจส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดยาวนานขึ้น (สินินาฏ หงษ์ระนัย, 2555)

การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 1 ของการคลอดตามที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญกับผู้คลอดอย่างมาก เนื่องจากมีระยะเวลานานและการหดตัวของมดลูกเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้คลอดจึงควรมีพฤติกรรมปรับตัวในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้ด้วยดีและมีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญญา วิภูถ, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; ทศนีย์ คล้ายจำ, 2556) การศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ผู้คลอด

ใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ดังการศึกษาของ เอสคอตต์ และคณะ (Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการเผชิญความปวดในระยะคลอด ด้วยการสัมภาษณ์ผู้คลอดครรภ์แรกชาวอังกฤษ จำนวน 23 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกส่วนใหญ่ใช้เทคนิคการเผชิญความปวดด้วยวิธีเดียวกันกับการจัดการความปวดอื่นๆ ที่เคยเกิดขึ้นในอดีต โดยกลยุทธ์ที่ผู้คลอดใช้ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลยุทธ์ ได้แก่ การใช้วิธีการคิดซึ่งแบ่งเป็นการเพ่งความสนใจไปที่ความเจ็บปวดจากการหดตัวมดลูกแต่ละครั้ง และการไม่สนใจความเจ็บปวดด้วยการคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ คิดถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุน บอกตนเองว่าสามารถทำได้ ส่วนอีกกลยุทธ์หนึ่ง คือ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวด ซึ่งพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกใช้การเปลี่ยนท่าและเคลื่อนไหวตามความต้องการมากที่สุด รองลงมา คือ การหายใจเข้า-ออกช้าๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของสปีบาย และคณะ (Spiby, Slade, Escott, Henderson, & Fraser, 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกวิธีในการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดของผู้คลอดชาวอังกฤษจำนวน 121 ราย พบว่า ผู้คลอดเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายร่างกายมากที่สุด รองลงมา คือ การหายใจเข้า-ออกช้าๆ และการเปลี่ยนท่าตามที่ต้องการ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์น-ลินช์ (Byrne-Lynch, 1991) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้คลอด จำนวน 60 ราย พบว่า ผู้คลอดเลือกใช้วิธีการควบคุมตนเองด้วยการเดินหรือนั่งตัวตรง หายใจเข้าออกถี่ๆ บีบกำสิ่งของต่างๆ และการลูบหน้าท้อง ซึ่งวิธีการและกลยุทธ์ต่างๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกบรรเทาจากความเจ็บปวดในระยะคลอดและสามารถเผชิญกับสถานการณ์การคลอดได้ดี นอกจากนี้กลยุทธ์ที่ผู้คลอดใช้ในการจัดการกับความปวดด้วยตนเองแล้ว การได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้การดูแลในระยะคลอด เช่น การกอดนวดบริเวณหลัง การใช้ความร้อนและความเย็นประคบบริเวณต่างๆ ของร่างกาย (จิราวรรณ คล้ายวิเศษ, 2558; ทศนีย์ คล้ายขำ, 2556; Spiby, Slade, Escott, Henderson, & Fraser, 2003) เป็นวิธีการจัดการกับความปวดในระหว่างเจ็บครรภ์คลอดได้อีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้คลอดจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์การคลอดที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีนั้นผู้คลอดต้องได้รับการเตรียมตัวตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของเพลินพิศ พรหมรักษ์ (Promrak, 2004) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลานะที่ 1 ของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การฝึกการหายใจขณะคลอด การฝึกการผ่อนคลายร่างกาย การเปลี่ยนท่าทางขณะคลอด การได้รับการนวดหลัง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดแบบผสมผสานมีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.32, p < .001$ และ $t = 8.81, p < .001$ ตามลำดับ) ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.47, p < .001$) และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.53, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยพร นิสสัยกล้า (2550) ที่ศึกษาผลของการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 44 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกสติด้วยวิธีเพ่งความสนใจไปที่จังหวะการเคลื่อนไหวของร่างกายในทุกอิริยาบถ จำนวน 22 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 ราย พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวมีความเครียดและความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จะเห็นได้ว่า ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้คลอดจะมีกลยุทธ์ต่างๆ ในการเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดด้วยตนเอง ทั้งการผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก การหายใจเพื่อบรรเทาความปวด การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด การคิดถึงบุคคลรอบข้าง การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าและการอาบน้ำทอ ซึ่งกลยุทธ์ต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากรู้ตัวตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การได้รับโปรแกรมการเตรียมคลอดหรือประสบการณ์การควบคุมความเจ็บปวดที่ผ่านมาในอดีต (Escott, Spiiby, Slade, & Fraser, 2004) โดยผู้คลอดเองจะต้องรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวด้วยตนเอง ผู้คลอดจึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อเผชิญสถานการณ์การคลอด ร่วมกับการได้รับการดูแลระหว่างการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดหมด จนถึงทารกคลอดออกมาทั้งตัว โดยผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาที ระยะนี้การหดตัวของมดลูกยังคงถี่และมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ผู้คลอดจะรู้สึกไม่สบายจากการที่ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำไปกดบริเวณทวารหนัก และอู้งเชิงกราน รวมทั้งความปวดจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้น ปวดบริเวณฝีเย็บและข้อต่อต่างๆ ในระยะนี้ผู้คลอดจะมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้คลอดมีความสามารถในการรับรู้สิ่งต่างๆ น้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอาจสูญเสียการควบคุมตนเองได้ โดยผู้คลอดอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วย

เช่น ไม่ให้ความร่วมมือกับพยาบาลผดุงครรภ์และร้องไห้อาวววย นอกจากนี้ หากผู้คลอดเบ่งคลอดแล้ว ไม่มีความก้าวหน้า จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความท้อแท้ ล้มหวังได้ (จิราพร วรวงศ์, 2558; Bryanton et al., 2008) ซึ่งระยะที่ 2 ของการคลอดมีช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่าในระยะที่ 1 ของการคลอดแต่ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้คลอดควรเบ่งคลอดตามธรรมชาติ มากกว่าการเบ่งคลอดโดยมีผู้กำกับการคลอด (Roberts, 2002) เนื่องจากการกำกับการคลอด โดยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมดและให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอนหงายจะส่งผลให้เพิ่มอัตราของทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน การศึกษาของแฟลฟีเย็บและเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด (Roberts & Hanson, 2007) ดังการศึกษาของของมณีวรรณ บุระชัย (Yurachai, 2006) ที่ศึกษาผลของวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติกับการเบ่งคลอดแบบควบคุมต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดฝีเย็บ ในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่โรงพยาบาลกุดบากและโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งแบบธรรมชาติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยการควบคุมจากพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ประจำในห้องคลอด จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งแบบธรรมชาติมีความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง และ 12-24 ชั่วโมงหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยการควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความระดับความปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยการควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งแบบธรรมชาติมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยการควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จะเห็นได้ว่า ในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะต้องเผชิญกับความปวดที่รุนแรงขึ้นเพื่อให้เกิดกลไกการคลอด จนกระทั่งให้กำเนิดทารก ผู้คลอดจะต้องเบ่งคลอดด้วยตนเอง โดยการควบคุมการเบ่งคลอดด้วยตนเองของผู้คลอดจะมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีกว่าตามที่กล่าวข้างต้น ซึ่งผู้คลอดที่จะควบคุมการเบ่งคลอดได้ดีจะต้องมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองขณะเบ่งคลอด รับรู้การควบคุมตนเอง ไม่ร้องเอะอะโวยวายและให้ความร่วมมือในการดูแลระหว่างการคลอด ระยะที่ 2 ของการคลอดจึงจะผ่านไปได้ด้วยความสำเร็จ (สินีนานู หงษ์ระนัย, 2555; Yurachai, 2006)

ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดทั้งตัวจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีทั้งผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง ระยะนี้ผู้คลอดยังความรู้สึกไม่สบายและปวดจากการหดตัวของมดลูกภายหลังการคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะที่รกคลอดครบจนถึงระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ระยะนี้ผู้คลอดจะได้พักผ่อนแต่ยังคงรู้สึกไม่สบายได้จากการหดตัวของมดลูก การได้รับบาดเจ็บของหนทางคลอดและการมีแผลฝีเย็บ

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้คลอดอย่างมาก (พริยา สุภศรี, 2551) เนื่องจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากความปวดอื่นๆ ที่ผู้คลอดเคยได้รับ และยังเป็นความปวดที่รุนแรงมากกว่าความปวดจากสาเหตุอื่นๆ (ศศิธร พุ่มดวง, 2554) อีกทั้งการหดตัวของมดลูกยังส่งผลให้ปากมดลูกมีการเปิดขยาย และทำให้มีมูกเลือดหรือสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอดก่อให้เกิดความไม่สบายเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016; Pillitteri, 2010) ความไม่สบายและความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้คลอดพักผ่อนได้น้อยลง และเกิดความอ่อนล้าได้มากที่สุด (Ladewig et al., 2006) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้คลอดส่วนใหญ่รับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัวและทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่คาดเดาไม่ได้ในการเจ็บครรภ์คลอดและในระยะคลอด (Chuahorm, Sripichyakarn, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007) อีกทั้งในบริบทของห้องคลอดที่ไม่อนุญาตให้ครอบครัวหรือนุคลิกใกล้ชิดเข้ามาอยู่ด้วยในระหว่างรอคลอดและขณะคลอด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าคุณต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยเพียงลำพัง นอกจากนี้ ในห้องคลอดมีกลิ่นน้ำยาที่ใช้ในโรงพยาบาล เสียงรบกวนจากความเจ็บปวดของผู้คลอดรายอื่น เครื่องมือการแพทย์ และการได้รับหัตถการต่างๆ ของผู้คลอด เช่น การให้น้ำทางหลอดเลือดดำและการตรวจภายในสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและความวิตกกังวล (Essex & Pickett, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008) ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายผู้คลอดเกิดภาวะเครียด กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวผิดปกติและรุนแรงมากขึ้น (Dick-Read, 1984) เกิดความเหนื่อยล้า และมีระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน (ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตถวงศ์, 2554; Adams & Bianchi, 2008)

การคลอดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ โดยเป้าหมายสูงสุดของการคลอด คือ ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้ด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด นำไปสู่การมีประสบการณ์ที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Bryanton et al., 2008; Christiaens & Bracke, 2007; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Lowe, 1991; 1993; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) ดังนั้น เพื่อให้ผู้คลอดจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้อย่างราบรื่น ผู้คลอดจะต้องมีการปรับตัวที่ดี ปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

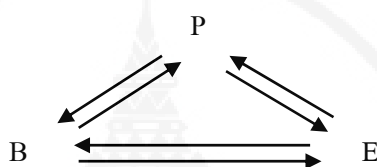
โดยการใช้เทคนิคต่างๆ ที่ผู้คลอดสามารถฝึกฝนและเรียนรู้มาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การใช้เทคนิคเพื่อการผ่อนคลายร่างกาย การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดในระยะคลอด เป็นต้น ร่วมกับการได้รับการดูแลระหว่างการคลอด (Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004) นอกจากนี้ ผู้คลอดเองจะต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่บุคคลคาดหวังไว้ และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรายังกล่าวอีกว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถสร้างและพัฒนาได้ตลอดเวลาจากแหล่งการเรียนรู้ต่างๆ โดยในบริบทของผู้คลอดสามารถฝึกฝนและพัฒนาเทคนิคต่างๆ เพื่อเผชิญสถานการณ์การคลอดได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์การคลอด และปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในระยะคลอดเพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดตามที่ผู้คลอดคาดหวังไว้ได้ (จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2558; จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญญา วิชกุล, และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; Asghari & Nicholas, 2001; Lowe, 1991; Slade, Escott, Spiby, Henderson, & Fraser, 2000)

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

2.2.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) พัฒนาโดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา (Bandura, 1977; 1986; 1994; 1997) โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ในความสามารถของบุคคลที่จะกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1977; 1986; 1994; 1997) การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมใดนั้น แบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันระหว่าง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factor) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factor) และ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (environment factor) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลอาจถูกกำหนดได้จากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก อารมณ์และการรับรู้จากภายในตัวบุคคลได้ ในขณะที่พฤติกรรมของบุคคลอาจจะได้รับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรืออิทธิพลทางสังคมที่ถูกกระตุ้นจากการเรียน การสอน ตัวแบบต่างๆ หรือการชักจูง

ทางสังคม โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเช่นกัน อีกทั้งสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามพฤติกรรมของบุคคลจะกำหนดลักษณะของพฤติกรรมของบุคคลด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ไม่ได้สัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม โดยบางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย และแต่ละปัจจัยไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และช่วงเวลาที่ยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีอิทธิพลต่อปัจจัยอื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1986; 1997) อธิบายได้ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Bandura, 1997: 6)

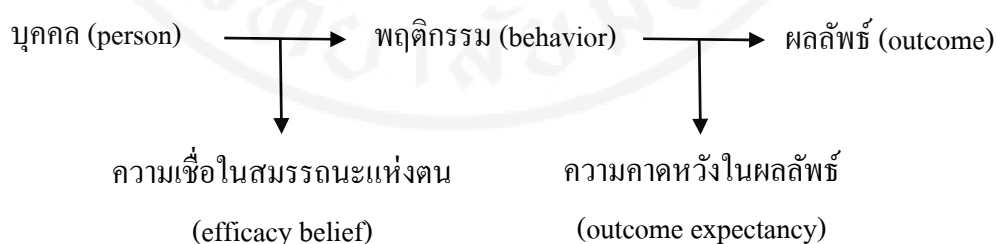
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ ซึ่งบุคคลเดียวกันหรือบุคคลที่มีทักษะคล้ายคลึงกันอาจมีการปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลต่อสถานการณ์นั้น บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างต่อสถานการณ์นั้นๆ จะมีความอดสาเห มุ่งมั่น กล้าเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในทางกลับกัน หากบุคคลไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะหลีกเลี่ยงปัญหา ขาดแรงจูงใจ และไม่มี ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1986; 1997) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลัก 2 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) เป็นการตัดสินใจระดับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ โดยการตัดสินใจความสามารถของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ความยากง่ายของพฤติกรรม (level) 2) ความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (generality) และ 3) ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (strength) ซึ่งจะกล่าวถึงภายหลังในบริบทของผู้ตลอด

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นการพิจารณาผลการกระทำของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม โดยความคาดหวังในผลลัพธ์สามารถ

เกิดขึ้นได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effect) เช่น ความเจ็บปวดเป็นผลเชิงลบ หรือความสุขสบายเป็นผลเชิงบวก 2) ผลลัพธ์ด้านสังคม (social effect) เช่น การถูกลงโทษเป็นผลเชิงลบ หรือการได้รับคำชมเชยเป็นผลเชิงบวก และ 3) ผลลัพธ์จากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self evaluative reaction to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกไม่มีคุณค่าเป็นผลเชิงลบ หรือ ความพึงพอใจเป็นผลเชิงบวก

โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ประการมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น นักกีฬาว่ายน้ำเชื่อว่าตนเองสามารถว่ายน้ำ 100 เมตร ได้ในเวลา 1 นาที ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินความสามารถตนเอง นั้นหมายถึง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ส่วนการได้รับคำชมเชยจากสังคม การได้เหรียญรางวัล ความพึงพอใจในตนเอง เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม นั้นหมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ทั้งนี้ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม บุคคลต้องประเมินแล้วว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ผลลัพธ์จึงจะเป็นไปตามสิ่งที่บุคคลคาดหวัง ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกิดจากการที่บุคคลพิจารณาแล้วว่า จะได้รับประโยชน์ บุคคลจึงจะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมเป็นผลสำเร็จของบุคคลนั้นที่เกิดจากการได้ลงมือกระทำจริง โดยที่ผลลัพธ์ไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดขึ้น แต่ผลลัพธ์คือสิ่งที่เกิดตามมาจากพฤติกรรม ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1977; 1986; 1997) ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม (Bandura, 1997: 22)

นอกจากนี้ ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ยังพบว่า บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (source of self-efficacy) ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไปในบริบทของผู้คลอด

2.2.2 ความหมายและความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้คลอดอย่างมาก (Chuahorm et al., 2007; Roberts, Gulliver, Fisher, & Cloyes, 2010) เนื่องจากผู้คลอดอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ทั้งจากคำบอกเล่าจากผู้อื่นหรือการมีประสบการณ์การคลอดโดยตรงมาทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอด แต่หากผู้คลอดมีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้เหมาะสม ผู้คลอดจะสามารถผ่านสถานการณ์วิกฤตในระยะคลอดไปได้ด้วยดี (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิทยกุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554) โลว์ (Lowe, 1991) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้อธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้คลอดเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด โดยโลว์ (Lowe, 1991) ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดว่าเป็นกระบวนการทางความคิดของผู้คลอดในการรับรู้ความเชื่อมั่นของตนเองที่จะสามารถจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Lowe, 1991; 1993) ซึ่งโลว์ (Lowe, 1991) อธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้คลอดเพื่อปรับตัวในระยะคลอดตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986; 1997) ว่าผู้คลอดที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ความเจ็บปวดในระยะคลอดได้จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เช่น การดูหน้าห้อง การหายใจเพื่อบรรเทาความปวด เป็นต้น นั่นคือ ผู้คลอดมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (belief efficacy) ส่วนการที่ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้นั้น คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ของผู้คลอด

นอกจากนี้ โลว์ (Lowe, 1991) ยังอธิบายอีกว่า ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของแต่ละบุคคลแตกต่างกันใน 3 มิติ ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) ความยากง่ายของพฤติกรรม (level) 2) ความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (generality) และ 3) ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (strength) โดยสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. ความยากง่ายของพฤติกรรม (level) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคลตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะกระทำ บุคคลที่มีข้อจำกัดในความสามารถของตนเอง จะขาดความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เมื่อต้องกระทำกิจกรรมที่ยากจะเกิดความล้มเหลว ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่จะปฏิบัติง่าย บุคคลจะมั่นใจที่จะกระทำ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก (Bandura, 1997) เช่นเดียวกับในบริบทของผู้คลอด ซึ่งในระยะคลอดผู้คลอดสามารถหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ได้ง่ายกว่าการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) หากผู้คลอดที่มีการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ยากในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากด้วย ซึ่งผู้คลอดจะสามารถหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้ เช่นเดียวกับระยะปากมดลูกเปิดช้า (Lowe, 1991)

2. ความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (generality) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการนำพฤติกรรมจากสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหรือสถานการณ์ใกล้เคียงมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ หากเหตุการณ์นั้นเคยประสบความสำเร็จมาก่อน บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากต่อสถานการณ์นั้น (Bandura, 1997) ซึ่งในสถานการณ์การคลอด ผู้คลอดที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมาก่อนย่อมมีความคุ้นเคยกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991; 1993) แต่ก็มีการศึกษาพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยเผชิญสถานการณ์ความเจ็บปวดในระยะคลอดมาก่อน อาจใช้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันได้ เช่น อาการปวดประจำเดือน อาการปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งผู้คลอดอาจนำมาประยุกต์ใช้ในการเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ จะช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถจัดการกับความปวดในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากได้เช่นเดียวกัน (Kish, 2003; Lowe, 1991; Niven & Gijssbers, 1996; Schwartz, Toohill, Creedy, Baird, Gamble, & Fenwick, 2015; Sun, Hung, Chang, & Kuo, 2010)

3. ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (strength) หมายถึง การรับรู้ความเชื่อมั่นของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม นั่นคือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ แม้ว่าจะมีอุปสรรคใดๆ ก็ตาม บุคคลจะมีความมุ่งมั่น เพียรพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในบริบทของผู้คลอดก็เช่นเดียวกัน หากผู้คลอดเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดได้ ผู้คลอดจะใช้เวลาพยายามและให้ความร่วมมือกับพยาบาลผดุงครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดให้เหมาะสม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการคลอด (Bandura, 1977; Lowe, 1991)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก จะรับรู้คุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ดี และมีการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของกูรูนติและคณะ (Gourounti, Kouklaki, & Lykeridou, 2015) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกชาวกรีก จำนวน 145 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($r = .24, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของโลว์ (Lowe, 1993) ที่ศึกษาความมั่นใจในการคลอดของผู้คลอดชาวอเมริกัน จำนวน 351 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้

สมรรถแห่งตนต่อการคลอดมากจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองมากเช่นกัน ($r = .21, p < .01$) อีกทั้งผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากยังสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ ดังเช่นการศึกษาของชอยและคณะ (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee & Chan, 2012) ที่ศึกษาในผู้คลอดชาวจีน จำนวน 550 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะมีการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ($r = .80, p < .005$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายของสิริณา สิ้นคำรงค์ (Sindamrong, 2004) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 89 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในการจัดการกับความปวดสามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ($\beta = .36, p < .01$)

นอกจากการที่ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะรับรู้คุณค่าในตนเองและสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ดีแล้ว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ยังส่งผลให้ผู้คลอดการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ($r = .47, p < .05$) ซึ่งหากพิจารณาในรายด้านพบว่า ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความยากง่ายของพฤติกรรม 3 อันดับแรก ได้แก่ การสังเกตว่าทารกในครรภ์ดิ้นขณะกำลังมีการหดตัวของมดลูก รองลงมา คือ ผู้คลอดจะสามารถผ่อนคลายด้วยการใช้วิธีต่างๆ เช่น การนวด การลูบท้อง และคิดว่าตนเองสามารถพักผ่อนในช่วงที่มดลูกคลายตัวด้วยการหลับตาสักครู่ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม พบว่า 3 อันดับแรก คือ ผู้คลอดพยายามเบ่งคลอดด้วยตนเอง นอนท่านอนหงายระหว่างการคลอด และพยายามหาความรู้เกี่ยวกับการคลอด ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้คลอดสามารถหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการคลอดได้ รองลงมาคือ สามารถรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดได้อย่างถูกต้อง และเชื่อว่าตนเองสามารถเบ่งคลอดได้ และนอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้คลอดที่มีความคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ($r = .37, p < .05$ และ $r = .40, p < .05$ ตามลำดับ) อีกทั้ง ยังพบการศึกษาของสตร็อกแมนและอัลท์ไมเยร์ (Strockman & Altmaier, 2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดในระยะคลอดของผู้คลอดชาวอเมริกัน จำนวน 43 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะสามารถเผชิญความปวดในระยะ

คลอดได้โดยไม่ต้องได้รับยาบรรเทาปวด ซึ่งผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในระยะคลอดสำเร็จ ได้แก่ การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดและการเบ่งคลอดตามที่พยาบาลผดุงครรภ์แนะนำ และสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในระยะคลอดได้

นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังมีความแตกต่างกัน ดังการศึกษาของโลว์ (Lowe, 1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดชาวอเมริกัน จำนวน 351 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคงและคณะ (Tanglakmankhong, Perrin, & Lowe, 2011) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดชาวไทย จำนวน 148 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.64, p < .01$) และการศึกษาของชวอร์ธซ์และคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดชาวออสเตรเลีย จำนวน 1410 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งขัดแย้งกับบางการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลังไม่แตกต่างกัน (Ip, Chan, & Chien, 2005; Sinclair & O'Boyle, 1999) ดังการศึกษาของดรัมมอนด์และริควูด (Drummond & Rickwood, 1997) ที่ศึกษาในผู้คลอดชาวออสเตรเลีย จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลังมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดไม่แตกต่างกัน ($t = .058, p > .05$)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับช่วงเวลาและสถานการณ์และแปรผันได้ 3 มิติ ตามที่กล่าวข้างต้น โดยผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะรับรู้คุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ ควบคุมตนเองได้ดีในระยะคลอด และปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคนิคในการผ่อนคลายต่างๆ การพยายามเบ่งคลอดด้วยตนเอง ตลอดจนการรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ยังเชื่ออีกว่าบุคคลสามารถสร้างและพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้ตลอดชีวิต ซึ่งผู้คลอดสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้เช่นเดียวกัน

2.2.3 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถสร้างและพัฒนาได้จากการเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ 4 แหล่ง ดังต่อไปนี้

2.2.3.1 การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) หมายถึง การพูดชักจูงให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ (Bandura, 1997) โลว์ (Lowe, 1991) กล่าวว่า การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถทำได้ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด เช่น กระบวนการคลอด เทคนิคในการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอด จะช่วยให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ในระยะคลอดให้สำเร็จตามที่คาดหวัง นอกจากนี้การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นยังร่วมไปถึงการได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดอีกด้วย ซึ่งการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงนี้สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะต่อการคลอดในผู้คลอดได้ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; Kish, 2003) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นอาจจะได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร จึงแนะนำว่าควรพัฒนาร่วมกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ ด้วย

2.2.3.2 การเรียนรู้ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้รับอิทธิพลจากตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1997) ซึ่งผู้คลอดสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตความสำเร็จในการเผชิญสถานการณ์การคลอดจากบุคคลอื่น ทั้งจากตัวแบบที่เป็นบุคคลด้วยคำบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการคลอดทั้งจากมารดา ญาติ หรือเพื่อน และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือเกี่ยวกับการคลอด คลิปวิดีโอการคลอด เป็นต้น (Kish, 2003; Lowe, 1991) เมื่อผู้คลอดได้รับข้อมูลจากประสบการณ์และแบบอย่างความสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์การคลอด ผู้คลอดจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้ว่าตนเองจะสามารถทำได้เช่นกัน ผู้คลอดจึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากตามมา (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

2.2.3.3 การเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (enactive mastery experience) ซึ่ง แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีตเป็นแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่นเดียวกับ ในบริบทของผู้คลอดที่พบว่า ผู้คลอดครั้งที่ 2 จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครั้งแรก เนื่องจากผู้คลอดที่เคยประสบความสำเร็จ

ในการเผชิญสถานการณ์ในการคลอดมาก่อน ซึ่งผู้คลอดครรภ์แรกจะมีข้อจำกัดในเรื่องการเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991; 1993) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า ผู้คลอดอาจใช้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การคลอดเพื่อช่วยมีความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถจัดการกับความปวดในระยะคลอด เช่น อาการปวดประจำเดือน อาการปวดศีรษะ เป็นต้น

2.2.3.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการประเมินผ่านทางสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ หากบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลจะส่งผลให้ร่างกายเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ นำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Bandura, 1986; 1987; 1997) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะเกิดความเจ็บปวดจากการคลอดเกิดความกลัวและวิตกกังวลได้เช่นกัน ดังนั้นผู้คลอดที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความกลัวและความวิตกกังวลในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมจะสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ (Lowe, 1991)

การที่ผู้คลอดได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ผู้คลอดจะสามารถเผชิญความปวดและควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ ดังการศึกษาเชิงเปรียบเทียบของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ (Howharn, 2008) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมคลอดด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในการเผชิญกับความปวดของผู้คลอดครรภ์แรก ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นผู้คลอดกลุ่มทดลองจำนวน 30 รายที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดจำนวน 3 ครั้ง โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด 4 แหล่งข้อมูลตามแนวคิดของเบนคูรา ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับอีกสองการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; ณัฐนิชา คำปาละ, 2546) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเพื่อส่งเสริมในด้านการควบคุมตนเองในระยะคลอด ดังการศึกษาของจันทนา โปรยเงิน และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย โดยโปรแกรมนี้นำเสนอการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด วิธีการผ่อนคลายและควบคุมตนเองขณะคลอด การได้เห็นความสำเร็จจากบุคคลอื่นด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่เคยมีประสบการณ์

การคลอดมาก่อน และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในระยะคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ตามแนวคิดของเบนคูรา พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดดีกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .01$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้คลอดได้รับการพัฒนาแหล่งการเรียนรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดทั้ง 4 แหล่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครร์ก ผู้คลอดจะสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ ควบคุมตนเองได้ดีในระยะคลอด และปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย

2.2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้และการเตรียมคลอด ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวล และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ของอายุและระดับการศึกษาของผู้คลอดกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ดังการศึกษาของศิริมา สินดำรงค์ (Sindamrong, 2004) ที่ศึกษาในผู้คลอดครั้งแรกที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 89 ราย พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ($r = .30, p < 0.1$ และ $r = .22, p < 0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด (Ip, Chan, & Chien, 2005; Salomonsson, Gullbherg, Alehagen, & Wijma, 2013; Schwartz et al., 2015) นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษาแล้ว ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอด คือ การเตรียมคลอดและความรู้เกี่ยวกับการคลอด (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 2000; Schwartz et al., 2015) ดังเช่น การศึกษาของอิฟ และคณะ (Ip, Tang, & Goggins, 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกชาวจีน จำนวน 133 ราย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีนัยอย่างสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของวาเซห์ และคณะ (Vasegh, Rahimparvar, Hamzehkhani, Geranmayeh, & Rahimi, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม

คอมพิวเตอร์ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกชาวอิหร่าน จำนวน 150 ราย พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของทาเฮรี และคณะ (Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดชาวอิหร่าน จำนวน 130 ราย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในผู้คลอดชาวไทยในการศึกษาของจารูวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ที่ศึกษาผลของการเตรียมคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ในผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกหลังได้รับการเตรียมเพื่อคลอดมีการเผชิญความปวดและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดดีกว่าก่อนได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความกลัวการคลอดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด (Lowe, 2000; Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013) โดยโลวี (Lowe, 2000) กล่าวว่า ความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จะทำให้ผู้คลอดขาดความมั่นใจในการคลอดทางช่องคลอดและรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสวีสท์และคณะ (Swift, Gottfredsdottir, Zoega, Gross, & Stoll, 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกคลอดด้วยวิธีธรรมชาติในผู้คลอดชาวไอซ์แลนด์ จำนวน 410 ราย ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีความกลัวการคลอดในระดับน้อยจะมีความตั้งใจในการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติมากกว่าผู้ที่มีความกลัวการคลอดในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งผู้คลอดที่มีความมั่นใจในการคลอดระดับมากจะมีความตั้งใจในการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติมากกว่าผู้คลอดที่มีความมั่นใจในการคลอดระดับปานกลางและระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของบาห์ล และคณะ (Bahl, Strachan, & Murphy, 2004) ที่ศึกษาผลของความกลัวการคลอดต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในผู้คลอดชาวอเมริกัน จำนวน 283 ราย พบว่า ผู้คลอดที่กลัวการคลอดจะขาดความมั่นใจในตนเองต่อการคลอด และเลือกคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ดังหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ที่พบว่า ผู้คลอดที่กลัวการคลอดมากจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดต่ำ โดยผู้คลอดที่รู้สึกกลัวการคลอดจะไม่กล้าพูดเกี่ยวกับการคลอด คิดถึงเกี่ยวกับการคลอดตลอดเวลา และนอนไม่หลับ (Saisto & Halmesmaki, 2003; Zar, Wijma, & Wijma, 2001) นอกจากความกลัวการคลอดแล้ว

ยังพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเช่นกัน การศึกษาของบีเบ และคณะ (Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, & Humphreys, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อการคลอดกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกชาวอเมริกันจำนวน 35 ราย พบว่า ความวิตกกังวลต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = -.40, p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของซุง และคณะ (Cheung, Ip, & Chan, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกชาวจีน จำนวน 90 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลต่อการคลอดมากจะมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์การคลอดต่ำ ($r = .02, p < .05$) จะเห็นได้ว่าความกลัวการคลอดและความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้ต่างๆ ที่ผู้คลอดได้รับตั้งแต่ตั้งครรภ์จากแหล่งการเรียนรู้ต่างๆ และการเตรียมตัวเพื่อคลอดจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดได้ และนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่มากขึ้น (Khaikin, Marcus, Kelishek, & Balik, 2016; Kizilirmak & Baser, 2016; Tilden, Caughey, Lee, & Emeis, 2016; Sercekus & Baskale, 2016; Sydsjo, Blomberg, Palmquist, Angerbjorn, Bladh, & Josefsson, 2015)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในระยะคลอด พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด (Bryanton et al., 2008) ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถให้สามีหรือญาติเข้าไปดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้นั้น การได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ จากการศึกษาของกิบบินส์ และทอมสัน (Gibbins & Thomson, 2001) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้คลอดกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกชาวอังกฤษ จำนวน 8 ราย พบว่า ผู้คลอดจะมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์การคลอดมากขึ้นเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของซิดส์โจและคณะ (Sydsjo, Blomberg, Palmquist, Angerbjorn, Bladh, & Josefsson, 2015) ที่ศึกษาการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ตลอดระยะเวลาในการคลอดของผู้คลอดชาวสวีเดน จำนวน 14 ราย พบว่า ผู้คลอดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหากผู้คลอดมีความวิตกกังวลน้อยลงจะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก แต่การได้รับการสนับสนุนจากสามีมีความสำคัญเช่นกัน ในบริบทของโรงพยาบาลบางแห่งสามารถให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในระยะคลอดได้ การศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีจะมีความมั่นใจในการคลอด ดังเช่นการศึกษาของการศึกษาของอิตตานาซิโอ และคณะ (Attanasio, McPherson, & Kozhimannil, 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในการคลอดกับประสบการณ์คลอดทางบวกในผู้คลอดครรภ์แรกชาวอเมริกา จำนวน 1573 ราย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการ

การสนับสนุนจากสามีจะมีความมั่นใจในการคลอด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของครัมมอนด์ และ ริควูด (Drummond & Rickwood, 1997) ที่ศึกษาในผู้คลอดชาวออสเตรเลีย จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนในระหว่างการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ($r = 0.14, p > .05$) สำหรับในบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทยนั้น ห้องคลอด จะไม่อนุญาตให้สามีหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดระหว่างการคลอด พยาบาล ผดุงครรภ์จึงเป็นผู้ดูแลหลักในห้องคลอด

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ และระดับการศึกษา ส่งผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดไม่มาก แต่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลในด้านความรู้และการเตรียมตัวคลอดส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เนื่องจากความรู้และการเตรียมตัวคลอดเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในเรื่องของการพัฒนาแหล่งการเรียนรู้ 4 แหล่งตามคิดของแบนดูรา ทั้งในด้านการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นด้วยการได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเรียนรู้ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น โดยการศึกษาจากตัวแบบที่เป็นผู้คลอดที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนหรือสื่อต่างๆ เช่น หนังสือหรือวิดีโอเกี่ยวกับการคลอด อีกทั้งความรู้และการเตรียมตัวคลอดยังสามารถช่วยเสริมแหล่งข้อมูลในด้านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้จากการช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอีกด้วย โดยความรู้และการเตรียมตัวคลอดอาจจะไม่ได้ช่วยส่งเสริมในเรื่องการเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีต ซึ่งเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญอีกแหล่งการเรียนรู้หนึ่ง ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความวิตกกังวลและความกลัวการคลอดส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดลดลง นอกจากนี้พบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากพยาบาลผดุงครรภ์และสามีหรือญาติผู้ใกล้ชิด ซึ่งจะเป็นการช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในด้านใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น โดยการได้รับกำลังใจได้อีกด้วย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการคลอดของผู้คลอดที่ควรได้รับการประเมิน

2.2.5 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่าเป็นความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) นั่นคือ บุคคลที่มีความรู้อย่างเดียวจะไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้หากไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) เสนอเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า ควรประเมินจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงและจำเป็นต้องกระทำ ซึ่งสามารถประเมินได้ 2 แบบ ประกอบด้วย 1) ประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จหรือไม่ 2) ประเมินจากระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่จะประเมินความมั่นใจในสิ่งที่กำลังปฏิบัติพฤติกรรมว่ามีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดนั้น สามารถประเมินได้จากการประมาณค่าหรือการแบ่งช่วงความมั่นใจตั้งแต่ไม่มั่นใจเลยจนถึงมั่นใจมากที่สุด โดยการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควรประเมินจากการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการประเมิน

สำหรับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดก็เช่นเดียวกัน การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะเป็นการประเมินการรับรู้ความเชื่อมั่นของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การผ่อนคลายร่างกาย การหายใจขณะเจ็บครรภ์คลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง การเพ่งความสนใจไปในที่ต่างๆ และเพ่งความสนใจไปที่การหดตัวของมดลูก รวมไปถึงการคิดถึงบุคคลอื่น เช่น ครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างที่ทำให้กำลังใจ (Lowe, 1993) โดยงานวิจัยส่วนใหญ่จะประเมินตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยจะสอบถามถึงความมั่นใจของผู้คลอดในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดจากไม่มั่นใจเลยจนถึงมีความมั่นใจมากที่สุด ซึ่งผู้คลอดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดจะเป็นตัวตัดสินได้ว่า ผู้คลอดจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอดและผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดี (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีปัจจัยที่มีผลกระทบตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้คลอดในระยะคลอด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญสถานการณ์การคลอดของผู้คลอด ซึ่งการที่ผู้คลอดจะเผชิญสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ความมั่นใจในตนเองต่อการคลอดและแหล่งข้อมูลที่ได้รับ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดยังส่งผลถึงผลลัพธ์ของการคลอดอีกด้วย ซึ่งการมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและความพึงพอใจในความสามารถของตนต่อการคลอดจัดเป็นผลลัพธ์ด้านอารมณ์

และความรู้สึก (soft outcome) ที่มีความสำคัญในการประเมินผลจากการคลอด (สุชาดา รัชชกุล, 2550; Bramadat & Driedger, 1993; Lomas, Dore, Enkin, & Mitchell, 1987)

2.3 ความพึงพอใจต่อการคลอด

2.3.1 ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจต่อการคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553; Pillitteri, 2010) ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ทางการคลอดให้ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากการประเมินผลลัพธ์ทางด้านร่างกายจากการที่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดปลอดภัยแล้ว การประเมินทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจในความสามารถของตนต่อการคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน (Ahmar & Tarraf, 2014; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014; Lee, 2000; Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn, & Ekstrom, 2013) โดยความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นการประเมินด้านอารมณ์และความรู้สึก (soft outcome) ที่มีความซับซ้อนและให้ความหมายได้ยาก เนื่องจากขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดและการรับรู้ของแต่ละบุคคล แต่มีนักวิจัยจำนวนหนึ่งพยายามหาความหมายและวิธีในการประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด เพื่อที่จะเข้าใจถึงความพึงพอใจต่อการคลอด และพัฒนาคุณภาพการคลอดให้ดียิ่งขึ้น (Ahmar & Tarraf, 2014; Christiaens & Bracke, 2007; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้อธิบายความหมายของการมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและการมีความพึงพอใจต่อการคลอดไว้หลากหลาย ดังเช่นการศึกษาของคาร์ลสตรอมและคณะ (Karlstrom et al., 2015) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความหมายของการมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดชาวสวีเดน จำนวน 26 ราย พบว่า การมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและพึงพอใจต่อการคลอดเกิดขึ้นจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน คือ ความรู้สึกถึงความสามารถของผู้คลอดว่าตนเองมีความสามารถและมั่นใจในการคลอด ประกอบไปด้วย ความรู้สึกมั่นใจ การเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ และการควบคุมให้ตนเองสามารถผ่อนคลายและเผชิญสถานการณ์การคลอดได้ ส่วนปัจจัยภายนอก คือ ความรู้สึกไว้วางใจและการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด ประกอบด้วย ความรู้สึกได้รับความปลอดภัย การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ และการสนับสนุนในระยะคลอดร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่า การรับรู้ถึงความสามารถในตนเองของ

ผู้คลอด้ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด้จะส่งผลให้ผู้คลอด้มีประสบการณ์การคลอด้ที่ดี และพึงพอใจต่อการคลอด้ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้และความพึงพอใจต่อการคลอด้ส่วนใหญ่ศึกษาโดยรวมทั้งจากการได้รับการดูแลระหว่างการคลอด้ ร่วมกับ ความพึงพอใจในตนเองของผู้คลอด้กับการเผชิญความปวดและความสามารถในการควบคุมตนเองระหว่างคลอด้ (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002) และศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับ และความพึงพอใจในการพยาบาลในระยะคลอด้ (จันทิมา ชินสร้อย, 2549; ขนิษฐา ใจชื่น, 2553) โดยไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด้โดยตรง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความพึงพอใจต่อการคลอด้ในบริบทของความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในผู้คลอด้เท่านั้น

ผู้คลอด้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้ที่ดีสะท้อนถึงผู้คลอด้นั้นมีความพึงพอใจต่อการคลอด้ ซึ่งคอลลิสเตอร์ (Callister, 2004) กล่าวว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด้ทางบวกเป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด้ รู้สึกประสบความสำเร็จและภูมิใจจากการที่รับรู้ว่าคุณเองสามารถให้กำเนิดทารกได้ ผู้คลอด้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้ทางบวกจะรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในขณะคลอด้ได้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกมั่นใจในการคลอด้ และรู้สึกว่า การคลอด้เป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตนเอง ซึ่งความรู้สึกทั้งหมดนี้ คือ การที่ผู้คลอด้มีความพึงพอใจต่อการคลอด้ (บุญทวี สุนทรลิมศิริ, 2551; สุนิษา โตโสภณ, 2559; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ ความพึงพอใจต่อการคลอด้จึงหมายถึง ทักษะคิดเชิงบวก หรือการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้เชิงบวกของผู้คลอด้ที่มีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด้

ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นของความพึงพอใจต่อการคลอด้ พบว่า ผู้คลอด้ที่มีความพึงพอใจต่อการคลอด้จะสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อทารก และพัฒนาความรู้สึกรักใคร่ผูกพันได้ (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997) ดังการศึกษาของเบนนิงตัน (Bennington, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดในผู้คลอด้ระยะหลังคลอด้จำนวน 300 ราย พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งผู้คลอด้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอด้ดีจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด้ นอกจากนี้พบว่า ผู้คลอด้ที่มีความพึงพอใจ

ต่อการคลอดและมีประสบการณ์ที่ดีในการคลอดจะรู้สึกว่าคุณค่าประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนหนึ่ง สามารถควบคุมสถานการณ์การคลอดได้ รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกดีกับแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ (Simkin, 1991) ในทางตรงกันข้าม ผู้คลอดที่ไม่พึงพอใจต่อการคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวนและเกิดโรคเครียดได้ ดังการศึกษาในเชิงคุณภาพของชอย และคณะ (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005) เกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 24 ราย พบว่า ผู้คลอดที่ไม่พึงพอใจต่อการคลอดและมีประสบการณ์การคลอดไม่ดีจะรู้สึกผิดหวัง ละอายใจ และมีสภาพอารมณ์แปรปรวนในระยะหลังคลอด

ส่วนผลในระยะยาวของความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีและพึงพอใจต่อการคลอดจะรู้สึกมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Simkin, 1992) แต่หากผู้คลอดไม่สามารถผ่านสถานการณ์ในระยะคลอดได้จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการคลอด (Mohammad, Alafi, Mohammad, Gamble, & Creedy, 2014) ซึ่งการศึกษาของซูท และคณะ (Soet, Brack, & DiIorio, 2003) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจของผู้คลอดจำนวน 130 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดทางลบและไม่พึงพอใจต่อการคลอดจะมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง (posttraumatic stress disorder) ในระยะหลังคลอดได้ นอกจากนี้การศึกษาก็อตวาลล์ และวอลเดนสตรอม (Gottvall & Waldenstrom, 2002) ในผู้คลอดจำนวน 617 ราย พบว่า ประสบการณ์การคลอดด้านลบและความไม่พึงพอใจต่อการคลอดส่งผลให้ผู้คลอดมีจำนวนบุตรน้อยลงและเว้นระยะการมีบุตรนานขึ้น อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดที่ก่อให้เกิดความเครียด อารมณ์แปรปรวนส่งผลให้ผู้คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา (Symon, MacDonald, & Ruta, 2002)

จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรส่งเสริมให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด

2.3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อการคลอด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อมั่นในตนเองและปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับการดูแลระหว่างการคลอด และการบริหารจัดการในระยะคลอด ได้แก่ การได้รับยาเร่งคลอดและการได้รับยาบรรเทาปวด

ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดปัจจัยแรก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการคลอดมีผลกับความพึงพอใจ

ต่อการคลอด จากทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของอาห์มาร์ และทาร์ราฟ (Ahmar & Tarraf, 2014) เกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมและประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดชาวอังกฤษ จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อย ผู้คลอดที่มีรายได้ต่อเดือนสูงมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้คลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดมากกว่า 1 ครั้งจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของกูเดสและคานาวาร์โร (Guedes & Canavarro, 2015) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อยชาวโปรตุเกส โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีอายุน้อยกว่า จำนวน 105 ราย และอายุน้อย จำนวน 93 ราย พบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอายุน้อยมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อย และการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) ศึกษาในผู้คลอดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 195 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดต่ำ นอกจากนี้ การศึกษาของวอลเดนสตรอม (Waldenstrom, 1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดชาวสวีเดน จำนวน 111 ราย พบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ และระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2002) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ จำนวนครั้งของการคลอด และระดับการศึกษา มีผลกับความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการคลอดมาเป็นตัวแปรในการศึกษาแต่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินลักษณะประชากร

ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอด โลว์ (Lowe, 1991) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนต่อการคลอดจะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจและใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อที่จะควบคุมตนเองและเผชิญเหตุการณ์ระหว่างการคลอดให้ได้ ซึ่งผู้คลอดสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา ที่กล่าวมาข้างต้น (Bandura, 1997; Lowe, 1991) โดยพบว่าแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด คือ การเรียนรู้ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1997; Tanglakmankhong, Perrin, & Lowe, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของดรัมมอนด์ และริกวูด (Drummond & Rickwood, 1997) ที่ศึกษาในผู้คลอดชาวออสเตรเลีย จำนวน 100 ราย

พบว่า ประสิทธิภาพการคลอດครั้งก่อนมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอດมากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการคลอດ ในบริบทของประเทศไทย หน่วยฝักครรท์ทุกโรงพยาบาลจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอດในระยะสุดท้ายของการตั้งครรท์ (กรมอนามัย, 2556) ซึ่งการให้ความรู้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรท์ส่งผลให้ผู้คลอດมีการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอດที่ดี และมีความพึงพอใจต่อการคลอດ ดังการศึกษาของอาห์มาร์และทาร์ราฟ (Ahmar & Tarraf, 2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอດในผู้คลอດชาวอังกฤษ จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้คลอດที่มีการเตรียมตัวเพื่อคลอດ เช่น การอ่านหนังสือ คู่มือการคลอດ จะมีความพึงพอใจต่อการคลอດมากกว่าผู้คลอດที่ไม่มีการเตรียมตัวเพื่อคลอດ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอດที่มีความมั่นใจในการคลอດจะเลือกคลอດด้วยการคลอດทางช่องคลอດและสามารถเผชิญสถานการณ์การคลอດได้ดี (Zamani-Alavijeh, Shahry, Kalthory, Haghighizadeh, Sharifirad, & Khorsandi, 2011)

การศึกษาที่กล่าวข้างต้นในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอດ ที่พบว่า ผู้คลอດที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอດ และควบคุมตนเองให้ผ่านสถานการณ์การคลอດได้ (จันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุกสิมานนท์, 2558; จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; ณัฐนิชา คำปาละ, 2546; Sindamrong, 2004) ซึ่งการที่ผู้คลอດสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมตนเองระหว่างคลอດส่งผลให้ผู้คลอດมีประสิทธิภาพการคลอດที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอດ ดังการศึกษาของเน็ปปี้ (Knapp, 1996) ที่ศึกษาผลของการรับรู้การควบคุมตนเองระหว่างคลอດต่อความพึงพอใจต่อการคลอດในผู้คลอດครรท์แรกชาวอเมริกันที่คลอດทางช่องคลอດ จำนวน 80 ราย พบว่า การรับรู้การควบคุมตนเองระหว่างการคลอດมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอດ ($r = 0.68, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของแฟร์ และมอร์ริสัน (Fair & Morrison, 2012) ที่ศึกษาในผู้คลอດครรท์แรกชาวอเมริกัน จำนวน 31 ราย พบว่า ประสิทธิภาพการควบคุมตนเองในระยะคลอດและสุขภาพผู้คลอດและทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอດ ($r = .83, p < .001$ และ $r = .36, p < .05$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของกู๊ดแมนและคณะ (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004) ศึกษาในผู้คลอດที่คลอດทางช่องคลอດชาวอเมริกัน จำนวน 60 ราย พบว่า ความสามารถในการควบคุมตนเองขณะคลอດและความเจ็บปวดในระยะคลอດมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอດ ($r = .59, p < .001$ และ $r = -.29, p < .05$ ตามลำดับ) และการศึกษาของคริสเทียนส์ และแบร์ค (Christiaens & Bracke, 2007) ศึกษาในผู้คลอດชาวเบลเยียม จำนวน 560 ราย พบว่า การควบคุมตนเองมีอิทธิพลกับความพึงพอใจต่อการคลอດ ($B = .14, p < .001$) ซึ่งการที่ผู้คลอດรับรู้

ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์การคลอดได้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

แนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการสนับสนุนโดยการศึกษาของกมลทิพย์ ดังหล็กมันคง (Tanglakmankhong, 2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการคลอดกับประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 195 ราย พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ($r = .21$, $p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของเบเรนท์สัน-ชอว์ และคณะ (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy beliefs) กับประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกชาวนิวซีแลนด์ จำนวน 230 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด ($r = .19$, $p < .01$) และการศึกษาของคันเควโร และคณะ (Cunqueiro, Comeche, & Docampo, 2017) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดและความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดชาวสเปน จำนวน 276 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอด ($r = .46$, $p < .001$) และผู้คลอดที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ดีจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด ($\beta = .50$, $p < .001$) ซึ่งนอกจากความพึงพอใจต่อการคลอดจะเกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อมั่นของผู้คลอดแล้ว ความพึงพอใจต่อการคลอดยังเกิดจากปัจจัยภายนอก คือ การดูแลที่ได้รับระหว่างการคลอดด้วย

การได้รับการดูแลระหว่างการคลอดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนการคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์มีผลต่อความพึงพอใจของผู้คลอด ดังเช่นการศึกษาของมณีวรรณ ยุระชัย (Yurachai, 2006) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีแบ่งคลอดแบบธรรมชาติกับการแบ่งคลอดแบบควบคุมโดยพยาบาลผดุงครรภ์ต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดฝีเย็บในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่โรงพยาบาลกุดบากและโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้แบ่งแบบธรรมชาติ จำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนให้แบ่งแบบควบคุมซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ประจำในห้องคลอด จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของสุชาดา รัชชกุล (2550) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดที่คลอดด้วยวิธี

ธรรมชาติและคลอดด้วยวิธีเร่งคลอดในผู้คลอดครั้งแรกและผู้คลอดครั้งที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในผู้คลอด จำนวน 272 ราย แบ่งเป็นผู้คลอดที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ 136 ราย และ คลอดโดยการเร่งคลอด 136 ราย พบว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดทั้ง 2 วิธีอยู่ในระดับมาก แต่พบว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดทั้ง 2 วิธีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดของกชกร ตัมพวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) ที่ศึกษาผลของการเตรียมตัวเพื่อคลอดต่อความกลัว พฤติกรรมการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ และความพึงพอใจการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอด จำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดมีความพึงพอใจการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การได้รับการดูแลระหว่างการคลอด ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากสามีและญาติใกล้ชิดกับความพึงพอใจต่อการคลอด ดังเช่น การศึกษาของสิวพร สุดเพชร (2557) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริวรรณ ยืนยง (2554) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดตามที่ผู้คลอดเลือกเอง ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2002) ได้ทบทวนวรรณกรรม จำนวน 137 รายงาน พบว่า การช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอดและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะคลอดเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลอย่างมากกับความพึงพอใจต่อการคลอด

ความพึงพอใจต่อการคลอดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก อีกปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ การบริหารจัดการในระยะคลอด จากการได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวด โดยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับยาเร่ง

คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้รับยาเร่งคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) (สุปราณี อัทธเสฐี และเขาวลัดกัน เสรีเสถียร, 2531) เนื่องจากการได้รับยาเร่งคลอดจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความถี่และความแรงจากการหดตัวเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษาของวอลเดนสตรอมและคณะ (Waldenstrom et al., 2004) ที่พบว่า การได้รับยาเร่งคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีและไม่พึงพอใจต่อการคลอด ส่วนการได้รับยาบรรเทาปวด พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Hodnett, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของลาสันและคณะ (Larsson et al., 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกชาวสวีเดน จำนวน 541 ราย พบว่า การได้รับยาบรรเทาความปวดส่งผลทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($b = -1.13$, $SE = .46$, $OR = .32$) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีจะสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อการคลอด โดยขัดแย้งกับการศึกษาของอห์มาร์และทาราฟ (Ahmar & Tarraf, 2014) พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับยาบรรเทาปวดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด เนื่องจากผู้คลอดที่ได้รับยาบรรเทาปวดจะรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี และทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดสามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และปัจจัยภายนอก คือ การได้รับการดูแลระหว่างการคลอดทั้งจากพยาบาลผดุงครรภ์และสามีหรือญาติใกล้ชิด และการบริหารจัดการในระยะคลอด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่นำปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด และไม่นำปัจจัยปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับการดูแลระหว่างการคลอดและการบริหารจัดการในระยะคลอดมาศึกษาเช่นกัน เนื่องจากเป็นปัจจัยเสริมที่มีผลการศึกษามากมายพบแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเพียงปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตนเองของผู้คลอดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้คลอดในระยะคลอด ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด

2.3.4 การประเมินความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การประเมินความพึงพอใจเป็นการดีค่าของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นโดยสะท้อนออกมาเป็นความรู้สึก (soft outcome) (Linder-Pelz & Struening, 1985) ซึ่งวิธีการประเมินความพึงพอใจพบได้ 3 รูปแบบ 1) การสัมภาษณ์ 2) การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีการประเมินความพึงพอใจที่พบ

มากที่สุด และ 3) การประมาณความพึงพอใจด้วยการใช้ส่ายตาประมาณค่า (Visual scale) (Bowman, Herndon, Sharp, & Dignan, 1992; Sofaer & Firminger, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า ทั้งหมดเป็นการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประเมินความพึงพอใจใน 2 รูปแบบ คือ 1) ความพึงพอใจจากการได้รับการดูแลระหว่างการคลอด เป็นการประเมินความคาดหวังของผู้คลอดต่อการพยาบาลที่จะได้รับกับการพยาบาลที่ผู้คลอดได้รับจริง (ชนิษฐา ใจชื่น, 2553) และ 2) ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด โดยพบว่า บางการศึกษาประเมินโดยการนำแบบวัดการควบคุมตนเองขณะคลอด (Labor agency scale) มาดัดแปลงเพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด (ศิริวรรณ ยืนยงและนันท์นภัสรักไทย, 2554) และบางการศึกษาประเมินโดยการนำแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (perception of childbirth experience questionnaire) ตามแนวคิดของมาร์ตและเมอร์เซอร์มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะศึกษาความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอด โดยเป็นการประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการคลอดของผู้คลอด ซึ่งจะต้องประเมินในผู้คลอดที่ผ่านการคลอดมาแล้วและยังสามารถจดจำเหตุการณ์ในระยะคลอดของตนเองได้เป็นอย่างดี อีกทั้งมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการประเมิน โดยผู้คลอดจะตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดที่ผ่านมา ทั้งความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการผ่อนคลายร่างกาย ความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอด ความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมตนเอง ความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการเพ่งความสนใจไปในที่ต่างๆและเพ่งความสนใจไปที่การหดตัวของมดลูก รวมไปถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการคิดถึงบุคคลอื่น เช่น การคิดถึงบุคคลในครอบครัว การคิดถึงทารกที่กำลังจะเกิดมาและการคิดถึงกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบแบบประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจในความสามารถในตนเองของผู้คลอดโดยตรง มีเพียงแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นแบบประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ในระยะคลอดที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน แต่พบว่ามีการวัดในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การได้รับการช่วยเหลือดูแลในระยะคลอด และความต้องการที่จะได้เห็นและสัมผัสทารกแรกเกิด จึงเป็นการประเมินนอกเหนือจากการความสามารถในตนเองของผู้คลอด การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) มาดัดแปลงเพื่อประเมินความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอด และออกแบบ

การวิจัยโดยการติดตามผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วงเดือนสุดท้ายเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และติดตามมาจนกระทั่งอยู่ในระยะคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว เพื่อประเมินความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอดอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการออกแบบการวิจัยลักษณะนี้จะเป็นข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการประเมินความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในผู้คลอด

สรุป

การคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีค่าและพิเศษแต่ในขณะเดียวกันถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้คลอดด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดที่ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพึงพอใจต่อการคลอดจึงเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบ่งบอกได้ว่าผู้คลอดสามารถผ่านพ้นระยะคลอดได้ด้วยดีและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้คลอดจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดได้นั้นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะสามารถควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ซึ่งการทำความเข้าใจถึงความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดที่เกิดจากความพึงพอใจในความสามารถของผู้คลอดจะนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ทางการผดุงครรภ์และคุณภาพทางการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจของผู้คลอดต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ซึ่งมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

3.1.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด โดยอยู่ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งประเมินแล้วว่า ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการตอบแบบสอบถาม

3.1.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

3.1.3 ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มี ความพิการแต่กำเนิด

3.1.4 สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้

3.1.5 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้ตั้งแต่ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอดในช่วง 24 ชั่วโมงหลังคลอดถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1998) สำหรับการหาค่าความสัมพันธ์ (correlation analysis) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ .21 และ .19 (Berentson-Shaw, 2009; Tanglakmankhong, 2010) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 นำไปเปิดตารางโคเฮน (Cohen, 1998: 78-80) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 194 ราย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจากผู้คลอด จำนวน 200 ราย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในอัตราส่วน 2 : 1 : 1 โดยโรงพยาบาลรามาริบัติเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน เท่ากับ 100 ราย เก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 84 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในวันอังคาร มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน เท่ากับ 50 ราย เก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 52 ราย และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในวันพฤหัสบดี มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน เท่ากับ 50 ราย เก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 64 ราย

3.3 สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ชั้น 2 อาคาร 1 ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการฝากครรภ์ ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 -12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในระยะหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 ชั้น 6 และหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ-นรีเวช ชั้น 4 โดยสถานที่ทั้ง 3 สถานที่ ตั้งอยู่ที่ อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาริบัติ

3.3.2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ชั้น 1 อาคารพัชรกิติยาภา ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการฝากครรภ์ในวันจันทร์ ถึง ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดหัตถี) เวลา 8.00 -12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในระยะหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 ชั้น 6 ซึ่งหอผู้ป่วยทั้ง 2 ตั้งอยู่ อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.3.3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ ห้องสูติกรรม ชั้น 2 อาคารคุ้มเกล้า โดยให้บริการฝากครรภ์ในวันจันทร์ถึงศุกร์ (ยกเว้นวันพุธ) เวลา 8.00 -12.00 น. และเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในระยะหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ชั้น 7 อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ผู้วิจัยประเมินแล้วว่า ขั้นตอนในการให้บริการในแผนกสูติกรรมของทั้ง 3 โรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันโดยสตรีตั้งครรภ์จะมาเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ตามนัดและคลอดบุตร ณ ห้องคลอด ซึ่งภายหลังจากการคลอด ผู้คลอดระยะหลังคลอดทั้งหมดจะพักฟื้นที่ห้องคลอด เพื่อสังเกตอาการจนกระทั่งครบ 2 ชั่วโมง หรือมีระดับความรู้สึกและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงถูกย้ายมาพักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด และจะพักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด อย่างน้อย 48 ชั่วโมง จึงจะได้รับอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด

3.4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับลักษณะของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดและการได้รับยาเร่งคลอด

3.4.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) แปลเป็น

ภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1-10 (Rating scale) คะแนนเท่ากับ 1 คือไม่มีความมั่นใจเลย จนกระทั่งคะแนนเท่ากับ 10 คือ มีความมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามมีค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน และมีค่าสูงสุด เท่ากับ 160 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

ผู้วิจัยใช้การแบ่งคะแนนรวมเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับจากสูตร ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 = (160 - 16) / 3 = 48$$

คะแนน 16 - 63 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 64 - 112 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 113 - 160 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก

3.4.2.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรง (content validity) โดวี (Lowe,

1993) สร้างแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory : CBSEI) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 62 ข้อ แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (outcome active labour : OAL) ตั้งแต่ข้อ 1-15 จำนวน 15 ข้อ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (self-efficacy active labour : ESS) ตั้งแต่ข้อ 16-30 จำนวน 15 ข้อ 3) ผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะที่ 2 ของการคลอด (outcome second stage : OSS) ตั้งแต่ข้อ 31-46 จำนวน 16 ข้อ และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะที่ 2 ของการคลอด (self-efficacy second stage : ESS) ตั้งแต่ข้อ 47-62 จำนวน 16 ข้อ โดยในแต่ละหัวข้อย่อยเป็นข้อคำถามเดียวกันทั้งหมด ซึ่งข้อคำถามในระยะที่ 2 ของการคลอดที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ข้อคำถาม “เพ่งความสนใจไปที่คนที่ช่วยเหลือฉันในห้องคลอด” กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) ได้นำแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดที่ได้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์จำนวน 4 ท่าน และนักวิจัยทางการพยาบาลที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและ

ความเหมาะสมของภาษา จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเครื่องมือไปใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาดัดแปลง คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามและปรับข้อความเพื่อให้เข้ากับบริบทของการศึกษาและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 1

2) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โลว์ (Lowe, 1993) นำแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory : CBSEI) ไปใช้ในการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือในผู้คลอดชาวอเมริกันจำนวน 351 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในช่วง .86-.95 ต่อมา กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) ได้นำแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของโลว์ (Lowe, 1993) ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยไปใช้ในการศึกษาในผู้คลอดชาวไทยจำนวน 148 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 ต่อมา จันทนา โปรยเงิน และคณะ (2558) ได้นำเครื่องมือวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดที่แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) ไปใช้ในการศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกชาวไทยจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 200 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

3.4.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1-10 (Rating scale) คะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มีความพึงพอใจต่อการคลอดเลย จนกระทั่งคะแนนเท่ากับ 10 คือ มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากที่สุด คะแนนรวม

ทั้งหมดของแบบสอบถามมีค่าต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน และมีค่าสูงสุด เท่ากับ 160 คะแนน โดยผู้วิจัย ไม่ได้นำข้อคำถาม ข้อที่ 17 มาคิดคะแนนรวม คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด

ผู้วิจัยใช้การแบ่งคะแนนรวมเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับจากสูตร ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 = (160 - 16) / 3 = 48$$

คะแนน 16 - 63 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 64 - 112 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 113 - 160 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวม

ผู้วิจัยใช้การแบ่งคะแนนรวมเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับจากสูตร ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 = (10 - 1) / 3 = 3$$

คะแนน 1 - 3 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 4 - 6 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 7 - 10 คะแนน หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก

3.4.3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรง (content validity) ผู้วิจัยนำ

แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory : CBSEI) ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) ตามที่กล่าวมาข้างต้น มาดัดแปลงเพื่อใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด โดยผู้วิจัยปรับเปลี่ยนคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามและปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมในการประเมินความพึงพอใจในความสามารถของผู้คลอดในการผ่านพ้นสถานการณ์การคลอด รวมไปถึงการปรับการวัดจากการวัดระดับความมั่นใจเป็นการวัดระดับของความพึงพอใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถาม ข้อที่ 17 เพื่อวัดความพึงพอใจในความสามารถในการคลอดโดยรวมของผู้คลอดสำหรับการคลอดครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัย

ไม่ได้นำข้อคำถาม ข้อที่ 17 มาคิดคะแนนรวมกับแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะวัดเพียงเพื่อต้องการทราบระดับความพึงพอใจโดยรวมเท่านั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1

2) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) เนื่องจากผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด จึงได้อธิบายการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในอดีตตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 200 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97

3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือเสนอต่อหน่วยวิจัยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพथ์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อพิจารณาความเหมาะสมก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับความเห็นชอบให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ และเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ปฏิเสธการวิจัย หรือถอนตัวจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาและการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และเมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.6.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.6.2 ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวต่อหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่เหมาะสม ในช่วงเวลา 08.00 - 16.00 น.

3.6.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองครั้งที่ 1 ณ หน่วยฝากครรภ์ ในเวลา 08.00 – 12.00 น. โดยโรงพยาบาลรามาธิบดีเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในวันอังคาร และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในวันพฤหัสบดี โดยคัดเลือกจากสตรีตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้จากเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง พร้อมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.6.4 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จากนั้น ชี้แจงการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาโดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง

3.6.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามหากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามให้ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3.6.6 เมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วและยังอยู่ในคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด โดยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ซึ่งอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดจนถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3.6.7 เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จากนั้นชี้แจงการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที ซึ่งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง

3.6.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามหากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามให้ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3.6.9 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ (ปาริชาติ กู๊ช และ ยุติ ภาฯ, 2556) ดังต่อไปนี้

3.7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด และการได้รับยาเร่งคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ดังต่อไปนี้

3.7.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3.7.3.2 ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov $Z = .89$ และ $.97$ ค่า $p = .40$ และ $.31$ ($p > .05$) สรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดมีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3.7.3.3 ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ตรวจสอบโดยการทำ scatter plot โดยกราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง (ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 200 ราย ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด กระบวนการความพึงพอใจต่อการคลอด และผลการทดสอบสมมติฐาน

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้คลอดจำนวน 200 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 18-40 ปี อายุเฉลี่ย 27.43 ปี (S.D. = 5.25) โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.00 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาอยู่ระหว่าง 5 - 18 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.75 ปี (S.D. = 3.06) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี/อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.50 โดยผู้คลอดมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 4,000-256,000 บาท รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 32,701.75 บาท (S.D. = 29,245.60 , Mode = 30,000) และส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท จำนวน 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.00

ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ส่วนอีกร้อยละ 50 เป็นผู้คลอดครั้งที่ 2 โดยในระยะคลอด ผู้คลอดได้รับยาบรรเทาปวด จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.00 และไม่ได้รับยาบรรเทาปวด จำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.00 ส่วนการได้รับยาเร่งคลอด พบว่าผู้คลอดได้รับยาเร่งคลอด จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.50 และไม่ได้ยาเร่งคลอด จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.50 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	18-40	27.43	5.25		
- น้อยกว่า 20 ปี				21	10.50
- 20 – 35 ปี				166	83.00
- 35 ปี ขึ้นไป				13	6.50
ระดับการศึกษา	5-18	12.75	3.06		
- ประถมศึกษา				10	5.00
- มัธยมศึกษาตอนต้น				38	19.00
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.				60	30.00
- ปริญญาตรี/อนุปริญญา/ปวส.				87	43.50
- สูงกว่าปริญญาตรี				5	2.50
รายได้ครอบครัว	4,000-256,000	32,701.75	29,245.60		
- ต่ำกว่า 30,000 บาท/เดือน				128	64.00
- 30,000 บาท/เดือน ขึ้นไป				72	36.00
(ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 28,525.00 ,ค่าฐานนิยม เท่ากับ 30,000)					
จำนวนครั้งของการคลอด					
- ผู้คลอดครรภ์แรก				100	50.00
- ผู้คลอดครรภ์หลัง				100	50.00
การได้รับยาบรรเทาปวด					
- ได้รับ				62	31.00
- ไม่ได้รับ				138	69.00
การได้รับยาเร่งคลอด					
- ได้รับ				127	63.50
- ไม่ได้รับ				73	36.50

4.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด อยู่ระหว่าง 42 - 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.25 คะแนน (S.D. = 22.69) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 16 - 160 คะแนน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 4.2

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เท่ากับ 115.60 คะแนน (S.D. = 23.10) ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเท่ากับ 124.89 คะแนน (S.D. = 21.40) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.95, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

4.3 ความพึงพอใจต่อการคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด อยู่ระหว่าง 45 - 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 119.40 คะแนน (S.D. = 25.23) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 16 - 160 คะแนน เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 4.2

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 115.46 คะแนน (S.D. = 25.02) ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 123.34 คะแนน (S.D. = 24.93) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดมาเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด (n = 200)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการคลอด	16 - 160	42 - 160	120.25	22.69	มาก
ความพึงพอใจต่อการคลอด	16 - 160	45 - 160	119.40	25.23	มาก

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนเฉลี่ย
 ความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง (n = 200)

ตัวแปร	ผู้คลอดครรภ์แรก		ผู้คลอดครรภ์หลัง		t	p-value
	(n=100)		(n=100)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	115.60	23.10	124.89	21.40	-2.95	.004
ความพึงพอใจต่อการคลอด	115.46	25.02	123.34	24.93	-2.23	.027

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมจากแบบสอบถาม
 ความพึงพอใจต่อการคลอดข้อที่ 17 พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวม
 อยู่ระหว่าง 1 - 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.42 คะแนน (S.D. = 1.70) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้
 อยู่ในช่วง 1 - 10 คะแนน โดยร้อยละ 86.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการคลอด
 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนอีกร้อยละ 12.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการคลอด
 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 1.50 ที่มีความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมอยู่ใน
 ระดับน้อย ดังที่แสดงในตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวม (n = 200)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง				
ความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวม	1 - 10	1 - 10	8.42	1.70	-	-
- ระดับน้อย					3	1.50
- ระดับปานกลาง					25	12.50
- ระดับมาก					172	86.00

4.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด (n = 200)

ตัวแปร	1	2
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	1.00	.64*
2. ความพึงพอใจต่อการคลอด		1.00

* $p < .05$

บทที่ 5 อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ซึ่งได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายได้ดังนี้

5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 27.43 ปี (S.D. = 5.25) (ตารางที่ 4.1) จัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (สมศักดิ์ สุทัศนวรุดิ และคณะ, 2554) โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.75 ปี (S.D. = 3.06) (ตารางที่ 4.1) เป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานตามที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ในหมวดสิทธิและหน้าที่ทางการศึกษาว่า บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่า 12 ปี (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ, 2542) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา อันได้แก่ ระดับปริญญาตรี ระดับอนุปริญญา และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 43.50 อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 32,701.75 บาท (S.D. = 29,245.60, Mode = 30,000) ซึ่งเป็นรายได้ที่สูงกว่าตัวชี้วัดรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปัจจุบัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) สะท้อนให้เห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูง จึงมีโอกาสนในการเลือกประกอบอาชีพที่ดีและมั่นคง ส่งผลต่อรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นผู้คลอดที่มีความรู้และโอกาสแสวงหาความรู้ อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดจากสื่อต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการคลอด สามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Al Ahmar & Tarraf, 2014; Sindamrong, 2004)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกและผู้คลอดครั้งที่สองอย่างละครึ่ง โดยในระยะคลอด ผู้คลอดได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 31 และไม่ได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 69 เนื่องจากในระยะคลอด ผู้คลอดจะได้รับความเจ็บปวดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อให้เกิดกระบวนการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความความเครียดและความกลัว นำไปสู่วงจรกระตุ้นความเจ็บปวดในระยะคลอด (Dick-Read, 1984) การได้รับยาบรรเทาปวดจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้เพื่อบรรเทาความปวดในระยะคลอด อย่างไรก็ตาม การได้รับยาบรรเทาปวด อาจส่งผลข้างเคียงต่อทั้งผู้คลอดและทารกได้ ซึ่งผู้คลอดอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและง่วงซึม ส่วนผลข้างเคียงต่อทารกนั้นอาจทำให้ทารกง่วงซึม หายใจผิดปกติและกล้ามเนื้ออ่อนแรง บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องพิจารณาการให้ยาบรรเทาปวดตามความจำเป็นและให้อย่างระมัดระวังที่สุด (สินีนานู หงษ์ระนัย, 2555; Cunningham et al., 2014) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับยาบรรเทาปวด ส่วนการได้รับยาแรงคลอด พบว่า ผู้คลอดได้รับยาแรงคลอด ร้อยละ 63.50 และไม่ได้ยาแรงคลอด ร้อยละ 36.50 เนื่องจากแผนการรักษาในปัจจุบันได้มีการส่งเสริมการหดตัวของมดลูกด้วยการให้ยาออกซิโตซิน (oxytocin augmentation) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) อย่างแพร่หลาย เพื่อให้การคลอดมีความก้าวหน้าเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล (วรลักษณ์ สมบูรณ์พร, 2558; Bugg, Siddiqui, & Thornton, 2011)

5.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ระหว่าง 42 - 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 120.25 คะแนน (S.D. = 22.69) ซึ่งผู้คลอดมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่อยู่ในวัยที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์และการคลอด อีกทั้ง ยังมีระดับการศึกษาสูงและรายได้ที่ดีส่งผลต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่รับฝากครรภ์ อันได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมด้านการบริการและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทั้ง 3 โรงพยาบาลมีบริบทการรับฝากครรภ์ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ดีในการเรียนรู้และพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผู้คลอดสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในด้านการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) ได้จากการที่ผู้คลอดเข้าฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่

32 สักดาห์ขึ้นไป สตรีตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอด ซึ่งทั้ง 3 โรงพยาบาลมีช่วงวันและเวลาในการสอนแตกต่างกัน แต่วัตถุประสงค์และเนื้อหาในการสอนคล้ายคลึงกัน โดยเนื้อหาประกอบด้วย อาการนำของการเข้าสู่ระยะคลอด อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด การปฏิบัติตนขณะอยู่ห้องคลอด กระบวนการคลอด การผ่อนคลาย ความเจ็บปวดในระยะคลอด การเบ่งคลอดอย่างถูกต้อง รวมไปถึงค่าใช้จ่าย เอกสารและของใช้ที่ต้องเตรียมมาโรงพยาบาล

การเตรียมตัวเพื่อคลอด ยังส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในด้านต่อมา คือ การเรียนรู้ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience) ซึ่งหน่วยฝากครรภ์ทั้ง 3 โรงพยาบาลจะจัดการสอนโดยให้สตรีครรภ์แรกและสตรีครรภ์หลังเข้าฟังคำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวเพื่อคลอดร่วมกัน พร้อมทั้งมีสื่อต่าง ๆ ที่ดึงดูดความสนใจ โดยใช้ภาพประกอบการสอนและเอกสารแผ่นพับให้คำแนะนำ ซึ่งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ คือ เมื่อหลังจากฟังการสอนเตรียมตัวเพื่อคลอดเรียบร้อยแล้ว จะมีเจ้าหน้าที่จากห้องคลอดพาสตรีตั้งครรภ์เข้าเยี่ยมชมห้องคลอดและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในห้องคลอดเพิ่มเติม การเตรียมตัวเพื่อคลอดดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าจะตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอดได้ ผู้คลอดจึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในระดับมากตามมา (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; จุฬารัตน์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ (Howharn, 2008) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และการศึกษาของจันทนา โปรยเงิน และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดดีกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .01$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

นอกจากแหล่งการเรียนรู้ 2 แหล่งที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่ง คือ การเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (enactive mastery experience) การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.95$, $p < .05$) (ตาราง 4.3) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (Tanglakmankhong, 2011) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่า

ผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.64, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของโลว์ (Lowe, 1993) และชวอร์ซและคณะ (Schwartz et al., 2015) ที่ต่างพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) อธิบายตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ว่า ผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วจะสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งการเรียนรู้ที่เกิดจากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีตมาก่อน ซึ่งประสบการณ์ตรงในการเผชิญสถานการณ์การคลอดจะนำไปสู่ความมั่นใจในการคลอดครั้งต่อไป (Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1991; 1993) อีกทั้ง การที่ผู้คลอดครรภ์หลังมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรก เนื่องจาก เมื่อผู้คลอดจะปฏิบัติพฤติกรรมใดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ ผู้คลอดจะตัดสินจากความสามารถของตนเองแตกต่างกันใน 3 มิติ ได้แก่ ความยากง่ายของพฤติกรรม (level) ความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (generality) และความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (strength) (Bandura, 1997) ผู้คลอดครรภ์หลังที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนจะตัดสินว่าสถานการณ์การคลอดนั้นไม่ใช่สิ่งที่ยากเกินไปที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ รวมไปถึง ผู้คลอดครรภ์หลังยังมีความคุ้นเคยและมั่นใจในการคลอด เนื่องจากเคยประสบความสำเร็จจากการคลอดมาก่อน

แหล่งการเรียนรู้ด้านสุดท้ายในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด คือสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) แบนดูราอธิบายว่า (Bandura, 1997) หากบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลจะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยลง ซึ่งการคลอดนั้นเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ผู้คลอดประเมินว่าอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารก (ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์, 2554; Dick-Read, 1984; Firouzbakht, Nikpour, Salmalian, Ledari, & Khafri, 2014; Melender, 2002) ผู้คลอดจะเกิดความวิตกกังวลและความกลัวการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดขาดความมั่นใจในตนเองในการคลอด (Bahl, Strachan, & Murphy, 2004; Khaikin, Marcus, Kelishek, & Balik, 2016) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้คลอดที่ได้รับการพัฒนาแหล่งการเรียนรู้และได้รับความรู้จากการเตรียมตัวเพื่อคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติตนเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในขณะคลอด และเตรียมความพร้อมในการคลอดได้ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวการคลอดได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากขึ้น (ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และ วรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2555; Kizilirmak & Baser, 2016; Sercekus & Baskale 2016; Sydsjo, Blomberg, Palmquist, Angerbjorn, Bladh, & Josefsson, 2015) จะเห็นได้ว่า

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนคูราสามารถสร้างและพัฒนาให้ผู้คลอมีความสามารถในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด และผลลัพธ์ที่ดีในการคลอดตามที่ผู้คลอดคาดหวังไว้

5.3 ความพึงพอใจต่อการคลอด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด อยู่ระหว่าง 45 - 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 119.40 คะแนน (S.D. = 25.23) ซึ่งผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.2) อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดข้อที่ 17 ผู้คลอดมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 8.42 คะแนน (S.D. = 1.70) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการคลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.00 (ตารางที่ 4.4) อธิบายได้ว่า ในสถานการณ์การคลอด ผู้คลอดจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการคลอดและสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวลจากการต้องเผชิญสถานการณ์การคลอด (Chuahorm, Sripichyakarn, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007; Essex & Pickett, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008) ซึ่งผู้คลอดจะต้องปรับตัวในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดด้วยเทคนิคที่ผู้คลอดได้รับการฝึกฝนและเรียนรู้มาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การใช้เทคนิคเพื่อการผ่อนคลายร่างกาย การหายใจเพื่อบรรเทาความปวดในระยะคลอด การควบคุมตนเองในการคลอด การให้เพ่งความสนใจไปยังที่ต่างๆหรือเพ่งความสนใจไปที่การหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง รวมไปถึงการคิดถึงบุคคลอื่น ๆ เช่น การคิดถึงบุคคลในครอบครัว การคิดถึงทารกที่กำลังจะเกิดมาและการคิดถึงกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น (ปิยพร นิสัยกล้า, 2550; Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004; Promrak, 2004)

ผู้คลอดที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวด้วยตนเองจะนำเอาเทคนิคต่างๆ มาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมเพื่อเผชิญสถานการณ์การคลอด ร่วมกับการได้รับการดูแลระหว่างการคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเอสคอตต์ และคณะ (Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004) ที่พบว่า ผู้คลอดจะใช้เทคนิคการเผชิญความปวดในระยะคลอดแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ การใช้วิธีการคิดด้วยการเพ่งความสนใจ ซึ่งแบ่งเป็นการเพ่งความสนใจไปที่ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง และการไม่เพ่งไปที่อื่น เช่น การคิดถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ การคิดถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุนและบอกตนเองว่าสามารถทำได้ ส่วนอีกวิธีหนึ่ง คือ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญ

ความปวด เช่น การเคลื่อนไหวตามความต้องการและการหายใจเข้า-ออกช้า ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของสปิบาย และคณะ (Spiby, Slade, Escott, Henderson, & Fraser, 2003) ที่พบว่า ผู้คลอดเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายร่างกายมากที่สุด รองลงมา คือ การหายใจเข้า-ออกช้าๆ และการเปลี่ยนท่าตามที่ต้องการ ตามลำดับ และการศึกษาของเบิร์น-ลินช์ (Byrne-Lynch, 1991) ที่พบว่า ผู้คลอดเลือกใช้วิธีการควบคุมตนเองด้วยการเดินหรือนั่งตัวตรง หายใจเข้าออกลึกๆ บีบกล้ามเนื้อขาต่างๆ และการลูบหน้าท้อง ซึ่งวิธีการและกลยุทธ์ต่างๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกบรรเทาจากความเจ็บปวดในระยะคลอดและสามารถเผชิญกับสถานการณ์การคลอดได้ดี อีกทั้ง การที่ผู้คลอดรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์การคลอดได้ จะมีผลลัพธ์ในการคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของของมณีวรรณ ยुरะชัย (Yurachai, 2006) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดด้วยตนเองจะมีความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง และ 12-24 ชั่วโมง หลังคลอด น้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความระดับความปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่าคลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยพยาบาลผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างการคลอดมากกว่าการคลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้เบ่งโดยพยาบาลผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้คลอดที่จะควบคุมการเบ่งคลอดได้ดีจะต้องรับรู้การควบคุมตนเองและความมั่นใจในความสามารถของตนเองขณะเบ่งคลอดไม่ร้องเอะอะโวยวายและให้ความร่วมมือในการดูแลระหว่างการคลอด จึงจะผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยความราบรื่นและรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด (สินีนานู หงษ์ระนัย, 2555; Yurachai, 2006)

จะเห็นได้ว่า หากผู้คลอดมั่นใจในการคลอด คิดว่าการคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตนเอง ผู้คลอดจะพยายามใช้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้ดีตามที่กล่าวมาข้างต้น นำไปสู่การมีความพึงพอใจในสมรรถนะของตนต่อการคลอด (บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; สุณิษา โตโสภณ, 2559; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้คลอดมีความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดในระดับมากทุกข้อ โดยพบว่า ผู้คลอดพึงพอใจในความพยายามของตนเองในการคิดถึงกำลังใจจากคนในครอบครัว ($\text{mean} = 8.34$, $\text{S.D.} = 1.67$) รองลงมาคือ การคิดถึงแต่ลูกที่กำลังจะเกิดมา ($\text{mean} = 8.23$, $\text{S.D.} = 1.70$) และพึงพอใจในการใช้ความสามารถของตนเองในการผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปด้วยดี ($\text{mean} = 8.17$, $\text{S.D.} = 1.82$) ซึ่งเป็นเทคนิคในการเผชิญกับสถานการณ์การคลอดที่กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23$, $p < .05$) (ตาราง 4.3) อธิบายได้ว่า ผู้คลอดที่เคยประสบความสำเร็จในการคลอดทาง

ช่องคลอดมาก่อนจะมีความมั่นใจในการคลอดและเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้ ผู้คลอดที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วสามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์การคลอดได้เป็นอย่างดี มีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Drummond & Rickwood, 1997; Zamani-Alavijeh et al., 2012)

5.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สมมติฐานได้รับการสนับสนุน โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .05$) (ตารางที่ 4.5) กล่าวคือ เมื่อผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดอธิบายตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986; 1997) ได้ว่า การที่ผู้คลอดจะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในระยะคลอด ผู้คลอดที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีความมุ่งมั่นและปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1986; 1997; Lowe, 1991; 1993)

ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์การคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกูรูนติและคณะ (Gourounti, Kouklaki, & Lykeridou, 2015) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($r = .24, p < .01$) และการศึกษาของชอยและคณะ (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee, & Chan, 2012) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะมีการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดได้ ($r = .80, p < .005$) อีกทั้ง ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดยังสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ดีและปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสตร็อกแมนและอัลท์ไมเยอร์ (Strockman & Altmaier, 2001) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้โดยไม่ต้องได้รับยาบรรเทาปวด เช่นเดียวกับการศึกษาของสิรินดา สินดำรงค์ (Sindamrong, 2004) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ($\beta = .36, p < .01$) และการศึกษาของจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ต่อการคลอดจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด ($r = .47, p < .05$) นอกจากนี้ผู้คลอดที่ได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา จะสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดและควบคุมตนเองในให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้ (จันทนา โปรยเงิน และคณะ, 2558; จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; ฌฐนิชา คำปาละ, 2546; Howham, 2008) ดังนั้น ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมากจะสามารถปรับตัวในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญความปวดในระยะคลอด และควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้ (จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุกสิมานนท์, 2558; จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญนภา วิชกุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; ฌฐนิชา คำปาละ, 2546; Sindamrong, 2004)

เมื่อผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดีและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ผู้คลอดจะรู้สึกประสบความสำเร็จและภูมิใจจากการที่รับรู้ว่าคุณสามารถให้กำเนิดทารกได้นำไปสู่ความรู้สึกถึงความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด (บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; สุนิษา โตโสภณ, 2559; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของเน็ปป์ (Knapp, 1996) ที่พบว่า ผู้คลอดการรับรู้การควบคุมตนเองระหว่างการคลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด ($r = 0.68, p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของแฟร์ และมอร์ริสัน (Fair & Morrison, 2012) ที่พบว่า ประสบการณ์การควบคุมตนเองในระยะคลอดของผู้คลอดและสุขภาพของผู้คลอดและทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด ($r = .83, p < .001$ และ $r = .36, p < .05$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของกู๊ดแมนและคณะ (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004) ที่พบว่า ความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจต่อการคลอด โดยผู้คลอดที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองขณะคลอดจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอด ($r = -.29, p < .05$ และ $r = .59, p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของคริสเทียนส์ และแบร์ค (Christiaens & Bracke, 2007) ที่พบว่า การที่ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอดจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด ($B = .14, p < .001$) ซึ่งความพึงพอใจต่อการคลอดในการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้นมีแง่มุมและนิยามที่แตกต่างกัน

การศึกษาในครั้งนี้ ในแง่มุมของความพึงพอใจความสามารถในการคลอด กล่าวคือผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นำไปสู่ปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่าง ๆ ซึ่งเป็นความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากนั้น เมื่อผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด ว่าตนเองผ่านพ้นสถานการณ์

การคลอไปได้อย่างดีตามที่คาดหลังไว้ จะส่งผลให้ผู้คลอมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอที่ดีและเกิดความพึงพอใจต่อการคลอในที่สุด ซึ่งเป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอจะมีความพึงพอใจต่อการคลอ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) พบว่า ผู้คลอครั้งแรกที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอมากมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอ ($r = .21, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเบเรนท์สัน-ชอว์ และคณะ (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอของผู้คลอครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอ ($r = .19, p < .01$) และการศึกษาของคันเควโร และคณะ (Cunqueiro, Comeche, & Docampo, 2017) ที่พบว่าผู้คลอที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอ จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับความปวดในระยะคลอได้ดี ประเมินว่าการคลอเป็นประสบการณ์การคลอที่ดีและมีความพึงพอใจในการคลอ เมื่อผู้คลอที่รู้สึกถึงความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอจะสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อทารก และพัฒนาความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน นำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจในการตั้งครรภ์และการคลอครั้งต่อไป (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997; Simkin, 1992)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยผู้วิจัยใช้การทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอดร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้คลอดที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จนกระทั่งคลอดและพักฟื้นหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 200 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด โดยอยู่ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งประเมินแล้วว่ามีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ส่วนทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด ผู้คลอดสามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอดในช่วง 24 ชั่วโมงหลังคลอดถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับลักษณะของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดและการได้รับยาเร่งคลอด

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเอง

ขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) เมื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอด จำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) เมื่อนำมาประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด จำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .05$)

6.1 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) อีกทั้งยังเป็นผู้คลอดที่อยู่อาศัยในบริบทของสังคมเมือง ซึ่งโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้นหลังคลอดเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิที่มีการให้บริการด้านการแพทย์อย่างครอบคลุม จึงเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปอ้างอิงในผู้คลอดที่มีคุณสมบัติหรือได้รับการบริการที่มีบริบทแตกต่างกัน

6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ดังนี้

6.2.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ร่วมกับการให้ความรู้และการเตรียมตัวเพื่อคลอด เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญสถานการณ์การคลอด ได้แก่ การผ่อนคลายร่างกาย ควบคุมตนเองในการคลอด การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดหรือเพ่งความสนใจไปที่การหดตัวของมดลูก รวมไปถึงการคิดถึงบุคคลอื่น เช่น ทารกที่กำลังจะเกิดมา ครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างที่ให้อำลัใจ เมื่อผู้คลอดสามารถเผชิญสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดีจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเองในการคลอดตามมา นำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อทารก สร้างสัมพันธภาพและปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดีต่อไป

6.2.2 ด้านการศึกษา

การศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดตั้งแต่ผู้คลอดอยู่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้คลอด ซึ่งนอกจากนักศึกษาจะได้ดูแลผู้คลอดทางด้านร่างกายแล้ว นักศึกษายังต้องตระหนักถึงการดูแลทางจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอดด้วย โดยความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดของผู้คลอดจัดเป็นผลลัพธ์อย่างหนึ่งที่นักศึกษาควรประเมินด้วย

6.2.3 ด้านการวิจัย

6.2.3.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง

6.2.3.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนจากพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY AND BIRTH SATISFACTION OF PARTURIENTS

วิชาญา จิระกาล 5836851 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (MOTHER AND CHILD NURSING),
ปราณี ป้องเรือ, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นเหตุการณ์สำคัญเหตุการณ์หนึ่งในชีวิตของผู้คลอดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด ทำให้มดลูกหดตัวอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งปากมดลูกบางและเปิดออกจนหมด ซึ่งกระบวนการคลอดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้คลอดจะเกิดความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกและความไม่สบายจากการมีมูกเลือดหรือสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดพักผ่อนได้น้อยลง เกิดความเหนื่อยล้า และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Hottenstein, 2005; Ladewig, London, Davidson, Jelliffe, Jelliffe, & Crump, 2006; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016; Neerland, 2013; Pillitteri, 2010) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียดและความกลัว จากสิ่งที่ไม่คาดเดาไม่ได้ในการเจ็บครรภ์คลอดและการที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในห้องคลอดที่ไม่คุ้นเคยเพียงลำพัง (Essex & Pickett, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008) ซึ่งความเครียดและความกลัวที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้ร่างกายผู้คลอดหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) เป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกหดตัวผิดปกติและรุนแรงมากขึ้น (Dick-Read, 1984) กลายเป็นวงจรความกลัว-ความเครียด-ความปวด (Dick-Read, 1984) วงจรดังกล่าวจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกไม่มั่นคงและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด

(Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Oweis, 2009) เพื่อที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดไปให้ได้ นั้น ผู้คลอดจึงต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ร่วมกับการได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ จึงจะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี นำไปสู่ความพึงพอใจต่อการคลอด (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Drummond & Rickwood, 1997)

ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการประเมินการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด อีกทั้งยังสามารถบ่งบอกได้ว่าผู้คลอดผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้ด้วยดีและรับรู้ทัศนคติที่ดีต่อการคลอด (สุกัญญา ปรีชญญกุล, จวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556; Slade, MacPherson, A Hume, & Maresh, 1993; Waldenstrom, 1999) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในจากตัวผู้คลอดเอง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อน และความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้คลอด (Ahmar & Tarraf, 2014; Guedes & Canavarro, 2015; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้คลอดที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการคลอดจะรู้สึกประสบความสำเร็จจากการที่ผู้คลอดได้ใช้ความสามารถและมั่นใจของตนเองเพื่อเผชิญความปวดและการควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นการคลอดไปได้ (Karlstrom Nystedt, & Hildingsson, 2015) ส่วนอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมระหว่างการคลอด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด เช่น การสนับสนุนจากญาติแพทย์ การสนับสนุนจากพยาบาลหรือญาติใกล้ชิด (สิพร สดเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2557; Yurachai, 2006; Tampawiboon, 2005) และปัจจัยภายนอกยังรวมถึงการบริหารจัดการในระยะคลอด เช่น การได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวดอีกด้วย (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

ผู้คลอดที่มีความพึงพอใจต่อการคลอดจะเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกประสบความสำเร็จและมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาลผดุงครรภ์ (Simkin, 1992) นำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและทารกแรกเกิด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันและสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี ตลอดจนสามารถเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้สำเร็จ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งทารก (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Afusat Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997) นอกจากนี้ ผู้คลอดที่มีพึงพอใจต่อการคลอดจะรู้สึกมั่นใจในการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ต่อไป (Simkin, 1992) ในทางกลับกัน หากผู้คลอดรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการคลอดจะเกิดความเครียดและความวิตกกังวล (Bertucci et al., 2012; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006) รู้สึกผิดหวังและ

ละอายใจ ทำให้ผู้คลอดมีอารมณ์แปรปรวน (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005) เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Soet, Brack, & DiIorio, 2003) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (Symon, MacDonald, & Ruta, 2002) และนำไปสู่การก่อกวนการตั้งครรภ์และคลอดในครรภ์ต่อไป (Gottvall & Waldenstrom, 2002; Waldenstrom, Rudman, & Hildingsson, 2006)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดเป็นกระบวนการทางความคิดของผู้คลอดในการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (Lowe, 1991; 1993) โดยเบนคูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้ได้สำเร็จ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ ผู้คลอดที่มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะแสดงออกถึงความมั่นใจในการคลอด การรับรู้คุณค่าในตนเองและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee & Chan, 2012; Gourounti, Kouklaki & Lykeridou, 2015; Lowe, 1989; 1991, Larsen, O'Hara, Brewer, & Wenzel, 2001) ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองเพื่อเผชิญความปวดและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอดคลอดได้ (จันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2558; จันท์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2554; Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Lowe, 1991; Tanglakmankhong, 2010) นำไปสู่ปัจจัยอีกประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ การที่ผู้คลอดสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความเจ็บปวด ควบคุมตนเองได้ดีในระยะคลอด และปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมในระยะคลอดนั้น จึงเกิดผลลัพธ์ที่ตามมา คือ ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในรูปแบบการบริการทางการแพทย์หรือโปรแกรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ (ขนิษฐา ใจชื่น, 2553; ศิริวรรณ ยืนยงและนันทน์ภัส รัศไทย, 2554; ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2557; Yurachai, 2006) และนอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเฉพาะในระยะคลอดที่เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมตนเองหรือการเผชิญความปวดในระยะคลอดคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอด (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002; Knapp, 1996; Yurachai, 2006) การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่เฉพาะเจาะจงกับความพึงพอใจใน

ความสามารถในการคลอของผู้อคลอทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ซึ่งการทำความเข้าใจถึงความพึงพอใจในความสามารถในการคลอของผู้อคลอนี้ จะทำให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการเผชิญสถานการณ์การคลอเพื่อให้อคลอมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอที่ดี และนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการคลอทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, 2004; Hodnett, 2002)

กรอบแนวคิดการวิจัย

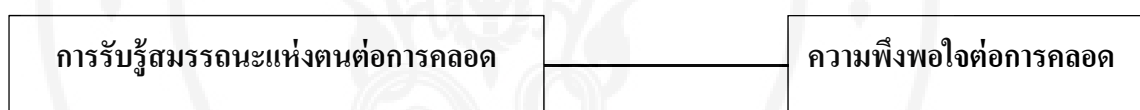
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ร่วมกับการทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกระบวนการทางความคิดที่ใช้ตัดสินความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Bandura, 1977; 1986; 1994; 1997) ซึ่งบุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นความคาดหวังภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว ทั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลยังมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (level) ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (generality) และความคุ้นเคยของสถานการณ์ที่กระทำพฤติกรรม (strength) นอกจากนี้ แบนดูรา (Bandura, 1997) ยังกล่าวอีกว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถสร้างและพัฒนาได้จากการเรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ 4 แหล่ง (source of self-efficacy) ได้แก่ 1) การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น (verbal persuasion) เป็นการได้รับคำแนะนำ แรงจูงใจหรือให้แรงเสริมจากบุคคลอื่น 2) การเรียนรู้ประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience) เป็นการสังเกตความสำเร็จในการเผชิญเหตุการณ์แบบเดียวกันจากบุคคลอื่น อาจเป็นบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่มีความน่าเชื่อถือหรืออาจเป็นสื่อต่าง ๆ ก็ได้ 3) การเรียนรู้จากความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในอดีต (enactive mastery experience) เป็นประสบการณ์ตรงที่ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เนื่องจากเคยผ่านเหตุการณ์นั้นมาแล้ว และ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นการพิจารณาความสามารถของบุคคลผ่านสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ผู้คลอดรับรู้ว่าคุณสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดีตามที่คาดหวังไว้จึงเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยโลว์ (Lowe, 1991; 1993) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้คลอด และให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดว่า เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้คลอดที่จะจัดการกับสถานการณ์การคลอดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามที่ผู้คลอดคาดหวังไว้ (จันทนา ไพรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุขสีมานนท์, 2558; จันทรเพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชากุล, และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา, 2553; Asghari & Nicholas, 2001; Lowe, 1991; Slade, Escott, Spiby, Henderson & Fraser, 2000) ดังนั้น การที่ผู้คลอดจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม ผู้คลอดจะตัดสินใจผ่านกระบวนการคิดว่า พฤติกรรมนั้นจะสามารถทำให้ผู้คลอดผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดี ซึ่งเป็นความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และเมื่อผู้คลอดปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้แล้วจะประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยผู้คลอดที่ผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดีและประสบความสำเร็จในการคลอด จะประเมินว่ารู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997)

จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดจึงเป็นการรับรู้ทัศนคติเชิงบวกของผู้คลอดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด (สุชาติ รัชชกุล, 2550; Bramadat & Driedger, 1993; Hodnett, 2002) เป็นสิ่งที่ผู้คลอดประเมินแล้วว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Fair & Morrison, 2012; Rudman, El-Khoury, & Waldenstrom, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดเกิดได้จาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในที่เกิดขึ้นจากผู้คลอดแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อน และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการคลอด ซึ่งการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อน ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจต่อการคลอด (Ahmar & Tarraf, 2014; Hodnett, 2002; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999) ยกเว้น ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการคลอดของผู้คลอด โดยการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์การคลอดและเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ดีส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Christiaens & Bracke, 2007; Fair

& Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996) อีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการคลอด ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติแพทย์ พยาบาลและญาติใกล้ชิด (ศิวพร สุดเพชร, 2557; Yurachai, 2006; Tampawiboon, 2005) และการบริหารจัดการในระยะคลอด เช่น การได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวด (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom et al., 2004) รวมไปถึงความรู้สึกได้รับความปลอดภัย และการได้รับความเป็นส่วนตัว (Ghani, Mahmoud, & Berggren, 2011; Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrani, 2015) โดยอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยภายนอกเป็นความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างคลอด ซึ่งการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างคลอด

การศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะศึกษาเฉพาะความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในที่เฉพาะเจาะจงกับความมั่นใจในความสามารถในการคลอดของผู้คลอด โดยไม่ได้้นำปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกมาศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

คำถามการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ คลอดและพักฟื้นหลังคลอด ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 200 ราย ระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

นิยามตัวแปร

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด หมายถึง การรับรู้ความเชื่อมั่นของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมสถานการณ์การคลอดและเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอดได้ ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมาก

ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึก หรือทัศนคติเชิงบวกที่ผู้คลอดมีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอดที่ผ่านมา ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง (2553) จากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงทำหนังสือเสนอต่อหน่วยวิจัยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อพิจารณาความเหมาะสมก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับความเห็นชอบให้เข้าเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด โดยอยู่ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งประเมินแล้วว่า ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในการตอบแบบสอบถาม
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด
3. ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความพิการแต่กำเนิด
4. สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอดในช่วง 24 ชั่วโมงหลังคลอดถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1998) สำหรับการหาค่าความสัมพันธ์ (correlation analysis) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 (Berentson-Shaw, 2009; Tanglakmankhong, 2010) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 นำไปเปิดตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen, 1998: 78-80) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 194 ราย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจากผู้คลอด จำนวน 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับลักษณะของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวดและการได้รับยาเร่งคลอด
2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเอง

ขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) เมื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดของผู้คลอด จำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด (The Childbirth Self-Efficacy Inventory) ที่กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (2553) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอดของ Lowe (1993) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) เมื่อนำมาประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด จำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ดังต่อไปนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ณ หน่วยฝากครรภ์ ในเวลา 08.00 – 12.00 น. โดยโรงพยาบาลราชพิชญ์จะเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ พุธและศุกร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในวันอังคาร และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในวันพฤหัสบดี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตัวและชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง พร้อมกับอธิบายเพิ่มเติมตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและชี้แจงการตอบแบบสอบถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน แล้วจึงเริ่มการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและกล่าวขอบคุณ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด เมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วและยังอยู่ในคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดไปแล้ว โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทุกครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับชี้แจงการตอบแบบสอบถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย จากนั้นจึงเริ่มทำการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ

10 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด และการได้รับยาเร่งคลอด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยการทำ scatter plot พบว่า กราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง ซึ่งเป็นไปตามข้อตั้งเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดจำนวน 200 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 18-40 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 27.43 ปี (S.D. = 5.25) มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาอยู่ระหว่าง 5 - 18 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย เท่ากับ 12.75 ปี (S.D. = 3.06) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 4,000-256,000 บาท รายได้ครอบครัวเฉลี่ย เท่ากับ 32,701.75 บาท/เดือน (S.D. = 29,245.60 , Mode = 30,000) โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้คลอดครั้งแรก (ร้อยละ 50) และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้คลอดครั้งหลัง (ร้อยละ 50) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด ร้อยละ 31.00 และไม่ได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด ร้อยละ 69.00 ส่วนการได้รับยาเร่งคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเร่งคลอด ร้อยละ 63.50 และไม่ได้รับยาเร่งคลอด ร้อยละ 36.50

เมื่อวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เท่ากับ

120.25 คะแนน (S.D. = 22.69) และมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 119.40 คะแนน (S.D. =25.23) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด (n = 200)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	16 - 160	42 - 160	120.25	22.69
ความพึงพอใจต่อการคลอด	16 - 160	45 - 160	119.40	25.23

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .05$) (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด (n = 200)

ตัวแปร	1	2
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	1.00	.64*
2. ความพึงพอใจต่อการคลอด		1.00

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด อธิบายตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986; 1997) ได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

บุคคลจะใช้กระบวนการคิดในการตัดสินความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ เพื่อให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นก่อนการปฏิบัติพฤติกรรม และอีกปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลความคาดหวังไว้ภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Bandura, 1986; 1997)

ในบริบทของผู้คลอดก็เช่นเดียวกัน ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดได้ นำไปสู่การควบคุมตนเองได้ดีในสถานการณ์การคลอดและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy belief) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของตูรูนติและคณะ (Gourounti, Kouklaki & Lykeridou, 2015) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$) และการศึกษาของชอยและคณะ (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee & Chan, 2012) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .80, p < .005$) ทั้งนี้ นอกจากผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะรู้สึกว่าคุณค่าและปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอดได้แล้วนั้น ผู้คลอดยังสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้ดีและปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมโดยไม่จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาปวดในระหว่างการคลอด (Lowe, 1993; Strockman & Altmaier, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมา สิ้นดำรงค์ (Sindamrong, 2004) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .36, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรายังช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดและควบคุมตนเองในให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดได้อีกด้วย (จารุวรรณ รังสิยานนท์, 2540; ณัฐนิชา คำปาละ, 2546; Howham, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา โปรยเงิน และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่งมีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดดีกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการคลอดจะรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ด้วยการควบคุมตนเองในระยะคลอดและปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ตนเองสามารถผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดี (Lowe, 1991; 1993) และเมื่อผู้คลอดผ่านพ้นการคลอดไปด้วยดีจะรู้สึกประสบความสำเร็จและภูมิใจจากการที่รับรู้ว่าคุณสามารถให้กำเนิดทารกได้ นำไปสู่ความรู้สึกถึงความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด (บุญทวี สุนทรลิมศิริ, 2551; สุนิษา โตโสภณ, 2559; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของเน็ปปี้ (Knapp, 1996) และแฟร์ และมอร์ริสัน (Fair & Morrison, 2012) ที่พบว่า การรับรู้การควบคุมตนเองระหว่างการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.68$, $p < 0.001$ และ $r = .83$, $p < .001$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของกู๊ดแมนและคณะ (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004) ที่พบว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจต่อการคลอด ในขณะที่ความความสามารถในการควบคุมตนเองขณะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29$, $p < .05$ และ $r = .59$, $p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของคริสเทียนส์ และแบร์ค (Christiaens & Bracke, 2007) ที่พบว่า ความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดมีอิทธิพลกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33$, $p < .001$) จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้คลอดรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดีตามที่คาดหวังไว้ ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอดเป็นผลลัพธ์ในการประเมินตนเองอย่างหนึ่งของผู้คลอด ความพึงพอใจต่อการคลอดจึงเป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997)

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง (Tanglakmankhong, 2010) และ เบเรนท์สัน-ชอว์ และคณะ (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$, $p < .01$ และ $r = .19$, $p < .01$ ตามลำดับ) และการศึกษาของคันเควโร่ และคณะ (Cunqueiro, Comeche, & Docampo, 2017) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความปวดในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46$, $p < .001$) และพฤติกรรมจัดการความปวดในระยะคลอดยังมี

อิทธิพลกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย ($\beta = .50$, $p < .001$) จะเห็นได้ว่า ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ในระยะคลอดได้ดีและประเมินว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่ดีและมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด ซึ่งผู้คลอดที่รู้สึกถึงความพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดจะนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและทารกแรกเกิด เกิดเป็นความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ดี ตลอดจนส่งผลถึงความรู้สึกมั่นใจในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไป (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997; Simkin, 1992)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64$, $p < .05$) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมความเชื่อมั่นในการเผชิญสถานการณ์การคลอดให้แก่ผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดี และนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มได้ อีกทั้ง ยังเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยในบริบทของสังคมเมือง และสถานที่ในการเก็บข้อมูลแต่ละแห่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ ผลการศึกษานี้จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้คลอดที่มีบริบทแตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอดของผู้คลอด ร่วมกับการให้ความรู้และให้คำแนะนำในการเตรียมตัวเพื่อคลอด จะทำให้ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นสถานการณ์การคลอดไปได้ด้วยดี นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอด

ด้านการศึกษา ควรจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเองต่อการคลอดด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อคลอดตั้งแต่ผู้คลอดอยู่ในระยะตั้งครรภ์

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนจากพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง



**THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED CHILDBIRTH SELF-EFFICACY
AND BIRTH SATISFACTION OF PARTURIENTS**

WICHAYA JIRAKARN 5836851 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N.
(MOTHER AND CHILD NURSING), PRANEE PONGRUA, PH.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Childbirth is an important event in the lives of parturients caused by physical changes during labor, which causes the uterus to contract continually until the cervix is effaced and completely dilated. The childbirth process causes both physical and psychological effects on parturients. For physical effects, parturients experience pain from uterine contractions and discomfort from vaginal bloody mucus or other secretions. Thus, parturients have less rest, resulting in fatigue and inability to meet needs (Hottenstein, 2005; Ladewig, London, Davidson, Jelliffe, Jelliffe, & Crump, 2006; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016; Neerland, 2013; Pillitteri, 2010). In terms of psychological effects, parturients experience stress and fear from unpredictable events during labor and the fact that parturients are confronted unfamiliar labor room environments alone (Essex & Pickett, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008). Stress and fear trigger the parturients' bodies to secrete catecholamine, causing abnormal and more severe uterine contractions (Dick-Read, 1984). This creates a cycle of fear-stress-pain (Dick-Read, 1984). The aforementioned cycle makes parturients feel insecure and have negative attitudes toward childbirth (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Oweis, 2009). Therefore, in order to make it through events during childbirth, parturients need to perceive personal ability to confront

situations occurring during childbirth. With care from midwifery nurses, parturients will have good childbirth experiences, leading to childbirth satisfaction (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Drummond & Rickwood, 1997).

Birth satisfaction is an important outcome in assessing care for parturients and infants. Furthermore, birth satisfaction can indicate whether or not parturients have had positive childbirth experiences and perceived positive attitude toward childbirth (Slade, MacPherson, A Hume & Maresh, 1993; Sukanya Parisunyakul, Chavee Baosoung, & Piyaporn Prasitwatanasaree, 2013; Waldenstrom, 1999). Previous studies have found parturients to have birth satisfaction based on internal and external factors. Personal factors are internal factors such as age, income, level of education, experience of previous births and confidence in parturients' ability (Ahmar & Tarraf, 2014; Guedes & Canavarro, 2015; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999). According to the literature review, parturients with confidence in themselves during childbirth feel successful based on the fact that parturients used personal ability and confidence to cope with pain and personal control to make it through childbirth (Karlstrom Nystedt & Hildingsson, 2015). The external factors include the environment during childbirth such as support during labor from obstetricians, nurses or close relatives (Sivaporn Sudphet, Nanthana Thananowan, & Chaweewan Yusamran, 2014; Tampawiboon, 2005; Yurachai, 2006). External factors also include management during childbirth such as labor induction and pain relieving medications (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004).

Parturients with birth satisfaction have self-confidence, self-worth, success and positive attitudes about midwifery nurses (Simkin, 1992). This leads to good relationships between parturients and infants resulting in feelings of love and good adaptation to the maternal role in addition to enabling parturients to be successful with breastfeeding, which helps reduce violence and abandonment of infants (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Afusat Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997). Furthermore, parturients with birth satisfaction feel confident about future pregnancies and deliveries (Simkin, 1992). On the contrary, parturients who feel birth dissatisfaction have stress and anxiety (Bertucci et al., 2012; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006), disappointment and shame, causing parturients to have turbulent emotions (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005),

postpartum depression (Soet, Brack & DiIorio, 2003) and poor quality of life (Symon, MacDonald, & Ruta, 2002). This leads to fear of future pregnancies and deliveries (Gottvall & Waldenstrom, 2002; Waldenstrom, Rudman, & Hildingsson, 2006).

Perceived childbirth self-efficacy is the cognitive process of parturients in perceiving self-confidence regarding the ability to manage and cope with situations during labor and childbirth (Lowe, 1991; 1993). Bandura (1997) stated that the behaviors performed by a person are dependent on two factors consisting of belief in efficacy belief. Efficacy belief is confidence in the ability to successfully perform a behavior and occurs before performing behaviors. This means parturients who believe in self-efficacy will express confidence in childbirth, perceived self-esteem and adaptation to changes during labor and childbirth (Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee, & Chan, 2012; Gourounti, Kouklaki & Lykeridou, 2015; Lowe, 1989; 1991, Larsen, O'Hara, Brewer, & Wenzel, 2001). This enables parturients to control themselves in coping with pain and perform appropriate behaviors during labor and childbirth (Chanpen Armmapat, Pennapa Witchakoon, & Areerat Wichainprapha, 2011; Chantana Proyngern, Siriwan Sangin, & Wantana Suppasrimanont, 2015; Berentson-Shaw, Scott & Jose, 2009; Lowe, 1991; Tanglakmankhong, 2010). This leads to another factor, which is outcome expectancy. Outcome expectancy occurs after performing behaviors. Parturients who are able to adapt to cope with pain, have good control during childbirth and perform appropriate behaviors during childbirth will have birth satisfaction (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996).

According to the literature review, most of the studies involving birth satisfaction were studies of nursing service models or programs with effects on satisfaction (Khanittha Chaichuen, 2010; Siriwan Yuenyong & Nanapat Rukthai, 2011; Sivaporn Sudphet, Nanthana Thananowan, & Chanweewan Yusamran, 2014; Yurachai, 2006). Furthermore, studies were found to have been conducted specifically during labor and childbirth on self-control or coping with pain during labor and birth satisfaction (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Hodnett, 2002; Knapp, 1996; Yurachai, 2006). In the present study, therefore, the researcher's interest was to study the correlations between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction

among primiparous and multiparous parturients. Understanding birth satisfaction among parturients will enable the researcher to recognize the importance of promoting confidence in coping with labor and childbirth to help parturients have good perceived childbirth self-efficacy and lead to short- and long-term birth satisfaction (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002).

Conceptual Framework

In this study, the researcher applied the concept of Albert Bandura's Self-Efficacy Theory and reviewed textbooks, documents and researches related to birth satisfaction as the conceptual framework of the study. Bandura (1997) stated that perceived self-efficacy is a cognitive process used to judge personal ability to manage situations in order to achieve expected outcomes (Bandura, 1977; 1986; 1994; 1997). People choose to perform behaviors and manage situations depending on two factors. The first factor is efficacy belief from before performing behaviors. Efficacy belief is the individual's confidence in the ability to successfully perform that behavior. And the second factor is outcome expectancy. Outcome expectancy is an expectation after performing that behavior. Perceived self-efficacy in each person is also different, depending on the level of behaviors, general confidence in performing behaviors and strength to perform behaviors. Furthermore, Bandura (1997) also stated that perceived self-efficacy can be created and developed by learning from four sources of self-efficacy consisting of the following:

- 1) Verbal persuasion or receiving recommendations, motivation or reinforcement from others;
- 2) Vicarious experience or observation of success in confronting the same type of event by other persons who may be close persons, reliable individual or other media;
- 3) Enactive mastery experience, which is direct experience that gives people confidence to perform behaviors because individuals have experienced that event and
- 4) Physiological and affective states or the consideration of a person's physiological and affective states.

Events during labor and childbirth have physical and psychological effects on parturients. Therefore, parturients' perception of ability to confront pain during

childbirth and perform behaviors to overcome the situation based on expectations is important. This concurs with Bandura's Self-Efficacy Theory (1997). Lowe (1991; 1993) applied Bandura's Self-Efficacy Theory within the context of parturients and defined perceived childbirth self-efficacy as confidence in parturients' ability to manage childbirth situations to create positive outcomes based on parturients' expectations (Asghari & Nicholas, 2001; Chanpen Armmapat et al., 2011; Chantana Proyngern et al., 2015; Lowe, 1991; Slade, Escott, Spiby, Henderson, & Fraser, 2000). Therefore, when parturients choose to perform any behavior, parturients will decide through cognitive processes to determine whether or not the behavior will enable the parturients to make it through labor and childbirth with efficacy belief in line with Bandura's concept. When parturients performed the behavior, parturients evaluated their performance. Parturients who successfully passed through labor and childbirth evaluate themselves as feeling satisfied with childbirth and birth satisfaction is outcome expectancy in Bandura's concept.

Birth satisfaction, therefore, can be seen as perception of parturients' positive attitude about events during labor and childbirth (Bramadat & Driedger, 1993; Hodnett, 2002; Suchada Ratchukun, 2007). Furthermore, it is an evaluation by parturients who determined parturients can perform behaviors to successfully pass through childbirth situations as expected (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Fair & Morrison, 2012; Rudman, El-Khoury, & Waldenstrom, 2007). According to the literature review, parturients were found to have birth satisfaction from two groups of factors consisting of internal factors in each parturient, namely, age, level of education, family income, past childbirth experience and confidence in personal childbirth ability. Previous studies have found personal factors such as age, level of education, family income and past childbirth experience to not be directly related to birth satisfaction (Ahmar & Tarraf, 2014; Hodnett, 2002; Tanglakmankhong, 2010; Waldenstrom, 1999), except for parturients' confidence in personal childbirth ability. Previous studies have found parturients with perceived childbirth self-efficacy to have self-control during childbirth and ability to cope with pain during childbirth. Thus, parturients have birth satisfaction (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Knapp, 1996). Another group of factors is external factors or childbirth environment factors consisting of birth support from

obstetricians, nurses and close relatives (Sivaporn Sudphet et al., 2014; Tampawiboon, 2005; Yurachai, 2006) and management during childbirth such as labor induction and pain-relief medications (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom et al., 2004). including feelings of safety and privacy (Ghani, Mahmoud, & Berggren, 2011; Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrami, 2015). External factors may be said to be satisfaction about the care received during labor and childbirth. Many previous studies on satisfaction about the care received during labor and childbirth were encountered.

In this study, the researcher expected to study only satisfaction caused by specific internal factors and confidence in parturients' childbirth self-efficacy without including personal factors and external factors in this study. The correlations between the variables can be summarized in Figure 1.

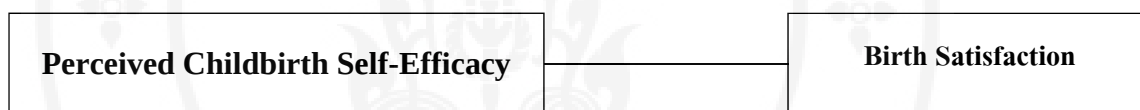


Figure 1 – Correlations between Studied Variables

Research Objectives

To study the relationship between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction of parturients.

Research Question

Is perceived childbirth self-efficacy related with the birth satisfaction of parturients?

Research Hypothesis

Perceived childbirth self-efficacy is related with birth satisfaction of parturients.

Scope of the Study

This study was a descriptive research aimed at studying the relationship between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction in 200 parturients who came to receive antenatal care services, gave birth and stayed at postpartum unit at Ramathibodi Hospital, Phramongkutklao Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital in May to August of 2017.

Definition of Variables

Perceived childbirth self-efficacy means perceived self-confidence toward childbirth of parturients regarding the ability to perform behaviors to control childbirth situations and confront with incidents during childbirth. Perceived childbirth self-efficacy was assessed by using the Childbirth Self-Efficacy Inventory created by Lowe (1993) based on the concept of Bandura's Self-Efficacy Theory (1997), translated into Thai and modified by Kamontip Tanglakmankong (2010). High overall scores mean parturients have high perceived childbirth self-efficacy.

Birth satisfaction means positive feelings or attitude of parturients toward personal ability to perform behaviors to confront past situations during childbirth. Birth satisfaction was assessed using the birth satisfaction questionnaire modified from the self-confidence measuring form translated into Thai and modified by Kamontip Tanglakmankong (2010) from Lowe's Childbirth Self-Efficacy Inventory (1993), which was created based on Bandura's Perceived Self-Efficacy Theory (Bandura, 1997). High overall scores mean parturients had high birth satisfaction.

Research Methodology

The researcher requested approval for this study from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, and requested approval from the Human Research Ethics, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After receiving approval, the researcher presented a letter to the Obstetric-Gynecological Research Unit, Ramathibodi Hospital, the Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department, Phramongkutklao Hospital, to consider appropriateness before data collection. Once the researcher received approval for data

collection at each hospital, the researcher met with the heads of the Antenatal Care Unit and the Postpartum Patient Ward to introduce herself, explain the research objectives and data collection methodology. Data were collected by purposive sampling as follows:

1. The parturients who came to receive antenatal care services at gestational ages of 37 weeks and up, gave birth naturally and were interviewed during the 24 hours postpartum. The parturients were evaluated and found to have physical and psychological readiness for completing questionnaires.
2. No complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period.
3. Infants with no complications or congenital disabilities.
4. Ability to read, write and speak Thai.
5. Consent to participate in the study from the gestational age of 37 weeks and up until the parturients reached the period of 24 hours after giving birth before the parturients are discharged home.

The researcher set the sample size based on Cohen's power analysis (1998) for determining correlation analysis. According to the literature review, the researcher obtained an effect size of .20 (Berentson-Shaw, 2009; Tanglakmankhong, 2010), error at $\alpha = .05$ and power of the test at .80. The researcher opened Cohen's ready-made table (Cohen, 1998: 78-80) and obtained at least 194 subjects. Thus, the researcher specified 200 subjects in this study consisting of 200 parturients.

The research instrumentation was composed of the following three questionnaires:

1. The Demographic Data Questionnaire was created by the researcher to collect personal data related to the parturients' characteristics consisting of age, level of education, family income, number of deliveries, pain relief medications and labor induction.
2. The Childbirth Self-Efficacy Inventory was modified by the researcher from Lowe's Childbirth Self-Efficacy Inventory (1993) translated into Thai by Kamontip Tanglakmankhong (2010). The instrument was created based on Bandura's Self-Efficacy Theory (1977). When the instrument was used to assess perceived childbirth self-efficacy in 200 parturients, the Cronbach's Alpha Coefficient was .96.

3. The Birth Satisfaction Questionnaire was modified by the researcher based on Lowe's Childbirth Self-Efficacy Inventory (1993) translated into Thai by Kamontip Tanglakmankhong (2010). The instrument was created based on Bandura's Self-Efficacy Theory (1977). When the instrument was used to assess birth satisfaction in 200 parturients, the instrument obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .96.

Data Collection

After receiving permission to collect data in compliance with research procedures, the researcher collected data in person on two occasions as follows:

1. Data were collected for the first time at the Antenatal Care Units at 8:00 am – 12:00 pm. Data were collected at Ramathibodi Hospital on Mondays, Wednesdays and Fridays. Data were collected at Phramongkutklao Hospital on Tuesdays and at Bhumibol Adulyadej Hospital on Thursdays. The subjects were selected based on inclusion criteria from the patients' medical records. The researcher then introduced herself and explained that data collection methods by asking for cooperation in data collection from the subjects on two occasions. In addition, the researcher provided additional explanation based on the information sheets provided for the participants. Once the subjects had consented to participate in the study, the researcher asked for cooperation and had the subjects sign informed consent forms. Then the researcher distributed questionnaires to the subjects and explained how to complete questionnaires in order to build understanding before the subjects began completing the demographic data questionnaire and the perceived childbirth self-efficacy using 15 minutes. When the subjects completed questionnaires, the researcher examined data integrity and thanked the subjects.

2. Data were collected on the second occasion at the Postpartum Patient Ward. When the subjects gave birth and met the inclusion criteria, the researcher met the subjects within 24 hours postpartum. The researcher assessed readiness to complete questionnaires herself on every occasion. And when the subjects were ready to complete the questionnaires, the researcher distributed the birth satisfaction questionnaire to the subjects and provided explanations on completing questionnaires to build understanding between the subjects and the researcher. Later, the subjects

began completing questionnaires, which took approximately 10 minutes. Once the subjects had completed the questionnaires, the researcher examined them for data integrity and thanked the subjects.

Data Analysis

The researcher analyzed statistical data with a computer program as follows:

1. The parturients' demographic data such as age, level of education, family income, number of childbirths, pain relieving medications and labor induction were analyzed by frequency distribution, percentage, range, mean and standard deviation.
2. Perceived childbirth self-efficacy scores and birth satisfaction scores were analyzed by determining range, mean and standard deviation.
3. The correlation between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction of parturients were analyzed by using Pearson's Product Moment Correlation. Before data analysis, the researcher tested the basic agreements using the Kolmogorov-Smirnov Test and found perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction to have normality. In addition, linearity testing by doing a scatter plot found the graph to be linear in line with basic agreements for using Pearson's Product Moment Correlation.

Research Findings

The subjects were composed of 200 parturients aged 18 – 40 years with a mean age of 27.43 years (SD = 5.25). Their level of education ranged from 5 – 18 years with a mean of 12.75 years (SD = 3.06) and the subjects had a mean monthly family income of 4,000 – 256,000 baht at a mean of 32,701.75 baht/month (SD = 29,245.60, Mode = 30,000). Half of the subjects were primiparous mothers (50%) while the remaining subjects were multiparous mothers (50%). The subjects received pain-relieving medication during childbirth (31.00%) and did not receive pain-relieving medications during childbirth (69.00%). With regard to labor induction, the

subjects were found to have received labor induction (63.50%) and did not receive labor induction (36.50%).

Analysis of perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction scores found the subjects to have a mean perceived childbirth self-efficacy score of 120.25 points (SD = 22.69) and a birth satisfaction score of 119.40 points (SD = 25.23) (Table 1).

Table 1 – Range, Mean and Standard Deviation of Perceived Childbirth Self-Efficacy Scores and Birth Satisfaction Scores (n = 200)

Variables	Range		Mean	Standard Deviation
	Possible Score	Real Score		
Perceived Childbirth Self-Efficacy	16 - 160	42 - 160	120.25	22.69
Birth Satisfaction	16 - 160	45 - 160	119.40	25.23

Hypothesis Testing Outcome

Analysis of Pearson's Product Moment Correlation to test the research hypothesis found perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with birth satisfaction with statistical significance ($r = .64$, $p < .05$) (Table 1). The findings support the hypothesis.

Table 2 – Pearson's Product Moment Correlation of Perceived Childcare Self-Efficacy and Birth Satisfaction (n = 200)

Variable	1	2
1. Perceived Childbirth Self-Efficacy	1.00	.64*
2. Birth Satisfaction		1.00

* $p < .05$

Discussion of the Findings

The findings of this study revealed perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with birth satisfaction of the parturients with statistical

significance ($r = .64, p < .01$). The findings support the hypothesis, meaning the parturients with good perceived childbirth self-efficacy had satisfaction in personal childbirth ability. This can be explained in line with Bandura's Self-Efficacy Theory (Bandura, 1977; 1986; 1997) in that people who performs a behavior employ cognitive processes to judge the person's ability to successfully manage the situation based on expectations depending on two factors, namely, efficacy, which is the person's belief in personal ability to successfully perform that behavior and efficacy belief, which is a belief before performing behaviors, and outcome expectancy, which is the person's expectations after successfully performing that behavior (Bandura, 1986; 1997; Chulaporn Sota, 2011; Sompoch Iamsupasit, 2013).

The context of parturients is the same. Parturients with perceived childbirth self-efficacy have confidence in personal abilities, feel valued and are able to adapt to coping with situations during labor and childbirth. This leads to good self-control during labor and childbirth situations with appropriate behavior performance during childbirth, which is efficacy belief according to Bandura's concept (1997). This finding concurs with a study conducted by Gourounti, Kouklaki, & Lykeridou (2015) who found perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with perceived self-esteem with statistical significance ($r = .24, p < .01$). In addition, Choi and colleagues (2012) found perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with adaptation to coping with labor and childbirth situations with statistical significance ($r = .80, p < .005$). Furthermore, apart from feeling valued and being able to adapt to confront childbirth situations, parturients can confront pain during childbirth well and be able to perform behaviors during childbirth appropriately without need for pain-relief medications during labor and childbirth (Lowe, 1993; Strickman & Altmaier, 2001). The aforementioned studies concur with the study of with Sirina Sindamrong (2004) who found perceived self-efficacy to have influence on performance of behaviors to confront pain during labor with statistical significance ($\beta = .36, p < .01$). Similarly, Janpen Ampat and colleagues (2011) found perceived childbirth self-efficacy to be related to appropriate behaviors during childbirth with statistical significance ($r = .47, p < .05$). Furthermore, parturients who developed perceived childbirth self-efficacy from all four sources of learning based on Bandura's concept were found to be able to confront pain during childbirth and control

themselves to overcome childbirth situations (Howharn, 2008; Jaruan Rungsiyanond, 1997; Natnicha Kumpala, 2003). This concurred with Chantana Proyngern and colleagues (2015) who found primiparous mothers who received the program for promoting perceived childbirth self-efficacy from all four sources of information to have better perceived childbirth self-efficacy and self-control during childbirth than primiparous mothers who did not receive the program with statistical significance ($p < .01$ and $p < .01$, respectively).

When the parturients had self-confidence in their childbirth capabilities, the parturients noticeably perceived self-esteem and adapted to coping with situations during labor and childbirth by exercising self-control during childbirth and performing appropriate behaviors during labor and childbirth to make it through the situation (Lowe, 1991; 1993). And when the parturients passed through childbirth, they felt successful and proud due to awareness that the parturients were able to give birth to an infant, leading to satisfaction in childbirth capabilities (Boontawee Soontornlimsiri, 2008; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014; Sunisa Tosopon, 2016). This concurs with a study conducted by Knapp (1996) and Fair & Morrison (2012) who found perceived self-control during childbirth to be positively correlated with birth satisfaction with statistical significance ($r = 0.68$, $p < 0.001$ and $r = .83$, $p < .001$, respectively). Similarly, Goodman and colleagues (2004) found pain during labor and childbirth to be negatively correlated with birth satisfaction. In the meantime, self-control during childbirth was positively correlated with birth satisfaction with statistical significance ($r = -.29$, $p < .05$ and $r = .59$, $p < .001$, respectively). Moreover, Christiaens & Bracke (2007) found self-control during childbirth to influence birth satisfaction with statistical significance ($\beta = .33$, $p < .001$). When parturients perceive self-control to pass through childbirth situations according to expectations, the parturients have birth satisfaction. Birth satisfaction is an outcome of self-evaluation by parturients. Thus, birth satisfaction is outcome expectancy in Bandura's concept

This study found parturients with good perceived childbirth self-efficacy to have high birth satisfaction. The findings concur with the studies of Tanglakmankhong (2010) and Berentson-Shaw and colleagues (2009) who found perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with satisfaction about childbirth experience with statistical significance ($r = .21$, $p < .01$ and $r = .19$, $p < .01$, respectively). In

addition, Cunqueiro and colleagues (2017) found perceived childbirth self-efficacy to be positively correlated with pain management during childbirth with statistical significance ($r = .46, p < .001$) and pain management behaviors during childbirth also influenced birth satisfaction with statistical significance ($\beta = .50, p < .001$). Parturients with perceived childbirth self-efficacy are able to manage situations during labor and childbirth. Moreover, these parturients assess and determine labor and childbirth to be good experiences and ultimately feel satisfied about childbirth. Parturients who feel satisfaction in personal childbirth ability are more likely build good relationships between parturients and infants, creating feelings of love and good adaptation to motherhood roles in addition to creating effects on confidence during future pregnancies and deliveries (Agu, Oqua, Agada, Ohiaeri, & Adesina, 2014; Hodnett, 2002; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Reynolds, 1997; Simkin, 1992).

Conclusion of the Findings

According to the findings, perceived childbirth self-efficacy was positively correlated with birth satisfaction with statistical significance ($r = .64, p < .05$). Therefore, midwifery nurses should promote confidence in parturients to cope with childbirth situations in order to help parturients have good perceived childbirth self-efficacy leading to satisfaction in personal childbirth ability.

Research Limitations

Because this study included only a specific group of subjects, the researcher was unable to randomly select the subjects. Furthermore, this study was conducted among subjects who resided in an urban environment and each data collection site was a major government hospital. Thus, the findings of this study cannot be used to refer to parturients in different environments.

Recommendations for Implementation of the Findings

Nursing Practice – Midwifery nurses should evaluate confidence among parturients in performing behaviors to cope with labor and childbirth situations. In addition, providing knowledge and recommendations on preparing for childbirth will help parturients make it through labor and childbirth situations. This will result in satisfaction in personal childbirth ability.

Nursing Education – Education should be provided for nursing students to recognize the importance of promoting confidence during labor and childbirth to help parturients feel satisfied in personal childbirth ability by providing knowledge on preparations for childbirth during the parturients' pregnancies.

Nursing Research – Studies should be conducted on the factors influencing childbirth self-efficacy and birth satisfaction in primiparous and multiparous parturients. Moreover, additional studies should be conducted on the correlations between other factors such as nurses' support, self-esteem and birth satisfaction of primiparous and multiparous parturients.

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *โรงเรียนพ่อแม่ คุณแม่ตั้งครรภ์*. นครสวรรค์: แอ็บปีกราฟฟิค
- ขนิษฐา ใจชื่น. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับ และ ความพึงพอใจในการพยาบาลระยะคลอดของผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา โปรยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และวรรณทนา สุกสีมานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และการควบคุมตนเองในระหว่างคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 1-12.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา วิชกุล, และอารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครั้งแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(2), 28-37.
- จันทิมา ชินสร้อย. (2549). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจในบริการของผู้คลอดและครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). *ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร วรวงศ์. (2558). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคลอด*. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- จิราวรรณ คล้ายวิเศษ. (2558). *ผลของการนวด การประคบร้อน และการนวดร่วมกับการประคบร้อน ต่อระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และการรับรู้ประสบการณ์*

การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฬารักษ์ โตตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนิดาภา เนียมปัสชา, ศรีอย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตว์ศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และความเหนื่อยล้าหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(4), 56-64.

ณัฐนิชา คำปาละ. (2546). ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ คล้ายขำ. (2556). ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญทวี สุนทรลัมศิริ. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาศรี เกิดเกรียงไกร, ปราณี ชีรโสภณ, ปิยะนุช บุญเพิ่ม, และอุสาห์ สุกรพันธ์. (2542). การดูแลตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์และครอบครัวในระยะคลอด. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปาริชาติ กู้ช และยุวดี ฤาชา. (2556). สถิติสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

ปิยพร นิสสัยกล้า. (2550). ผลของการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียด ความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ. (2542). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 116, (หน้า 1-23).

- พริยา ศุภศรี. (2551). *การพยาบาลในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- วรลักษณ์ สมบูรณ์พร. (2558). การเจ็บครรภ์คลอดผิดปกติ. ใน ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, ประพนธ์ บุษศิริ, ศรีนารี แก้วฤดี, โฉมพิลาส จงสมชัย, และเจน โสธรวิทย์ (บรรณาธิการ), *สูติเวชในเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 468-493). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2554). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59-63.
- ศิริวรรณ ยืนยงและนันท์นภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิด ต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของ มารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 67-82.
- สิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโรวรรณ, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2557). ผลของโปรแกรมการ สนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อ ความเครียด ความเจ็บปวด และความ พึงพอใจต่อการคลอดใน ผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 42-54.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ สุทัศนวรุดิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และ กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (2554). อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย. ใน สมศักดิ์ สุทัศนวรุดิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ), *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สินีนานู หงษ์ระนัย. (2555). *การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- สุกัญญา ปริสฺณกุล, จวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร*, 40, 84-93.
- สุกัญญา ปริสฺณกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สุชาดา รัชชกุล. (2550). ผลลัพธ์ของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดโดยการเร่งคลอด. *วารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 44-59.
- สุนิษา โตโสภณ. (2559). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุปราณี อัทธเสรี, และเขาวลัษณ์ เสรีเสถียร. (2531). *การศึกษาระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด*. รายงานผลการวิจัย ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *ตัวชี้วัดสำคัญ*. เข้าถึง 23 สิงหาคม 2560 สืบค้นข้อมูลจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014>.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Agu, K. A., Oqua, D., Agada, P., Ohiaeri, S. I., & Afusat Adesina. (2014). Assessment of satisfaction with pharmaceutical services in patients receiving antiretroviral therapy in outpatient HIV treatment setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(3), 636-647.
- Ahmar, E. A., & Tarraf, S. (2014). Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4(10), 585-611.
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94(1), 85-100.
- Attanasio, L. B., McPherson, M. E., & Kozhimannil, K. B. (2014). Positive childbirth experiences in U.S. hospitals: A mixed methods analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1280-1290.
- Bahl, R., Strachan, B., & Murphy, D. J. (2004). Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: Cohort study. *British Medical Journal*, 328(7435), 311.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of human Behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 410-418.
- Bennington, L. K. (2012). The relationship among maternal–infant bonding, spirituality, and maternal perception of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), 137-137.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373.
- Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E., . . . Ambrosini, G. (2012). Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. *Midwifery*, 28(2), 265-274.
- Bowman, M. A., Herndon, A., Sharp, P. C., & Dignan, M. B. (1992). Assessment of the patient-doctor interaction scale for measuring patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 19(1), 75-80.
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34.
- Bugg, G. J., Siddiqui, F., & Thornton, J. G. (2011). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Systematic Review* (7).
- Byrne-Lynch, A. (1991). Coping strategies, personal control and childbirth. *The Irish Journal of Psychology*, 12(2), 145-152.
- Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 508-518.
- Cheung, W., Ip, W. Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123-130.

- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and childbirth*, 7(1), 1-12.
- Chuahorm, U., Sripichyakarn, K., Tungpunkom, P., Klunklin, A., & Kennedy, H. P. (2007). Fear and suffering during childbirth among thai women. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(1), 49-61.
- Choi, W., Lee, G., Chan, C. H., Cheung, R. Y., Lee, I. L., & Chan, C. L. (2012). The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2633-2645.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 23(2), 167-180.
- Cohen, J. (Ed.). (1998). Multiple regression and correlation analysis. In *Statistical power analysis for the behavioral science* (2 nd ed., pp. 407 - 466). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, D. (2009). Childbirth Self-Efficacy Inventory: psychometric testing of the Spanish version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2710-2718.
- Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, D. (2017). Self-efficacy, use of coping behavior strategies and experience of childbirth in low risk pregnancy. (Unpublished dissertation). CCD Technical Report 01/2017.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth Without Fear*. New York: Haper and Rows.
- Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: Validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 613-622.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R. B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, 20(2), 144-156.
- Essex, H. N., & Pickett, K. E. (2008). Mothers without companionship during childbirth: An analysis within the millennium cohort study. *Birth*, 35(4), 266-276.

- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), 245-252.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Ghani, A., Mahmoud, R., & Berggren, V. (2011). Parturient needs during labor: Egyptian women's perspective toward childbirth experience, a step toward an excellence in clinical practice. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 1(12), 2935-2943.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(3), 254-260.
- Gourounti, K., Kouklaki, E., & Lykeridou, K. (2015). Childbirth efficacy: Validating the childbirth self-efficacy inventory in a Greek sample of pregnant women. *Midwifery*, 31(7), 742-749.
- Guedes, M., & Canavarro, M. C. (2016). Perceptions of influencing factors and satisfaction with the timing of first childbirth among women of advanced age and their partners. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1797-1816.
- Guittier, M. J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 254.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 186(5), 160-172.
- Hottenstein, S. E. (2005). Continuous labor support. *AWHONN Lifelines*, 9(3), 242-247.
- Howharn, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas* (Unpublished doctoral dissertation). The University of Texas at Austin.

- Ip, W. Y., Chan, D., & Chien, W. T. (2005). Chinese version of the Childbirth self-efficacy Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 625-633.
- Ip, W. Y., Tang, C. S., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135.
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education And Health Promotion*, 4(6), 31-37.
- Karlstrom, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-8.
- Khaikin, R., Marcus, Y., Kelishek, S., & Balik, C. (2016). The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clinical Nursing Studies*, 4(3), 39.
- Kish, J. A. (2003). *The development of maternal confidence for labor among nulliparous pregnant women* (Unpublished doctoral dissertations). University of Maryland, College Park.
- Kizilirmak, A., & Baser, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24.
- Knapp, L. (1996). Childbirth satisfaction: The effects of internality and perceived control. *The Journal of Perinatal Education*, 5(4), 7-16.
- Ladewig, P. A. W., London, M. L., Davidson, M. R., Jelliffe, D. B., Jelliffe, E. P., & Crump, I. M. (2006). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (6 th ed.). London: Julie Levin Alexander.
- Larsen, K., O'Hara, M., Brewer, K., & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive And Infant Psychology*, 19(3), 203-214.
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89.
- Lee, C. (2000). Psychology of women's health: A critique. *British Psychological Society*. London: Leicester

- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 16(5), 577-582.
- Lomas, J., Dore, S., Enkin, M., & Mitchell, A. (1987). The labor and delivery satisfaction index: The development and evaluation of a soft outcome measure. *Birth*, 14(3), 125-129.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2016). Labor and birth process. In Ellen F. Olshansky (Ed.), *Maternity and women's health care* (11th ed., pp. 367-380). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health*, 12(4), 237-245.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor a self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2) : 141-9.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
- Mohammad, K., Alafi, K., Mohammad, A., Gamble, J., & Creedy, D. (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International nursing review*, 61(2), 278-284.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6 th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Neerland, C. E. (2013). Continuous labor support. *Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth*, 91-103.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekstrom, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1-6
- Niven, C. A., & Gijsbers, K. (1996). Coping with labor pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(2), 116-125.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing practice*, 15(6), 525-533.

- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6 th ed.). New york: Lippincott Williams & Wilkins.
- Promrak, P. (2004). *The effect of integrated pain management program on labor pain, duration of first stage of labor, and childbirth experience in primiparous mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternal and Newborn nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Reynolds, L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, 156(6), 831-835.
- Roberts, J. E. (2002). The “push” for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(1), 2-15.
- Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 238-245.
- Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. (2010). The coping with labor algorithm: An alternate pain assessment tool for the laboring woman. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 107-116.
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenstrom, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care-a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 474-487.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Salomonsson, B., Bertero, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(2), 191-202.
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 29.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2), 64-81.

- Sinclair, M., & O'Boyle, C. (1999). The childbirth self-efficacy inventory: A replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1416-1423.
- Sindamrong, S. (2004). *Marital relationship, self-efficacy in labor pain coping, and pain coping behavior during labor of the first-time mothers*. Master's thesis of Nursing Science (Maternal and Newborn nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B., & Fraser, R. (2000). Antenatal predictors and use of coping strategies in labour. *Psychology and Health*, 15(4), 555-569.
- Slade, P., MacPherson, S., A Hume, & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 469-483.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-559.
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth*, 30(3), 189-194.
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 1-12.
- Stockman, A. F., & Altmaier, E. M. (2001). Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(3), 161-166.
- Sun, Y.-C., Hung, Y.-C., Chang, Y., & Kuo, S.-C. (2010). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, 26(6), 31-36.
- Swift, E. M., Gottfredsdottir, H., Zoega, H., Gross, M. M., & Stoll, K. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 41-46.
- Sydsjo, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjorn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15, 115.

- Symon, A., MacDonald, A., & Ruta, D. (2002). Postnatal Quality of Life Assessment: Introducing the Mother-Generated Index. *Birth*, 29(1), 40-46.
- Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International journal of preventive medicine*, 5(10), 1247-1254.
- Tampawiboon, k. (2005). *Effect of childbirth preparation on fear, labor pain-coping behaviors, and in primiparas*. Master's thesis of Nursing Science (Maternal and child nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Tanglakmankhong, K. (2010). *Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women*. (Unpublished doctoral dissertation), Oregon Health and Science University.
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. (2011). Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 193-203.
- Tilden, E. L., Caughey, A. B., Lee, C. S., & Emeis, C. (2016). The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(4), 465.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2004). *Varney's midwifery* (4 th ed.). Massachusetts: Jones and Bartlett Learning.
- Vasegh Rahimparvar, S. F., Hamzehkhani, M., Geranmayeh, M., & Rahimi, R. (2012). Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1), 63-70.
- Walker, D. S. (2016). Labor and birth process. In Ellen F. Olshansky (Ed.), *Nursing care of the family during labor and birth*. (11th ed., pp. 430-472). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, 47(5), 471-482.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

- Waldenstrom, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-560.
- Yuenyong, S., Jirapaet, V., & O'Brien, B. A. (2008). Support from a close female relative in labour: The ideal maternity nursing intervention in Thailand. *Journal Medical Association Thailand*, 91(2), 253-260.
- Yurachai, M. (2006). *The effects of directed versus spontaneous pushing on postpartum fatigue, perineal pain and childbirth satisfaction*. Master's thesis of Nursing Science (Maternal-Newborn and Women's Health Nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Zamani-Alavijeh, F., Shahry, P., Kalhory, M., Haghighizadeh, M. H., Sharifirad, G. R., & Khorsandi, M. (2011). Identification of factors related to elective cesarean labor: A theory-based study. *Journal of Shahed University*, 19, 1-11.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

1. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมการแพทย์ทหารบก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๒๓๐

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๓ - ๖๐ - ๕๘ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาววิชญา จิระกาล

ที่ทำงาน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)

วันที่รับรอง
ระยะเวลาในการศึกษา

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
๘ เดือน

Copyright by Mahidol University



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

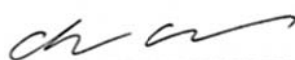
Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No MURA2017/230

Title of Project	The Relationship between Perceived Childbirth Self-Efficacy and Birth Satisfaction of Parturients
Protocol Number	ID 03 – 60 – 58
Principal Investigator	Miss Wichaya Jirakarn
Official Address	Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


.....
Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.

Copyright by Mahidol University

Date of Approval
Duration of Study

March 17, 2017
8 Months



ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

317/5 ถนน ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, (662) 763-4297, (662) 763-4270 โทรสาร (662) 354-9011

www.irbta.pmk.ac.th, www.amed.go.th/rtamed/irbta/ E-mail: irbta@yahoo.com, irbta@amed.go.th

ที่ IRBTA ๔๒๑/2560

20 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอชี้แจงการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง

เรียน นางสาว วิชญา จิระกาล

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม ฉบับที่ 2 วันที่ 22 พฤษภาคม 2560 (รหัส Q006q/60) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด” [The relationship between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction of parturients] นั้นคณะกรรมการฯ ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2560 และมีระยะเวลาการรับรอง 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองโครงการวิจัย และความถี่ในการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี (ควรส่งรายงานความก้าวหน้างานวิจัย ภายใน 1 เดือน ก่อนหมดอายุ เพื่อพิจารณาการรับรองต่อเนื่อง) คณะอนุกรรมการฯ ขอชี้แจงเกี่ยวกับการส่งรายงานต่างๆ มายังคณะกรรมการฯ ดังนี้

- (1) แบบรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) (RF 02_2555) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งโครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่การแก้ไขเพิ่มเติมนั้นกระทำเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (2) รายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress report) (RF 03_2555) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการฯ กำหนด และในกรณีที่การวิจัยยังไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย
- (3) รายงานสรุปผลการวิจัย(Final report) (RF 04_2555) และบทคัดย่อภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ เมื่อการวิจัยสิ้นสุดแล้ว
- (4) รายงานการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัย (RF 05_2555) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
- (5) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (RF 06_2555 หรือ RF 07_2555) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง ให้รายงานตามข้อกำหนดของ ICH GCP

หมายเหตุ สามารถ Download แบบรายงานต่างๆ ได้ที่ <http://www.irbta.pmk.ac.th>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(แสงแข ขำนาญวงกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

Copyright by Mahidol University

พ.อ.สพพล อนันต์นำเจริญ (ตรวจ/ร่าง) 15 มิ.ย. 60

น.ส.กาญจนา หุ่นจันทร์ (พิมพ์/ทาน) 15 มิ.ย. 60



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก
317/5 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IRBTA. 921 / 2560

รหัสโครงการ: Q006q/60

ชื่อโครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด
[The relationship between perceived childbirth self-efficacy and birth satisfaction of parturients]

เลขที่โครงการวิจัย :

-

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว วิชาญ จิระกาล

สังกัดหน่วยงาน : โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำการวิจัย: หน่วยฝากครรภ์ หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 1 วันที่ 10 เมษายน 2560
2. โครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 พฤษภาคม 2560
3. แบบเก็บข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 10 เมษายน 2560
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 พฤษภาคม 2560
5. ประวัติผู้วิจัย นางสาว วิชาญ จิระกาล ฉบับที่ 1 วันที่ 10 เมษายน 2560
6. ประวัติที่ปรึกษา ดร. จันทิมา ขนบดี ฉบับที่ 1 วันที่ 10 เมษายน 2560
7. ประวัติที่ปรึกษา พ.ท.หญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร ฉบับที่ 2 วันที่ 8 มิถุนายน 2560

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏินญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 12 มิถุนายน 2560

วันสิ้นสุดการรับรอง: 11 มิถุนายน 2561

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พันเอกหญิง.....

(แสงแข ขำฉานวนกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอก.....

(ชาญชัย ไตรวาริ)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พ.อ.สพท. อนันต์นำเจริญ (ตรวจ/ร่าง) 15 มิ.ย. 60

น.ส.กาญจนา ห่มจันทร์ (พิมพ์/ทาน) 15 มิ.ย. 60

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและความเต็มใจ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย กรมการแพทย์ทหารบก โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า



ID 03-60-58 ย
COA NO. MURA2017/230
วันที่รับรอง 17 มีนาคม 2560

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอคลึงกับความพึงพอใจต่อการคลอคลึงของผู้คลอ
ชื่อผู้วิจัย นางสาววิชาญา จิระกาล
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่ใบระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาง/นางสาว/ค.ญ. ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจน
ประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัย
ในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้า
สามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะ
เก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูล
เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)
..... (พยาน)
..... (พยาน)
วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่จะเกิดขึ้นแก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ (แพทย์หรือผู้วิจัย)
วันที่

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าว
ข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย



ID 03-60-58 ย
COA NO. MURA2017/230
วันที่รับรอง 17 มีนาคม 2560

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอດกับความพึงพอใจต่อการคลอດของผู้คลอດ

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิภา จิระกาล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว ได้ทราบรายละเอียดของ

โครงการวิจัยคลอດจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและ
ยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถาม
ผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ
นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย
การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ คลอດจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าว
ข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

Copyright by INSTITUTIONAL REVIEW BOARD ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

APPROVED 12 JUN 2017

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

ในกรณีท่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย อายุน้อยกว่า 18 ปี/ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น..... (บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของ.....อนุญาตให้.....เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT



APPROVED 12 JUN 2017

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรมการแพทย์ทหารบก โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า



ID 03-60-58 ย
COA NO. MURA2017/230
วันที่รับรอง 17 มีนาคม 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

- ชื่อโครงการ** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด
- ชื่อผู้วิจัย** นางสาววิษุฒา จิระกาล
- สถานที่วิจัย** หน่วยศุ่ดงครรร์รค์ รัน 2 อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาริบดี
หน่วยศุ่ดงครรร์รค์ รัน 1 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
หน่วยศุ่ดงครรร์รค์ หอสูตินารีกรรรม รัน 2 อาคารคุ่มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
หอผู้ป่วยสูติกรรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ - นรีเวช อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาริบดี
หอผู้ป่วยสูติกรรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรรม 6 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
หอผู้ป่วยสูติกรรรมหลังคลอด อาคารคุ่มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- บุคคลและวิธีการติดค่อเมื่อมีเหตุถูกเงินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**
1. นางสาววิษุฒา จิระกาล หมายเลขโทรศัฟท์ 087-568-4228
 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี หมายเลขโทรศัฟท์ 085-158-7630

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การคลอดเป็นประสการณั่ที่มีค่าและพิเศษแ่ดในขณะเดียวกันถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้คลอดด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพึงพอใจต่อการคลอดจึงเป็นคั่ชีวิตอย่างหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบ่งบอกได้ว่าผู้คลอดสามารถผ่านพ้นระยะคลอดได้ด้วยดีและมีประสการณั่การคลอดที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรรม พบว่า การที่ผู้คลอดจะมีการรับรู้ประสการณั่การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดได้นั้นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด ผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะสามารถควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ประสการณั่การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ซึ่งการทำความเข้าใจถึงความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดที่เกิดจากความพึงพอใจในความสามารถของ ผู้คลอดจะนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอด มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจของผู้คลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจ ต่อการคลอดของผู้คลอด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติคือผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ การคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ณ หน่วยผ่าครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ประมาณ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล อีกครั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังคลอดจะอยู่ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป จนถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างจะพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ - นรีเวช อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาริบัติ หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด ประมาณ 10 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้คลอด โดยเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์-พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทาง การพยาบาลตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทาง แก่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการคลอดเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบ แบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยท่านสามารถตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล หรือการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้ ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะผลการสรุปจากการทำวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทาง

วิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่างๆ โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละราย นอกจากนี้ผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้นอกเหนือจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว จะต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อนทุกครั้ง

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เบอร์โทร 02-201-1544

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด
วันที่ชี้แจง

ชื่อผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย นางสาววิทยา จิระกาล

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้ อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ แพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือ ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดย **ชอบธรรม**ของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึง ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีค่าและพิเศษแต่ในขณะเดียวกันถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้คลอดด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพึงพอใจต่อการคลอดจึงเป็นหัวข้ออย่างหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด ซึ่งบ่งบอกได้ว่าผู้คลอดสามารถผ่านพ้น ระยะคลอดได้ด้วยดีและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้คลอดจะมีการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดได้นั้นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของผู้คลอดเกี่ยวกับความสามารถที่จะเผชิญกับ สถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดผู้คลอดที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดที่ดีจะสามารถควบคุมตนเองและเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การรับรู้ ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอดในที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ซึ่งการทำความเข้าใจถึงความพึงพอใจ ต่อการคลอดของผู้คลอดที่เกิดจากความพึงพอใจในความสามารถของผู้คลอดจะนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการคลอดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจของผู้คลอดทั้ง ในระยะสั้นและระยะยาว

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT



RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด โดยอยู่ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งประเมินแล้วว่า ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการตอบแบบสอบถาม

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป หากอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้มีอำนาจกระทำการแทน

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

4. ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความพิการแต่กำเนิด

5. สามารถอ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้

6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ขึ้นไป

จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ท่านมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนหน้านี้

2. ทารกในครรภ์ของท่านไม่ได้อยู่ในท่าที่เหมาะสมในการคลอดทางช่องคลอด

3. ท่านไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการตอบแบบสอบถาม

4. ท่านปฏิเสธหรือไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้น ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลรามารามิบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ - นรีเวช อาคาร 1 โรงพยาบาลรามารามิบัติ หอผู้ป่วยสูติกรรม 4 และหอผู้ป่วยสูติกรรม 6 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอด อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามารามิบัติ จำนวน 100 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย และ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 50 ราย ในอัตราส่วน 2 : 1 : 1

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งเท่าใด

โครงการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ท่านอยู่ในระยะตั้งครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จากนั้นจะติดตามท่านเมื่ออยู่ในระยะหลังคลอดและยังอยู่ในคุณสมบัติที่กำหนดในช่วง 24 ชั่วโมงระยะหลังคลอดขึ้นไปถึงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งประมาณ 10-15 นาที

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าพบท่านเพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และสอบถามเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้คลอด โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้อย หากท่านแสดงสีหน้าลำบากใจหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้คลอดตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้คลอดลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ท่านด้วยตนเองในบริเวณที่เหมาะสม ณ หน่วยฝากครรภ์ พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามให้เกิดเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้วิจัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงเพื่อเปิดโอกาสให้ท่านซักถามข้อสงสัยในแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และจะขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งที่เตียงของท่านหรือห้องที่ผู้คลอดเข้าพัก

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT



RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามให้เกิดเข้าใจที่ตรงกันอีกครั้ง โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 – 15 นาที หากท่านรู้สึกไม่สบายหรือไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือขอออกจากการศึกษาได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน แต่หากท่านรู้สึกไม่สบายขณะตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถขอลอดตัวจากโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา การพยาบาล หรือการให้บริการอื่น ๆ ที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้คลอด โดยเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลตามปกติ และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางแก่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ท่านไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้นในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

โครงการวิจัยครั้งนี้มีขึ้นเพื่อประโยชน์ทางด้านการศึกษาและการให้การรักษาพยาบาลโดยการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการจากความสมัครใจและให้ท่านตอบแบบสอบถามขณะมาฝากครรภ์และพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล อีกทั้งโครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีทุนวิจัยสนับสนุน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่มีค่าตอบแทนใดให้กับท่าน

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา การพยาบาล หรือการให้บริการอื่น ๆ ที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน แต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ดังนั้นท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยได้ตามข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัย ชื่อ นางสาววิทยา จิระกาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT



APPROVED 12 JUN 2017

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

ที่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 087-5684228

อีเมลล์ wichaya.jia@student.mahidol.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ที่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาล
รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 02-2010743

อีเมลล์ chantima.kha@mahidol.ac.th

ที่ปรึกษา ชื่อ พันโทหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลแผนกพยาบาลสูตินรีเวชกรรม
ที่ทำงาน บก.ภาค- กองสูตินรีเวชกรรม ชั้น 9 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โทรศัพท์ 02-354-7630 ต่อ 94062

อีเมลล์ chully.rungtiwa@hotmail.com

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัย ได้ตามข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัย ชื่อ นางสาววิษุฒา จิระกาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ที่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 087-5684228

อีเมลล์ wichaya.jia@student.mahidol.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ขนบดี
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ที่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาล
รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 02-2010743

อีเมลล์ chantima.kha@mahidol.ac.th

ที่ปรึกษา ชื่อ พันโทหญิง รุ่งทิวา จุลยามิตรพร
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลแผนกพยาบาลสูตินรีเวชกรรม
ที่ทำงาน บก.ภาค- กองสูตินรีเวชกรรม ชั้น 9 อาคารพัชรกิติยาภา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โทรศัพท์ 02-354-7630 ต่อ 94062

อีเมลล์ chully.rungtiwa@hotmail.com

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา ชั้น 5 วิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า เบอร์โทร 02-3547600-28 ต่อ 94297

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT



APPROVED 12 JUN 2017

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 22 พฤษภาคม 2560

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะผลการสรุปจากการทำโครงการวิจัยในภาพรวม โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละรายเท่านั้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้นกับตัวท่านและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา การพยาบาลหรือการให้บริการอื่น ๆ ที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับแต่อย่างใด และเมื่อพิจารณาคัดเลือกท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านจะไม่ถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้ยา)

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลเหล่านั้นโดยผู้วิจัยทันที

Copyright by Mahidol University

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

APPROVED 12 JUN 2017

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด
3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอด

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ตามข้อคำถามด้านล่างดังต่อไปนี้

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท

สำหรับผู้วิจัย

ครั้งที่ 1 วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

G.....P..... GA.....Wks.

ครั้งที่ 2 วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

การได้รับยาบรรเทาปวด ☐ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ

การได้รับยาแรงตลอด ☐ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด





ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๔๑๔/ก๖๖

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
๘๘ หมู่ ๑ ถนนมิตรภาพ ตำบลหนองไผ่
อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ๕๓๓๓๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ ๐๕๓๗.๐๒/๐๓๔๓๒ ลงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาววิชาญ จิระกาล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ทำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก” และได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ เรื่อง “Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women” เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี โดยนางสาวกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง อนุญาตให้ นางสาววิชาญ จิระกาล ใช้เครื่องมือการวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ และขอทราบผลการใช้เครื่องมือ เมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจิราพร วรวงศ์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี

กลุ่มงานวิจัย และผลงานวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๔ ๕๔๐๕ - ๖ ต่อ ๔๗๑ (ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง ๐๘๑ ๖๗๐๒ ๓๕๒)

โทรสาร ๐ ๔๒๒๐ ๗๘๘๗



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ปี 3081/๖

ครั้งที่ 1-3 ปี.ค. 2560 14.3

ครั้งที่ 2.....เวลา.....

ครั้งที่ 3.....เวลา.....

งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๔-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗/๐๒/๐๑๗๒๕

วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามหนังสือที่ ศธ. ๐๕๑๗.๐๒/๗๐๕ ลงวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๐ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาววิชญา จิระกาล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก" โดยมี ผศ.ดร.จันทิมา ขนบดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: อาจารย์ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาผลงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง " Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women" วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ว่าไม่ขัดข้อง อนุญาตให้นางสาววิชญา จิระกาล ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน ประธานหลักสูตร สาขาวิชาการผดุงครรภ์

- ☐ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน.....
☒ เพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบัณฑิตศึกษาและวิจัย

วันที่ 13/9/2560 เวลา 9.00

ลงวันที่ 4 มิ.ย. 2560

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์

- ☐ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☒ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน.....
☒ เพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู ทุกบุญ)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

- 4 มิ.ย. 2560

(ผ.อ. วิชาญ แก้วอ้อม)
รักษาการแทน รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย

- 5 มิ.ย. 2560

สัทธา ธนมา เพื่อ 16 พค.

ภาคผนวก จ
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

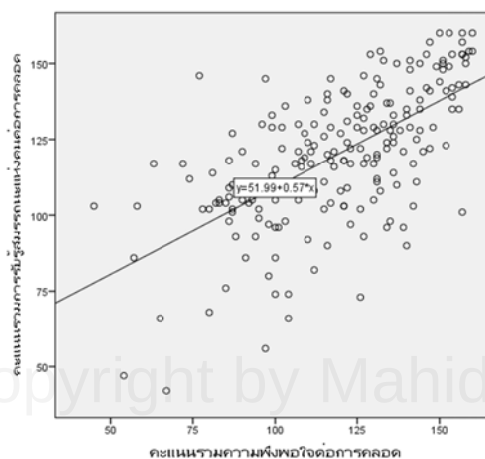
1. ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อการคลอด	คะแนนรวม ความพึงพอใจต่อการคลอด
N		200	200
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	120.25	119.40
	Std. Deviation	22.694	25.225
	Absolute	.063	.068
Most Extreme Differences	Positive	.040	.054
	Negative	-.063	-.068
Kolmogorov-Smirnov Z		.893	.967
Asymp. Sig. (2-tailed)		.402	.307

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

2. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามโดยการทำ Scatter plot



3. ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent t-test

จากตารางการแสดงผลการวิเคราะห์การกระจายคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov $Z = .842$ และ $.731$ ค่า $p = .478$ และ $.659$ ($p > .05$) สรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกมีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent t-test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (ผู้คลอดครรภ์แรก)

		คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อการคลอด	คะแนนรวม ความพึงพอใจต่อการคลอด
N		100	100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	115.60	115.46
	Std. Deviation	23.104	25.024
	Absolute	.084	.073
Most Extreme Differences	Positive	.048	.042
	Negative	-.084	-.073
Kolmogorov-Smirnov Z		.842	.731
Asymp. Sig. (2-tailed)		.478	.659

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

จากตารางการแสดงผลการวิเคราะห์การกระจายคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์หลัง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov $Z = .524$ และ 1.053 ค่า $p = .947$ และ $.217$ ($p > .05$) สรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์หลังมีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent t-test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (ผู้คลอดครรภ์หลัง)

		คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	คะแนนรวมความพึงพอใจต่อการคลอด
N		100	100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	124.89	123.34
	Std. Deviation	21.398	24.929
	Absolute	.052	.105
Most Extreme Differences	Positive	.050	.071
	Negative	-.052	-.105
Kolmogorov-Smirnov Z		.524	1.053
Asymp. Sig. (2-tailed)		.947	.217

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ค่าพิสัย ของตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด

Descriptive Statistics

	N	Min	Max	Mean		Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
				Statistic	Std. Error		Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
age	200	18	40	27.43	.371	5.251	.228	.172	-.809	.342
education	200	5	18	12.75	.217	3.064	-.421	.172	-.665	.342
income	200	4000	256000	32701.75	2067.976	29245.596	4.511	.172	27.647	.342
ข้อ 17 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	8.42	.120	1.696	-1.369	.172	2.231	.342
คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	42	160	120.25	1.605	22.694	-.600	.172	.524	.342
คะแนนรวมความพึงพอใจต่อการคลอด	200	45	160	119.40	1.784	25.225	-.460	.172	-.379	.342

2. คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนน
เฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอด

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ข้อ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	6.31	1.916
ข้อ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	7.24	1.947
ข้อ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	6.98	1.825
ข้อ 4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	7.07	1.971
ข้อ 5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	2	10	7.40	1.846
ข้อ 6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	6.94	1.851
ข้อ 7 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	7.25	1.869
ข้อ 8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	4	10	8.74	1.472
ข้อ 9 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	7.46	1.826
ข้อ 10 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	3	10	8.42	1.599
ข้อ 11 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	6.76	1.973
ข้อ 12 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	1	10	8.30	1.707
ข้อ 13 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	4	10	8.62	1.535
ข้อ 14 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	3	10	7.14	1.687
ข้อ 15 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	3	10	7.53	1.739
ข้อ 16 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	200	3	10	8.11	1.739

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ข้อ 1 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	3	10	6.78	1.873
ข้อ 2 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	3	10	7.31	1.702
ข้อ 3 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	7.10	1.951
ข้อ 4 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	7.06	2.343
ข้อ 5 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	7.32	2.069
ข้อ 6 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	6.80	2.060
ข้อ 7 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	3	10	7.09	2.014
ข้อ 8 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	3	10	8.32	1.704
ข้อ 9 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	2	10	7.28	1.993
ข้อ 10 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	7.82	1.969
ข้อ 11 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	6.76	2.184
ข้อ 12 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	8.17	1.821
ข้อ 13 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	8.34	1.673
ข้อ 14 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	7.47	1.897
ข้อ 15 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	2	10	7.74	1.780
ข้อ 16 ความพึงพอใจต่อการคลอด	200	1	10	8.07	1.744

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง

Independent Samples Test

		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	Equal variances assumed	.418	.519	-2.950	198	.004	-9.290	3.149
	Equal variances not assumed			-2.950	196.846	.004	-9.290	3.149
ความพึงพอใจต่อการคลอด	Equal variances assumed	.020	.888	-2.231	198	.027	-7.880	3.532
	Equal variances not assumed			-2.231	197.997	.027	-7.880	3.532

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด และความพึงพอใจต่อการคลอด

Correlations

		คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	คะแนนรวมความพึงพอใจต่อการคลอด
คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอด	Pearson Correlation	1	.635**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	200	200
คะแนนรวมความพึงพอใจต่อการคลอด	Pearson Correlation	.635**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	200	200

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคลอดของการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดกับความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอด

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประนอม ภูศรีทอง สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล สาขาวิชาการพยาบาลมารดา - ทารก และการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คุณนัทธ์หทัย วรรณทิม หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาววิชา จีระกาล

วัน เดือน ปีเกิด

31 ธันวาคม 2534

สถานที่เกิด

นครราชสีมา ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553-2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2558-2560

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย

ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับนักศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จากบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล (Supported in part by the Thesis Grant,
Faculty of Graduate Studies, Mahidol University)

ที่อยู่ปัจจุบัน

2365/46 คอนโด เอ สเปซ มี สุขุมวิท 77 ถนนอ่อนนุช แขวง
สวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

โทรศัพท์ : 087-568-4228

E-mail : Wichaya.jir@gmail.com

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ

สาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ : 02-201-0753