

產前錄影帶衛教介入措施對產婦 分娩自我控制成效之探討

翁敏雲¹/李從業²/李文宗³

1.國防醫學院護研所碩士

三軍總醫院呼吸照護中心

副護理長

2.美國匹茲堡大學產科護理博士

三軍總醫院護理部主任暨國防大學國防醫學院護理學系

教授

3.台灣大學公共衛生研究所博士

台灣大學公共衛生學系

教授

摘要

許多產婦對分娩的知識不清楚，而易於分娩時造成情緒及行為失控。本研究的目的，在於了解產婦觀看分娩過程錄影帶後，分娩自我控制增加情形。本研究分為實驗組與控制組兩組，以區段式隨機分派來進行收案。實驗組在產前產檢完後觀看研究者所拍攝的錄影帶。兩組於產婦懷孕 36 週後，以及產後三天內各填寫一次問卷，共 72 人。結果顯示：(一). 觀看錄影帶對增進分娩自我控制上有顯著的統計差異。(二). 觀看錄影帶對產婦分娩時間無顯著統計差異。(三). 觀看錄影帶對產婦使用催產藥物無統計上的顯著差異。(四). 胎次不同對分娩自我控制有顯著統計差異，其餘年齡、職業、陪產對象、教育程度不同對產婦分娩自我控制無顯著統計差異。本研究結果，顯示錄影帶之產前指導成效良好，建議錄影帶公開播放，嘉惠更多產婦。

關鍵字：產前教育、分娩自我控制

前言

對於大部份的產婦而言，醫院是陌生的地方；分娩過程是怎麼一回事可能是懵懂的；自己的隱私、自尊和自我的自制力，可能因分娩的事實而面臨挑戰或衝擊。懷孕與分娩的過程中，大部分的人都有害怕、不確定感、焦慮及危機感 (Lederman, 1984; Searle, 1996)，無法掌握分娩進度，以及似無休止的疼痛，會使得產婦有失去自我控制之感 (曾、余，民83)。但是，孕婦一般會尋求懷孕方面的知識，卻很少了解分娩的資訊 (Mackey, 1990)。目前國內許多醫院也重視這個問題，紛紛開辦媽媽教室的課程，教導拉梅

茲呼吸法，並且介紹分娩環境與分娩過程，來幫助產婦能平順地度過分娩過程。

但是，隨著雙薪家庭的增加，許多夫妻為工作而努力，無法參與媽媽教室的課程。而且，國內媽媽教室介紹的分娩過程，大多是以觀賞國外拍攝的錄影帶為主。國情與醫院不同，待產過程會有一些不同，因而外國的分娩過程錄影帶在國內使用後效果不免有折扣。因此，若能針對國人的需求拍攝分娩過程錄影帶，使其在產前門診時能以較輕鬆又不受團體時間限制的方式，來瞭解分娩可能面臨的情形，提早在心理

通訊作者：李從業

職稱：護理部主任暨護理學系教授

服務機關：三軍總醫院暨國防大學國防醫學院

地址：114 臺北市內湖區成功路二段 325 號

電話：(02) 87927028

電子郵件：tylee@ndmctsgh.edu.tw

傳真：(02) 87927412

及知識技巧上有更好的準備，這將是提供產婦多一個選擇及學習的機會。如果研究結果成效良好，對於產婦的照護活動，也能提供更適切、更符合分娩準備工作上的需求。

研究目的

- 一、探討分娩過程的錄影帶對分娩自我控制的影響。
- 二、探討分娩過程的錄影帶是否可降低分娩時間及催產藥物的使用。
- 三、探討產婦分娩自我控制在年齡、教育程度、職業、胎次、陪產對象的差異。

文獻探討

一、分娩自我控制

自我控制，包含了個人對產痛、情緒、與醫護人員之間的人際關係、以及操縱外在環境來控制個人存在的控制與處理 (Butani & Hodnett, 1980; Schroeder, 1985)。有些產婦會對自己分娩時尖叫或呻吟感到後悔，視為是喪失控制，但是，情緒反應有時是提供危險程度的警訊，使我們產生自我保護 (Butani & Hodnett, 1980)。Waldenstom、Borg、Olsson、Skold和Wall (1996)的研究中，有90%的產婦表示在產痛無法忍受時會尖叫。Dempsey和Gesse (1995)指出，有些產婦認為以尖叫方式，控制疼痛是可以接受的。所以，分娩過程的自我控制，不應完全以外顯行為為依據，應視自我系統 (self-structure) 是否處於嚴重威脅，產婦個人主觀的感受而定。

二、自我控制的重要性

分娩順利與否與產道、娩出物、產力及精神狀態等四個因素有關，任一功能不彰，可能延滯正常之分娩。Lowe (1996)指出，產痛受到生理及心理兩方面因素影響。產婦精神壓力上升時，會刺激腎上腺，使腎上腺素及正腎上腺素血中濃度上升，導致痛、焦慮及生理活動上升，改變對分娩的認知，強化疼痛與疲勞的反應；同時，焦慮及生理的活動及血中腎上腺

素及正腎上腺素濃度的上升，也會抑制子宮肌肉的活動力，使得產程延長，造成母親及胎兒的危險，甚至死亡 (Dimsdale & Moss, 1980; Lederman, Lederman, Work & McCann, 1985)；焦慮程度愈高，血中IgA濃度愈低，新生兒及產婦發生合併症的機率愈高 (Annie, 1991)。Waldenstom等學者 (1996)指出，自我控制後，就有能力去控制自己的內心恐慌和焦慮。焦慮降低，會減少不良生理反應，分娩過程才能更順利。

Butani和Hodnett (1980)的研究發現，痛及喪失控制是產婦分娩不愉快的主要原因。分娩的控制感及自主感決定產婦分娩感受 (Shearer, 1995)。當產婦覺得在時間和空間上無法適當控制，容易發生自我貶抑，產生不好的生產經驗，而影響下一胎生產的感受 (曾、余，民83; Saisto, Ylikorkala & Halmesmaki, 1999)。

三、產前教育與自我控制

曾 (民83)的研究顯示，許多產婦在發現疑似產兆時，無法肯定是否為分娩徵兆，而自覺無法掌握產程進度和自己所處狀況。隨著產程進展，不安情緒和似無休止的疼痛更使產婦失去自我控制感。Moore和Hopper (1995)針對102位初產婦予以產前教育，使其了解分娩過程，及擁有分娩的自主權，結果有95%的產婦肯定其功效，覺得能讓他們增加信心，分娩處理的更好。事實上，許多學者的研究也對產前指導持正向看法。陳 (民87)的研究發現，參與產前教育可減少第二產程的分娩時間。懷孕後期的產前教育，可以了解及認知分娩的情形，降低心理壓力及對分娩之害怕及焦慮，增加信心及控制感，降低疼痛感 (鍾，民85; Lowe, 1996; Mackey, 1990; Moore & Hopper, 1995; Saisto et al., 1999)。疼痛與產婦自我控制能力有密切關係，疼痛降低，自我控制能力會提高，也減少分娩時麻醉品的需求量 (陳，民87; 馮，民85; Lowe, 1996; Mackey, 1990)。

四、影響自我控制的其他相關因素

Mercer (1983)的研究顯示，有陪產對象者較無陪產對象者分娩的感受較佳。Hofmeyr、Nikodem、Wolman、Chalmers和Kramer (1991)及張 (民89)

研究發現，待產及分娩時，家人及醫護人員的支持可以減輕疼痛和焦慮。護理人員溫和、支持和同理心的態度，可以幫助待產婦放鬆心情。護理人員是個角色模範，可以幫助無經驗的先生，以有效的方式去幫助待產的妻子。保證做得很好，緩和他們害怕的情緒（Hodnett, 1996），增加自我的控制。

名詞界定

分娩自我控制：指分娩產婦之自我操縱和駕馭（周氏字典），產婦依個人信仰和價值觀選擇表達情緒的方式（Dempsey & Gesse, 1995）。本研究之操作定義是測量表的得分，包括分娩時產婦使用之知識技巧、能力信心、支持系統、分娩感受（Hodnett, 1987）。

方法

由文獻整理，透過觀看錄影帶的介入性措施，了解產婦分娩自我控制的狀況。本研究分為實驗組與對照組兩組。每一個個案在產前懷孕36週後先填寫一次問卷，實驗組產前門診完後留下來觀看研究者所拍攝的分娩過程錄影帶，產後三天內所有個案都再做一次問卷調查。事後以統計的方式比較兩組間前後測改變量的差異。

一、錄影帶教學介入

研究者事先針對六位初胎孕婦及兩位初產婦做深度訪談，瞭解分娩的感受與需求，再參考Evans和Jeffrey（1995）的研究結果，佐以專業知識為背景，擬好文字腳本，再延請五位專家檢視內容的正確性、有效性及符合收案醫院的常規。經三次內容修改後拍攝錄影帶。拍攝剪輯完成後，請一位教授，及四位護研所產科組研究生觀看，參考提出的意見再拍攝部分鏡頭重新剪接。為防止錄影帶放映時間過長會造成個案注意力不集中，錄影帶長度控制在14分鐘。錄影帶的內容主要為：1.介紹產兆，2.待產過程，3.產房分娩過程，4.產後恢復期，5.嬰兒房的介紹。

二、研究對象

在與統計專家討論後，研究者採用區段式隨機分派的方式來收案。研究中所謂區段式法，就是每個區段都是由兩個實驗組及兩個對照組所組成。依兩個實驗組及兩個對照組排列組合的順序來分，將有六種不同排列組合的區段出現，之後再以亂數表隨機抽取號碼，以決定採取之區段，做為之後收案之順序。本研究中，有少數幾位孕婦因趕時間等個人因素無法觀看錄影帶而拒絕參與研究，下一位來診者仍分入實驗組。嚴格來說，此種分派方式會影響隨機分派的本質，但因此個案人數不多，對結果的影響應不大。

本研究以某個每個月有60名活產嬰兒的醫院為取樣單位，選樣條件如下：

- (一). 已婚
- (二). 已懷孕36週以上
- (三). 未參與醫療院所媽媽教室課程者
- (四). 非預期剖腹產者
- (五). 產前無合併症者

三、研究工具

本研究工具包括兩部分，分別為：

- (一). 產婦基本資料：由產婦自己填寫年齡、教育程度、職業、胎次、陪產對象等。
- (二). 分娩控制量表

本研究量表是參照Hodnett（1987）所發表的Labour Agency Scale（LAS）翻譯而成。此份量表包括技巧與知識、能力的信心、支持系統、分娩的感受等四個次向量。題數共29題，總分為29-145分，分數愈低，表示分娩自我控制愈好。

四、研究工具的信效度

在獲得原量表所有人Hodnett同意後，由研究者與一名畢業於外文系者分別將量表由英文翻譯成中文，由研究者加以統合，並力求文意簡潔易懂。之後採用專家鑑別法，延請四位專家進行量表之內容效度評定。在信度上，分娩控制量表採用Cronbach's α 係數檢定其內在一致性。Hodnett（1996）以分娩控

制量表用在引產產婦身上，整體信度Cronbach's α 值為.86。本研究結果分量表與總量表的前後測的Cronbach's α 值皆大於 .77，顯示問卷信度良好。

五、研究步驟

研究者在產前門診診間內對符合研究資格的對象取得其同意，並簽下書面同意書後進行資料收集。本研究實驗組在問卷填完及產檢完後，未告知觀看錄影帶目的的情況下，在門診旁空的診間內觀看錄影帶。為了避免個案注意力受到干擾，全部的個案皆分別觀看；個案觀看錄影帶期間，研究者也會離開，等錄影帶放映完畢再返回。對照組在產前門診填完問卷後不做特別處理。產後三天內，兩組再行一次問卷調查。之後進行統計分析，以瞭解錄影帶對分娩自我控制的成效。

六、統計方式

資料以SPSS/Windows8.0版之電腦軟體進行資料整理及統計分析。

結 果

一、研究對象基本資料

研究結果由卡方檢定可知(表一)，產次以初產婦為多(55.6%)；年齡分佈為20-38歲，大部份集中在27-33歲(60.6%)；職業以非醫護人員為多(84.5%)；有宗教信仰者為多(72.2%)；有使用催產藥物者為多(51.4%)。

由表一可知，兩組基本資料在產次、年齡、職業、宗教信仰、教育程度、催產藥物的使用無統計上的顯著差異。

表一 實驗組與對照組個案基本資料比較表

(N=72)

變項	全 部		實 驗 組		對 照 組		p
	n	%	n	%	n	%	
產次							.95
初產婦	40	55.6	21	56.7	19	54.3	
經產婦	32	44.4	16	43.3	16	45.7	
年齡							.40
20-26	15	21.1	6	16.2	9	25.7	
27-33	43	60.6	22	59.5	21	60.0	
34-38	13	18.3	9	24.3	5	14.3	
職業							.54
醫護人員	12	16.7	5	13.5	7	20	
非醫護人員	60	83.3	32	84.5	28	80	
宗教							.61
有	52	72.2	28	75.7	24	68.6	
無	20	27.8	9	24.3	11	31.4	
教育程度							.82
高中職及以下	23	31.9	11	29.7	12	34.3	
大專	29	40.2	15	41.3	14	40	
大學及以上	20	27.9	11	29.7	9	25.7	
使用催產素							.41
有	37	51.4	20	54.1	17	48.6	
無	35	48.6	17	48.6	18	51.4	

*p<.05

二、錄影帶介入措施對產婦自我控制的影響

以獨立t檢定，由表二顯示，實驗組與對照組在分娩自我控制前測上「能力的信心」有顯著的差異。再以獨立t檢定，將「能力的信心」以分數排序均分為兩半，實驗組與對照組以統計分析做比較，由表三顯示，兩組間不管在前一半或後一半皆無統計上顯著的差異，因此，不影響推論的結果。前後測改變量上「技巧與知識」、「能力的信心」、「支持系統」與總量

表上，兩組間有顯著的差異。前後測改變百分比上「技巧與知識」、「能力的信心」與總量表上，兩組間有顯著的差異。

三、錄影帶介入措施對產婦分娩時間、使用催產藥物的影響

表六以獨立樣本t檢定，表七以卡方檢定，結果顯示實驗組與對照組在分娩時間、使用催產藥物上無顯著的差異。

表二 實驗組與對照組分娩自我控制前測的比較

(N=72)

變項	實驗組		對照組		p value
	M	SD	M	SD	
技巧與知識	21.64	5.03	20.00	4.67	.15
能力的信心	27.35	5.58	24.80	4.01	.03*
支持系統	1.84	0.69	1.57	0.50	.07
分娩的感受	22.78	4.80	22.40	4.13	.72
全部變項	73.62	13.5	68.77	9.36	.08

*p<.05 **p<.01

表三 實驗組與對照組分娩自我控制能力的信心分數排序前段與後段的比較

(N=72)

變項	實驗組		對照組		p value
	M	SD	M	SD	
前段	30.95	4.09	28.57	2.93	.07
後段	22.07	2.19	22.29	2.28	.78

表四 實驗組與對照組分娩自我控制前後測改變量的比較

(N=72)

變項	實驗組改變量		對照組改變量		p value
	M	SD	M	SD	
技巧與知識	-2.11	3.85	0.54	4.62	.01*
能力的信心	0.03	6.71	3.51	6.45	.03*
支持系統	-0.43	0.83	-0.06	0.64	.04*
分娩的感受	0.11	4.85	1.94	4.01	.09
全部變項	-2.49	14.19	5.94	11.7	.00**

*p<.05 **p<.01

表五 實驗組與對照組分娩自我控制前後測改變百分比的比較

(N=72)

變項	實驗組改變百分比		對照組改變百分比		p value
	M	SD	M	SD	
技巧與知識	-0.08	0.20	0.03	0.24	.04*
能力的信心	0.02	0.26	0.15	0.27	.03*
支持系統	-0.15	0.44	0.04	0.46	.08
分娩的感受	0.03	0.25	0.10	0.20	.09
全部變項	-0.02	0.02	0.09	0.17	.01*

*p<.05

表六 實驗組與對照組分娩時間

(N=72)

變項	實驗組 (n=37)		對照組 (n=35)		p value
	M	SD	M	SD	
第一產程 (hour)	8.80	5.36	8.18	5.62	.63
第二產程 (hour)	0.51	0.46	0.64	0.65	.34
分娩時間 (hour)	9.58	5.65	8.82	5.87	.58

表七 實驗組與對照組催產素的使用 (N=72)

變項	實驗組 (n=37)	對照組 (n=35)	p value
使用藥物			.96
有	18	18	
無	19	17	

四、人口學變項對分娩控制的影響

以獨立樣本t和one way ANOVA檢定,由表八顯示,職業、年齡、教育程度與分娩控制沒有顯著的差異,但是胎次與分娩控制有顯著的差異。由表九得知,胎次不同,分娩控制上有差異主要是因為分娩的知識技巧及信心有差異。

表八 影響分娩自我控制變項的分析

(N=72)

變項	前測			後測			前後測改變量		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
職業			.54			.78			.40
醫護人員	69.33	13.43		74.00	14.59		4.67	16.29	
非醫護人員	71.63	11.54		72.63	15.46		1.00	13.12	
產次			.00**			.00**			.97
初產婦	76.03	10.91		77.70	13.92		1.68	15.14	
經產婦	65.28	10.16		66.81	14.72		1.53	11.74	
年齡			.06			.49			.63
20-26	68.93	12.23		72.53	13.07		3.60	13.43	
27-33	74.00	11.05		74.33	15.23		0.33	14.14	
34-38	65.29	11.64		68.71	17.52		3.43	12.77	
教育程度			.20			.59			.06
高中職及以下	73.50	12.16		73.86	15.03		0.36	14.28	
大專	72.23	11.81		70.70	16.63		-1.53	13.90	
大學及以上	67.30	10.98		75.00	13.44		7.70	10.90	

**p<.01

表九 經產婦與初產婦分娩自我控制的比較

(N=72)

變項	前測			後測			前後測改變量		
	初產婦	將產婦	p	初產婦	將產婦	p	初產婦	將產婦	p
	M	M		M	M		M	M	
技巧與知識	23.33	17.75	.00*	22.55	16.87	.00*	-0.78	-0.88	.93
能力的信心	27.72	24.28	.01*	29.50	25.69	.02*	1.98	1.41	.73
支持系統	1.70	1.72	.90	1.40	1.53	.36	-0.30	-0.19	.54
分娩的感受	23.48	21.53	.06	24.25	22.72	.21	0.78	1.28	.64
全部變項	76.03	65.28	.00*	77.70	66.81	.00**	1.68	1.53	.97

**p<.05 **p<.01

討 論

一、產前觀看錄影帶的成效

根據本研究結果顯示，不管是否觀看錄影帶，第一產程、第二產程與總產程的時間並不會有統計上的差異，此結果與鍾（民85）及Nichols（1995）的研究結果相同，但與陳（民87）的研究結果第一產程、總產程的時間沒有顯著差異，第二產程的時間有顯著差異的結果不同。其間的差異，可能是本研究與鍾（民85）的研究皆著重分娩整體性的教育，而陳（民87）的研究強調及著重在姿位護理的教導，所以本研究結果才與陳氏的研究結果不同。

本研究結果中，是否觀看錄影帶，並不會影響催產藥物的使用與否，此結果與鍾（民85）及Nichols（1995）的研究結果相同，但與Lumley和Brown（1993）的研究結果不同。探究原因，可能是Lumley和Brown研究對象上參與產前教育（83.9%）與未參與產前教育（16.1%）的個案數比例相差過大且未隨機抽樣所致。

本研究結果顯示，產前觀看錄影帶可增進產婦的分娩自我控制，此結果與陳（民87）、馮（民85）、Evans和Feffrey（1995）、Lumley和Brown（1993）及Moore和Hopper（1995）的研究結果類似。在本研究的次向量中，產婦在觀看錄影帶後，分娩的技巧與知識、分娩能力的信心方面，實驗組明顯較控制組好，此與Weston、Hannah和Downes（1995）的研究結果產前教育會增加分娩的技巧與知識，以及Crowe和VonBaeyer（1989）的研究，在接受產前教育課程後，因知識增加使其自信心提高，因而有較正向的分娩經驗結果類似。但是，實驗組與控制組在分娩的感受前測與後測改變量及改變百分比上並無統計上顯著的差異，此與鍾（民85）產前教育可降低焦慮的研究結果不同。可能是由於本研究採取隨機分組，鍾（民85）的研究則依照個人意願予以分組，而無法控制動機所致。雖然兩組研究結果在分娩的感受改變量上無統計的差異，但是本研究增加分娩的技巧與知識，進而加強分娩能力的信心，對產婦在分娩自我控制上是有幫助。

二、人口學變項對分娩自我控制的影響

由本研究結果可知，個案年齡不同，在分娩自我控制上未達到統計上顯著的差異，和Stark（1997）的研究結果不同。有此差距，可能是因為Stark（1997）是大於35歲與小於32歲為收案對象，大於35歲與小於32歲兩個樣本的產次上，大於35歲平均的生產次數遠較小於32歲者多。產次的不同，對於生產事件的熟悉程度上會有差異。而Stark的研究中也發現，沒有生產經驗者，往往分娩中容易產生無助感及害怕喪失控制。曾（民83）的研究也發現，初產婦待產期間，常常無法掌握產程的進度與自身所處的情況，而易有不確定感。隨著產程的進展，慢慢覺得自己有失去控制的感受。相較本研究收案的樣本中，雖然年齡不同，但是產次上並無統計上的顯著差異（ $p>.05$ ）。因此，才會造成兩個研究結果的不同。

研究結果指出，分娩的感受不管是前測或後測，皆是經產婦較初產婦為佳。此結果在前測部份與Waldenstrom（1996）以瑞典產婦為研究對象的研究結果類似，但後測部份則與經產婦與初產婦主觀感受沒有差異的研究結果不同。探究原因，可能與國情不同及止痛藥使用所致。瑞典國情鼓勵產婦盡情表達自己的感受，本國婦女則較內斂；另一個原因，則是Waldenstrom的研究中，有超過一半的初產婦使用止痛藥，人數是經產婦的兩倍，而本研究中使用止痛劑的個案不多。在張（民83）及Johansson、Fridh和Norvell（1988）的研究中發現，初產婦的疼痛強度高於經產婦。待產過程中使用止痛劑，產婦會因疼痛降低而覺得較能控制自己的行為（Mackey, 1990），因而在分娩的感受上，才會造成兩個研究的差異。雖然經產婦與初產婦對分娩的感受不盡相同，但是根據Evans和Jeffrey（1995）的研究，希望接受產前教育的態度在經產婦與初產婦都一樣。因此，不管是經產婦或初產婦的求知需求都應予以重視。

護理上的應用

根據本研究結果提出下列的建議：

- （一）. 本研究考慮到觀看錄影帶時間若太長，會妨礙到孕婦產檢後預定的計劃，繼而影響參予

研究的意願或觀看錄影帶時的注意力。因此，本研究錄影帶內容的時間控制在14分鐘。不過，也因此造成內容過於緊湊，許多情節例如拉梅茲呼吸法、姿位護理無法一步一步慢慢教導，造成學習上的困難。建議這些有關生產重要的技巧能另外拍攝成相關的錄影帶，以利產婦產前學習。

(二). 部份孕婦很想觀看錄影帶，但礙於工作與時間的調配有困難，因此只好忍痛放棄參與本研究觀看錄影帶的機會。坊間懷孕的書籍甚多，但畢竟只是文字或圖片，令人沒有深入其境的感受，因此常常無法記住與了解；許多配偶也抱著生產是太太的事，減少對於這方面知識有所涉獵。因此，建議能在待診處採公開播放的方式，使孕婦不受時間限制，在等候看診時能觀看；而另一半陪伴產檢也能一同觀看討論，使夫妻雙方對於生產過程有所了解，先生更了解待產時如何幫助太太，使產婦於分娩時更平順的渡過。

(三). 內容可製成衛教手冊，將更有利產婦做好分娩的準備。

研究的限制

依足月產的定義是懷孕週數介於37至42週。在此段懷孕時間，個案隨時可能分娩。因此，研究者無法控制產前測試的時間間隔取得一致性。

參考文獻

陳素賢 (民87) · 姿位護理方案對分娩婦女疼痛感受及自我效能的影響 · 未發表的碩士論文 · 高雄：高雄醫學院。

張韶敏 (民89) · 分娩護理支持與生產經驗之相關性探討 · 護理研究, 8 (6): 663-672。

張郁婉 (民83) · 待產婦產痛情形之分析及探討 · 公共衛生, 21 (2) 128-141。

馮容莊 (民84) · 鬆弛技巧與產婦生產自我效能之相關性探討 · 榮總護理, 13 (3), 311-320。

曾雅玲、余玉眉 (民83) · 正常分娩的初產婦於待產及生產時主觀經驗之探討 · 護理研究, 2 (4), 327-337。

鍾聿琳 (民85) · 生產教育課程成效之探討 · 國立台北護理學院學報, 4, 1-24。

Annie, C. L. & Groer, M. (1991). Childbirth Stress. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 20(5), 391-397.

Butani, P. & Hodnett, E. (1980). Mothers' Perceptions of Their Labor Experiences. Maternal Child Nursing Journal, 9(2), 73-82.

Crowe, K. & VonBaeyer, C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. Birth, 16 (2), 59-63.

Dempsey, P. & Gesse, T. (1995). Beliefs, values, and practices of Navajo childbearing women. Western Journal of Nursing Research, 17(6), 591-604.

Dimsdale, J. E. & Moss, J. (1980). Plasma catecholamines in stress and exercise. Journal of the American Medical Association, 243(4), 340-342.

Evans, S. & Jeffrey, J. (1995). Maternal Learning Needs During Labor and Delivery. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 24(3), 235-240.

Hodnett, E. D. (1987). The Labour Agency Scale: Psychometric Properties of an Instrument Measuring Control During Childbirth. Research in Nursing & Health, 10, 301-310.

Hodnett, E. D. (1996). Nursing Support of the Laboring Woman. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 25(3), 257-264.

Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Wolman, W. L., Chalmers, B., & Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. British Journal of obstetrics and Gynecology, 98, 756-64.

Johansson, F. G., Fridh, G., & Nirvell, K. T. (1988). Progression of labor pain in primiparas and multiparas.

Nursing Research, 37(2), 86-89.

Lederman, R. P. (1984). Psychosocial adaptation in pregnancy. New Jersey: Prentice-Hall.

Lederman, R. P., Lederman, E., work, B., & McCann, D. S. (1985). Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: Relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. American Journal of obstetric and Gynecology, 153, 870-877.

Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor a self-efficacy concept. Journal of Obstetric , Gynecology and Neonatal Nursing, 20(6), 457-463.

Lowe, N. K. (1996). The Pain and Discomfort of Labor and Birth. Journal of Obstetric , Gynecology and Neonatal Nursing, 25(1), 82-92.

Lumley, J. & Brown, S. (1993). Attenders and nonattenders at childberth educotion classes in australia : how do they and their births differ ? Birth, 20(3), 123-130.

Mackey, M. C. (1990). Women's preparation for the childbirth experience. Maternal Child Nursing Journal, 19(2), 143-173.

Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1983). Relationship of Psychosocial and Perinatal Variables to Perception of Childbirth. Nursing Research, 32(4), 202-207.

Moore, M. & Hopper, U. (1995). Do birth plans empower women ? Evaluation of a hospital birth plan.

Birth, 22(1), 29-36.

Nichols, M. R. (1995). Adjustment to new parenthood : Attenders versus nonattenders at prenatal education classes. Birth, 22(1), 21-26.

Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmaki, E. (1999) . Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. Obstetrics & Gynecology, 94 (5 Pt1) , 679-682.

Schroeder, M. A. (1985). Development and testing of a scale to measure locus of control prior to and following childbirth. Maternal Child Nursing Journal, 14(2), 111-121.

Searle, J. (1996). Fearing the Worst-Why Do Pregnant Women Feel 'AT RISK' ?. Australia New Zeland Journal Obstetric Gynecology, 36(3), 279-286.

Stark, M. A. (1997). Psychosocial Adjustment During Pregnancy: The Experience of Mature Gravidas. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 26(2), 206-211.

Waldenstom, U., Borh, I. M., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: A study of 295 new mothers. Birth, 23(3), 144-153.

Weston, J., Hannah, M., & Downes, J. (1997). Evaluation the benefits of a patient information video during the informed consent process. Patient education and counseling, 30, 239-245.



The Effect of a Prenatal Videotape on Control of Childbirth

Min-Hsueh Weng^{1/} Tsorng-Yeh Lee^{2/} Wen-Chung Lee³

1. MSN, Assistant Head Nurse, Tri-Service General Hospital
2. PhD, Director, Tri-Service General Hospital and Professor of National Defence University
3. MD, PhD, Associate professor, National Taiwan University Hospital

Abstract

The purpose of the study was to investigate the effect of childbirth videotape on control of childbirth. The participants were assigned to either a control group or an experimental group by block randomization. Participants in the experimental group watched the videotape before their labor and delivery. The data were collected using questionnaires. A pre-test was done after thirty-six weeks of gestation. A post-test was done within three days after delivery. There were seventy-two participants in this study. The results of this study were presented as follows: (1). A statistically significant difference on control of childbirth by women who had watched the videotape and who had not. (2). No statistically significant difference in labor time by women who had watched the videotape and who had not. (3). No statistically significant difference in using induction drugs by women who had watched the videotape and who had not. (4). A statistically significant difference on control of birth between primiparas and multiparas. These results suggest that people can use the videotape to serve pregnant women to learn the process of childbirth in the hospital.

Key words: prenatal education, control of childbirth