

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด
  - 1.1 การรับรู้ความสบายในการคลอด
  - 1.2 การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด
  - 1.3 การรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด
2. การคลอดที่เน้นผู้คลอด
3. การเตรียมตัวคลอดตามปกติ
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวคลอด
  - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสบายของผู้ป่วย
  - 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
  - 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอิสระ
  - 5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

#### 1. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ (Perception) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Garrison และ Magoon (1972 : 637) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าทำให้ทราบความหมายและลักษณะของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าที่สัมผัส โดยต้องอาศัยประสบการณ์เดิมของตนเองเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความหมาย

จำเนียร ช่างโชติ (2528: 1) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการแปลความหมายหรือตีความของสมอง เมื่อได้รับสัมผัสโดยประสาทสัมผัสทั้งห้าจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า มีผลลัพธ์สุดท้ายเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นซึ่งสมองสะสมไว้ในหน่วยความจำ การแปลความหมายจากการสัมผัส

ที่ได้รับออกเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งรู้จักหรือเข้าใจโดยจะต้องใช้ประสบการณ์หรือความรู้เดิม ช่วยในการแปลความ ถ้าไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งอื่น ๆ เสียแล้วก็จะไม่มีการรับรู้เกิดขึ้นจะมีก็แต่เพียงการสัมผัสกับสิ่งเร้าเท่านั้น

โยธิน ศันสนบุท และคณะ (2533: 43) กล่าวว่า การรับรู้คือการตีความหมายการรับสัมผัส ออกเป็นสิ่งที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้

ดังนั้นการรับรู้จึงหมายถึง กระบวนการที่คนมีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

กระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง กระบวนการรับรู้ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ซึ่งสิทธิโชค วรานุสันติกุล (2524: 59) อธิบายว่าประกอบด้วย 1) การเลือก 2) การจัดระบบ 3) การแปลความซึ่งบุคคลจะแปลความหมายแตกต่างกันเมื่อได้รับสิ่งเร้าอย่างเดียวกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มีหลายประการ จำเนียร ช่วงโชติ (2528: 150) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มี 2 ประการ ได้แก่

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการหรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจและประสบการณ์เดิม

2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอน ทั้งหมดนี้มีอิทธิพลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อเรื่องราวเหตุการณ์ภาวะแวดล้อมต่างๆแตกต่างกัน

นอกจากนี้การศึกษาพบว่า โดยทั่วไปมนุษย์มีการรับรู้เรื่องราวเหตุการณ์ ภาวะแวดล้อมต่างๆแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มี 2 ประการ (Rubkin & Struening, 1979; สุชา จันทร์เอม, 2531 อ้างถึงใน สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533) คือ

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความอ่อนไหวทางร่างกายและจิตใจ เซาว์ปัญญา นुकคคคภาพ ประสบการณ์ในอดีต อายุ อาชีพ การศึกษาและรายได้

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี และสถานภาพทางสังคม

โยธิน ศันสนบุท และคณะ (2533: 44-45) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของบุคคลที่มีต่ออิทธิพลต่อการรับรู้ว่าประกอบด้วย ความสนใจ ความคาดหวัง ความต้องการ และการเห็นคุณค่า

## การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการตีความและแปลความหมายของผู้คลอดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์และในขณะคลอด ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายแตกต่างกันไปสำหรับมารดาแต่ละคน มารดาบางคนอาจมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวก และมารดาบางคนอาจมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ซึ่ง Clark & Affonso (1979:345-352) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้มารดามีการรับรู้แตกต่างกัน 5 ประการ ได้แก่

### 1. ลักษณะของบุคคล

1.1 มารดาที่มีความรู้สึกว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง

1.2 มารดาที่มีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีผลในด้านลบสำหรับตน

2. ความคาดหวังต่อบทบาทการเป็นผู้คลอด ความคาดหวังต่อบทบาทของมารดาถูกกำหนดโดยสังคม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น มารดาอาจคาดหวังว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นในขณะคลอด ดังนั้นอาจแสดงความต้องการในเรื่องต่างๆอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถตัดสินใจต่อเหตุการณ์เล็กๆน้อยๆได้ด้วยตนเอง ถ้าความคาดหวังต่อบทบาทของมารดาไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทได้ สำหรับสถานการณ์การคลอดที่อาจมีผลกระทบต่อความคาดหวังหรือการแสดงบทบาทของมารดานั้น อาจเกิดขึ้นจาก

2.1 มารดามีความพยายามให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนเองตามความต้องการของตน เช่น มารดาอาจคาดหวังว่าตนสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด เป็นต้น

2.2 มารดาไม่สามารถใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าได้ เป็นต้น

3. ความกลัวและความวิตกกังวล ในระหว่างการคลอดยิ่งเวลาผ่านไปและความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มมากขึ้น ผู้คลอดจะมีความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ จนบางครั้งอาจอยู่ในระดับที่ไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุของความวิตกกังวลของผู้คลอดมีหลายอย่าง เช่น สภาพแวดล้อมในห้องคลอด บุคคลแปลกหน้า เป็นต้น ความกลัวและความวิตกกังวลนี้ ไม่ได้เกิดเฉพาะสิ่งเร้าทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการที่ประสบการณ์การคลอดของมารดา ไม่เป็นไปตามความคิดหรือจินตนาการของมารดาด้วย ซึ่งทำให้มารดารู้สึกว่าตนกำลังเผชิญอยู่กับสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

4. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก ความรู้สึกต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระหว่างประสบการณ์การคลอดได้มากมายทั้งความรู้สึกที่ได้รับการกระตุ้นมากเกินไปจากการเปิดขยายของปากมดลูก การหดตัวของมดลูก และความรู้สึกที่ขาดการกระตุ้นมากเกินไป เช่น การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองจากการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล การถูกแยกจากสังคมและครอบครัว ท่าทีและ

เจตคติของพยาบาลก็มีส่วนเป็นอย่างมากที่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

5. ความสูญเสีย ในระหว่างการคลอดอาจมีประสบการณ์ของความสูญเสีย เช่น สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือเผชิญสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความเมื่อยล้า

จะเห็นได้ว่าปัจจัยหรือประสบการณ์ ที่ได้รับในระยะคลอดนั้นต่างเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นต่อระบบการรับรู้ทางความรู้สึกทั้งสิ้น ดังนั้นผู้คลอดอาจแปลความจากสิ่งเร้าที่ได้รับในระยะคลอด โดยใช้ประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อของมารดาออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดไปเป็น 2 ทาง คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านบวก และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางด้านลบ

ผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านบวกจะรู้สึกว่าคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับตน สามารถรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะคลอดตามความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญต่อเหตุการณ์ในระยะคลอด และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ส่วนผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบจะเป็นผู้คลอดที่รู้สึกว่าคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นเรื่องที่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพของตน มีความกลัวหรือความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีความสูญเสียในระบบที่เกี่ยวกับตนเองและไม่มีความไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลในระยะคลอดนั้นมีอยู่ 2 ประการ คือ (Clark et al., 1979:357-358)

1. เพื่อให้การช่วยเหลือผู้คลอดและบุคคลในครอบครัว ให้สามารถเผชิญกับประสบการณ์การคลอดได้อย่างดีที่สุด
2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้คลอดและบุคคลในครอบครัวสามารถผ่านพ้นประสบการณ์การคลอดด้วยระบบที่เข้มแข็งของตนเองและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว

การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พยาบาลจะต้องทำการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านกาย จิตสังคมควบคู่กันไป ทางด้านจิตสังคมจะเป็นการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งแนวทางการประเมินนั้น Butani & Hodnett (1980:76) ได้ให้แนวทางในการประเมินในเรื่องต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา รวมทั้งการเข้าชั้นเรียนขณะตั้งครรภ์และประสบการณ์การคลอดครั้งก่อน
2. การสนับสนุนในระหว่างคลอด
3. ความรู้สึกและการรับรู้เวลาในระหว่างคลอด
4. การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งที่เป็นจริงในระหว่างคลอด
5. การประเมินอื่นๆ ในประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้คลอด ซึ่งเป็นความรู้สึกในระหว่างคลอดและการรับรู้สิ่งที่เป็นจริงในระหว่างคลอด จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการคลอดในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในระยะคลอด ผู้คลอดรับรู้ถึงความปลอดภัยในการคลอดที่ลดลง รูปแบบการคลอดเป็นการเพิ่มความไม่สุขสบายให้ผู้คลอดจากการให้การบำบัดและเทคโนโลยีที่เกินจำเป็นเช่นการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และผู้คลอดไม่มีอิสระในการคลอด เช่น การห้ามลุกนั่งหรือเดิน การคลอดในท่านอนหงายขึ้นขาห้อยทุกราย

ดังนั้นการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความสุขสบายในการคลอด การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด และการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด ซึ่งประเมินเมื่อการคลอดสิ้นสุดลงในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์การคลอดที่เพิ่งจะผ่านไป เพื่อที่จะได้รับทราบว่ามารดามีการตอบสนองต่อตนเองและเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นไปอย่างไร ซึ่งความรู้สึกของมารดาจะเป็นอย่างไรนั้นจะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของมารดา ระยะเวลาของการคลอด ความรู้สึกของมารดาที่มีต่อความเจ็บปวดที่มารดาได้รับ ท่าทีของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้คลอดในระหว่างการคลอดและระยะหลังคลอดทันที (เรณู พุกบุญมี, 2531; ยวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541) ซึ่งการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Burchell, Facog, & Gunn, 1980: 252) ในระยะหลังคลอดใหม่ๆ เป็นช่วงเวลาที่ผู้คลอดจะคิดและพูดถึงเหตุการณ์สำคัญซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นมา ผู้คลอดจะมีความต้องการที่จะระบายความรู้สึก เช่นความรู้สึกโกรธ กระจกอกาย ลำบากในความผิด หรือในทางตรงข้ามต้องการที่จะแสดงออกถึงความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบความคาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Konrad, 1987: 268) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ภายหลังจากคลอดสิ้นสุดลง มารดามักถามถึงสภาพทั่วไปของทารก เช่น นุตรสมบูรณ์ครบ 32 ประการหรือไม่ เพศอะไร น้ำหนักเท่าไร ตัวใหญ่หรือไม่ รวมทั้งมีความต้องการที่จะได้สัมผัส ลูบไล้ อุ้ม กอดทารก สักช่วงเวลา มารดาที่ให้ความสนใจในทารกมากอาจบอกถึงลักษณะของทารก ที่แตกต่างหรือคล้ายคลึงกับตัวเองและสามี ในระยะนี้มารดาจะมีความคุ้นเคยกับบุคลากรและสิ่งแวดล้อมภายในห้องคลอดมากขึ้น (McKenzie, et al., 1982: 43-47 อ้างถึงใน นุชนาถ สะกะมะณี)

## 1.1 การรับรู้ความสุขสบายในการคลอด

### แนวคิดเกี่ยวกับความสุขสบาย

ความสุขสบายของผู้คลอดเป็นสิ่งที่กล่าวถึงกันอย่างทั่วไปแต่ไม่มีใครให้คำจำกัดความไว้อย่างชัดเจน ความสุขสบายของผู้รับบริการเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่สมัยเริ่มแรกของการพยาบาลยุคฟลอเรนซ์ ในดิงเกล ปัจจุบันความสุขสบายได้ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและนำมาใช้ในการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล (DHEW, 1974 cited in Kolcaba & Kolcaba, 1991) ความสุขสบายจะต้องประกอบด้วยความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ (Oriando, 1961; Watson, 1985) เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และวิญญาณของการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (ทัศนาศ นุญทอง, 2531) ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกัน หากมีอะไรทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดเสียสมดุลไป ย่อมส่งผลกระทบต่อส่วนประกอบอื่นๆด้วย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2539) ได้มีผู้ให้ความหมายของความสุขสบาย (Comfort) ไว้หลายประเด็น ดังนี้

ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ปราศจากความเจ็บป่วยหรือสิ่งที่มารบกวน (Kemp & Heri, 1984)

ความสุขสบาย หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ชีวิตมีความผาสุก ความต้องการด้านร่างกายได้แก่ การได้รับอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย มีการออกกำลังกาย ได้รับความปลอดภัยปราศจากความเจ็บปวด ส่วนความต้องการด้านจิตใจคือการได้รับความรัก ความมีคุณค่าในตนเอง การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความสุขสบายทางร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถที่จะแยกจากกันได้ เช่นเมื่อบุคคลไม่สุขสบายทางร่างกายเช่นได้รับความเจ็บปวด ทำให้จิตใจมีความตึงเครียดเกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เช่นเดียวกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลจะทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายตามมา เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ภาวะและถ้าใส่ทำงานผิดปกติ ดังนั้น ความสุขสบายของบุคคลจะต้องประกอบด้วยความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ (Chandler, 1991)

ความสุขสบาย หมายถึง สภาพร่างกายที่มีความผาสุก ปราศจากความเจ็บปวดและความเคียดแค้น มีความพึงพอใจในความต้องการทางร่างกาย จิตใจหรือจิต-วิญญาณ (Groppe, 1992)

ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม (Kolcaba, 1992) ให้ได้รับการบรรเทา ได้รับความสุข (Kolcaba & Fisher, 1996)

จะเห็นได้ว่าจากการให้ความหมายทั้งหมดจะเป็นความหมายกว้างๆขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความสุขสบายตามแนวคิดของ Kolcaba (1992)

เนื่องจากเป็นความหมายที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านของความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งในผู้คลอดครรภ์แรกที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก็มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม เกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเช่นกัน

ดังนั้นความสุขสบายของผู้คลอดจึง หมายถึง การที่ผู้คลอดรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมในการคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba ซึ่ง Kolcaba มองบุคคลว่าเป็นองค์รวม (Whole person) (Kolcaba, 1994) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และวิญญาณ ที่ไม่สามารถวิเคราะห์แยกออกเป็นส่วนๆได้ การมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในฐานองค์รวม พัฒนาการของบุคคลจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ในบางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจเป็นสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความบีบคั้น ที่เข้ามาช่วยเพิ่มความคล่องตัวหรือขัดขวางความพยายามของบุคคล ในการมุ่งสู่หรือหลีกเลี่ยงเป้าหมายใดๆที่อาจทำให้บุคคลไม่ได้รับความสุขสบาย ความบีบคั้นที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่เป็นวัตถุจริงที่มากระทบตัวบุคคลโดยตรง หรือเป็นการรับรู้จากสิ่งเร้าที่เข้ามาขัดขวางต่อความสุขสบาย ทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลเปลี่ยนไป บุคคลจึงเกิดความต้องการการดูแลทางสุขภาพ (Health care need) เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี การให้การพยาบาล (Nursing intervention) จึงเป็นแรงสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการการดูแลสุขภาพ ในการพยาบาลผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดนั้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอดเป็นสิ่งที่ผู้คลอดกลัวมากที่สุดเพราะเป็นสิ่งเร้าที่รุนแรงที่สุดอย่างหนึ่ง (Niven & Murphy-Black, 2000) โดยสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการขัดขวางต่อความสุขสบายของผู้คลอด คือความเจ็บปวดจากการคลอด (Robertson, 1997) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของมดลูกหลายๆครั้งเป็นระยะเวลาานาน (Nichols & Gennaro, 2000) โดยมีจุดกำเนิดจากการที่เนื้อเยื่อฉีกขาดซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความไม่สุขสบาย การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เกี่ยวข้องกับทั้งประสาทอัตโนมัติและกระบวนการคิด (Lowe, 1996 )

Kolcaba (1991) กล่าวถึงความสุขสบายในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานใน 4 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (Physical) ความสุขสบายด้านร่างกายหมายถึง ความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การได้รับอาหารและน้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน มีอุณหภูมิของร่างกายปกติ การได้รับความปลอดภัยรวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่มีผลกระทบต่อความสุขสบาย เช่น ความเจ็บปวด

2. ด้านจิต-วิญญาณ (Psycho-spiritual) ความสุขสบายด้านจิต-วิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกภายในตนเองของบุคคลที่ทำให้เกิดความหวังในชีวิต เช่น ความมีคุณค่า (Esteem) สิ่งที่มีความหมายในชีวิต (Meaning in one's life) รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต

3. ด้านสังคม (Social) ความสุขสบายด้านสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal) ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความเป็นอยู่ในสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญต่อชีวิต

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกที่เข้ามากระทบต่อความสุขสบาย เช่น สถานที่ที่ไม่คุ้นเคย สี แสง เสียง และอุณหภูมิ

ผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดในโรงพยาบาล จะมีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม เกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน โดยการเปลี่ยนแปลงความสุขสบาย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดในระยะคลอด เป็นความไม่สุขสบายขณะมดลูกหดตัว ซึ่งความไม่สุขสบายนี้จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความยาวนานของระยะเวลาคลอด และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก ผู้คลอดจะมีการแสดงออกทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด (Gorrie et al., 1994 ) ความเจ็บปวดจากการคลอดจะมีผลต่อผู้คลอด โดยมีผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่

1.1 การหายใจ ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดการหายใจจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 ถึง 10 เท่าของปกติทำให้ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ( $\text{PaCO}_2$ ) ลดลงจากค่าปกติ 32 มิลลิเมตรปรอทเหลือ 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเป็นกรดค่า (pH) เพิ่มขึ้นเป็น 7.55 ถึง 7.60 จึงเกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) มีผลทำให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลงและผลของการลดลงของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงจะทำให้ผู้คลอดหายใจช้าลงกว่าปกติในระยะพัก ทำให้ค่าความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงร้อยละ 10 ถึง 15 ถ้าระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ ซึ่งจากการศึกษาของสิรินาถ มีเจริญ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.2 การนอนหลับ ความเจ็บปวดมักไปรบกวนการนอนหลับทำให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue) และลดพลังงานสำรองในร่างกายซึ่งใช้ในการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด มีผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอีกทั้งมีผลต่อการพักผ่อนและเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน (สุจินดา ตรีเนตร, 2544) หรืออาจเนื่องจากการรับไว้ในโรงพยาบาล ความไม่คุ้นเคยกับสภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในกรณีของผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย (Ulrich, Canale & Wendele, 1994 )

1.3 การรับประทานอาหาร ความเจ็บปวดมีผลทำให้ผู้คลอดเบื่ออาหารซึ่งอาจก่อให้เกิด



ปัญหาตามมาคือ ภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง จึงมีเศษอาหารและน้ำย่อยค้างในกระเพาะ (สุจินดา ตรีเนตร, 2544)

## 2. ด้านจิต-วิญญาณ ความไม่สุขสบายด้านจิต-วิญญาณของผู้คลอด ได้แก่

2.1 ความวิตกกังวลและความกลัว การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อจิตอารมณ์ของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความตึงเครียดและแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เข้าใจให้เกิดอารมณ์เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าและความโกรธเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (สุจินดา ตรีเนตร, 2544)

2.2 ความมีคุณค่าในตนเอง การคลอดในปัจจุบันซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งผู้คลอดและครอบครัวเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยและได้มอบความไว้วางใจในการคลอดให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้คลอดไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของตนเอง (อุษา เชื้อหอม, 25343) และต้องพึ่งพาหรือร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรผู้ให้บริการ (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544) ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. ด้านสังคม ผู้คลอดที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดซึ่งส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามีหรือผู้ใกล้ชิดของผู้คลอดเข้าไปดูแลผู้คลอดในห้องคลอด ผู้คลอดจึงเผชิญกับการเจ็บครรภ์ คลอดโดยปราศจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในระยะเจ็บครรภ์คลอดผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิมและพบว่าผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนได้ดีคือสามี มารดาของผู้คลอด ผู้ใกล้ชิดและพยาบาล (จินตนา บ้านแกร่ง อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ คุชยามิ, 2544) จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์หรือการพบปะกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจะมีผลกระทบต่อระดับความสบายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้พบว่าถ้าพยาบาลที่ให้การดูแลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมิตร ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง ตลอดจนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองจะต้องได้รับ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย (Hamilton, 1989 อ้างถึงในพนารัตน์ เจนจบ, 2542) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการที่ไม่สร้างความกดดัน ขอมรับและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคล จะช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล ไม่เกิดความเครียด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้คลอดที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความสบาย ได้แก่ ลักษณะสถานที่ เสียง แสงสว่าง กลิ่นและอุณหภูมิ ผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดของโรงพยาบาล ต้องนอนอยู่ภายในห้องเดียวกับผู้คลอดอื่นๆ ที่ไม่รู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากบ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ซึ่งไม่คุ้นเคยมีผลต่อการพักผ่อนของผู้คลอด แสง เสียง กลิ่น และอุณหภูมิ ในการคลอดสถานที่คลอด บรรยากาศ นโยบาย และรูปแบบของการให้บริการมีผลกระทบต่อ กาย สรีระ จิต และสังคมของผู้คลอดเป็น

อย่างมาก สถานที่คลอที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก สบาย สะอาด สงบ แสงเสียงและอุณหภูมิที่พอเหมาะ จะช่วยให้ผู้คลอรู้สึกสุขสบายและผ่อนคลาย เป็นการส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนและการหดตัวของมดลูกให้เป็นไปตามธรรมชาติ (เจียรนีย์ โปธิ์ไทรย์, 2544)

สำหรับผู้คลอนั้นความเจ็บปวดในระยะคลอด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสุขสบาย ทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้คลอเกิดความต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน แต่จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ เช่นในระยะที่มดลูกมีการหดตัวไม่รุนแรงมากจึงมีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายซึ่งผู้คลอสามารถปรับตัวให้เกิดความสุขสบายได้ เช่น การเปลี่ยนท่าไปอยู่ในท่าที่ผู้คลอรู้สึกสุขสบาย หรือต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการเพื่อให้บรรเทาจากความไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความยาวนานของระยะเวลาคลอด ในกรณีที่ความสุขสบายเปลี่ยนแปลงมากผู้คลอต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการเพื่อบรรเทาจากความไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การหายใจและการนวด ซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้คลอต้องการได้รับจากผู้สนับสนุนไม่ว่าจะเป็นสามีหรือผู้ใกล้ชิดและจากพยาบาล

การวัดและประเมินความสุขสบาย

1. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การประเมินโดยวิธีนี้นิยมใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde & Volicer, 1992)

2. การให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล เป็นการประเมินความสุขสบายซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตนเอง ประกอบด้วย 2 ลักษณะ 1) แบบสอบถาม 2) มาตรวัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดความสุขสบายของผู้คลอ โดยวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ความสุขสบายของผู้คลอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัย โดยใช้แนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดความสุขสบายของผู้คลอซึ่งมีคำถามครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

## 1.2 การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด

### แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้คลอดเป็นสิ่งที่พูดถึงแต่ไม่มีใครให้คำจำกัดความไว้ มีผู้ให้ความหมายของความปลอดภัยไว้ดังนี้ ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง คุณภาพหรือสภาพความเป็นอยู่ที่ปลอดภัย อีสรระจากอันตราย การบาดเจ็บและการทำร้าย มีอุปกรณ์เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุ หรือเป็นการลดอันตรายและผลกระทบต่างๆที่ไม่พึงปรารถนา (Wilson, et al., 1995 )

ความปลอดภัย หมายถึง สภาวะของความมีอิสระจากการไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายของบุคคล (Fido & Wood, 1989 cited in Cox & Cox, 1996 )

ความปลอดภัย หมายถึง สภาวะการปราศจากภัยหรือพ้นภัยรวมถึงการปราศจากอันตราย (Danger) การบาดเจ็บ (Injury) การเสี่ยงภัย (Risk) หรือการสูญเสีย (Loss) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ภัยหมายถึงสภาวะการณ์ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อเกิดการบาดเจ็บต่อบุคคลหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือวัสดุหรือกระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติการตามปกติของบุคคล และอันตรายหมายถึง สภาวะที่เป็นอันตรายจากภัยระดับความรุนแรงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับมาตรการป้องกัน (เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, 2541) จากความหมายดังกล่าวจะเห็นว่าเป็นความหมายกว้างๆของความปลอดภัย

### แนวคิดและความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นคำนี้ถึง 2 ประเด็นหลัก คือ สภาพการณ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (Safe Condition) และการปฏิบัติที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Safe Act) (พรพิมล ผดุงสงฆ์, 2546)

คูสิท สถาวร (2546) ได้ให้ความหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึงการปลอดจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ

Fagerhaugh (1987) ได้เสนอแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ว่า มีองค์ประกอบดังนี้ (Fagerhaugh, et al., 1987) ได้แก่ ความปลอดภัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ มีเทคนิคและวิธีการปฏิบัติที่สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ความปลอดภัยในสิทธิส่วนบุคคล ความสะดวกสบาย และความปลอดภัยจากการถูกเปิดเผย

กองการพยาบาลจำแนกหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลออกเป็น 7 ด้าน (Mark, 1989 cited in Gilletek Lenko, 1991 อ้างถึงใน นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, สุวิภา นิตขางกูร และธีรพร สติธังกูร, 2544) ความปลอดภัยจัดเป็นหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลอย่างหนึ่ง และเป็นประเด็นสำคัญของบริการพยาบาลที่ใช้ในการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อใช้

วัดคุณภาพทางคลินิกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกล่าวได้ว่าการดูแลความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยให้ความหมายของการดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) หมายถึง

1. การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานเช่น ด้านกายภาพ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Agency for Healthcare Research, 2001 อ้างถึงใน พรพิมล ผดุงสงฆ์, 2546) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยเป็นสิ่งที่ควรคำนึง ซึ่งจากทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของไนดิงเกล กล่าวว่า การถ่ายเทอากาศ ความร้อน แสง เสียง สิ่งแวดล้อมข้างเคียงของผู้ป่วย ความสะอาดของผนังห้อง ผนัง เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่พยาบาลควรควบคุมให้อยู่ในความเหมาะสมเพราะมีอิทธิพลต่อ สังคม และจิตใจของผู้ป่วย ถ้าหากสิ่งแวดล้อมไม่มีความสมดุล ผู้ป่วยจะใช้พลังงานเผชิญกับความเครียดในสิ่งแวดล้อม (นิทรา มโนน้อม, 2542)

2. การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน

3. การจัดการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นความปลอดภัยของผู้คลอดจึงหมายถึง ความรู้สึกของผู้คลอดในช่วงเวลาเจ็บครรภ์และคลอด ถึงความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองและบุตรปลอดภัยจากอันตรายหรือภาวะเสี่ยงต่างๆ ในการคลอด

อย่างไรก็ตามความปลอดภัยของผู้ป่วยดังกล่าวเป็นมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งในการดูแลผู้คลอดความปลอดภัยของผู้คลอดก็เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องตระหนักเช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบันการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งผู้คลอดและครอบครัวเชื่อว่ามีความปลอดภัยและได้มอบความไว้วางใจในการคลอดให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเชื่อว่าผู้ให้บริการเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในการรักษา ดังนั้นความปลอดภัยของผู้คลอดจึงควรเป็นการรับรู้ของผู้คลอดเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยของตนเองและบุตรด้วย เนื่องจากความปลอดภัยของผู้คลอดและบุตรเป็นความคาดหวังของผู้คลอดและครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้คลอดรู้สึกขาดความปลอดภัยจากการคลอดซึ่ง Melender & Lauri (1999) พบว่าผู้คลอดรู้สึกขาดความปลอดภัยและแสดงออกในลักษณะของความกลัว เช่น กลัวอันตรายต่อทารก กลัวภาวะแทรกซ้อนในการคลอดและกลัวสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holmes & Magiera (1987) พบว่าความหวาดกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้แก่ กลัวความเจ็บปวด กลัวตนเองและบุตรได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต กลัวบุตรจะพิการ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Holmes & Magiera, 1987: 300 อ้างถึงในยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541) นอกจากนี้ Robertson (1997) ยังพบว่าผู้ที่คลอดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยส่งผลให้ผู้คลอดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัย จากการศึกษาดังกล่าวอาจกล่าว

ได้ว่าผู้คลอดต้องการความมั่นใจและความปลอดภัยจากการคลอด การดูแลในระยะคลอดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอดเป็นเรื่องสลับซับซ้อน และขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือเงื่อนไขหลายประการ นับตั้งแต่ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละคน บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการคลอด ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกในทางบวกและทางลบต่อประสบการณ์การคลอดบุตรได้ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าถึงความรู้สึกและความต้องการการดูแลจากพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่ผ่านประสบการณ์การคลอดโดยตรง จะเป็นการเพิ่มความเข้าใจให้กับพยาบาลห้องคลอด นำไปปรับปรุงและส่งเสริมกิจกรรมพยาบาลผู้คลอดขณะรอคลอดและระยะคลอดได้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้คลอด (อารีวรรณ อ่วมธานีและสุชาดา รัชชกุล, 2546) ดังนั้นความรู้สึกปลอดภัยของผู้คลอดที่ได้รับการดูแล จึงควรเป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้คลอด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด โดยวัดจากจากแบบสอบถามการรับรู้ความปลอดภัยของผู้คลอด ที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการค้นคว้าเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Fagerhaugh (1987) การรายงานของกองการพยาบาล (Mark, 1989 cited in Gilletek Lenko, 1991 อ้างถึงใน นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, สุวิภา นิตยางกูร และธีรพร สถิตอังกูร, 2544) รวมทั้งจากการศึกษาของคุลิต สดาวร (2546) และจากแนวคิดของ Robertson (1997) ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดที่ปลอดภัยตามกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นองค์ประกอบของการรับรู้ความปลอดภัยในการสร้างแบบสอบถามการรับรู้ความปลอดภัยของผู้คลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของมารดา และความปลอดภัยของทารก



### 1.3 การรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด

#### ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นอิสระ

ความเป็นอิสระของผู้คลอดเป็นแนวความคิดที่เริ่มมีการกล่าวถึง โดยเฉพาะในผู้คลอด ดังนั้น การให้ความหมายยังคงมีเพียงจำกัด ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมในที่นี้จึงครอบคลุมความหมายของความเป็นอิสระไว้ในหลากหลายมุมมอง

ความเป็นอิสระแห่งตน (Personal Autonomy) นักวิชาการ นักจิตวิทยาทางการศึกษาได้ให้ความหมายของความเป็นอิสระแห่งตนไว้ดังนี้ (ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, 2539)

Kurtine (1974: 244) ได้ให้ความหมายของความเป็นอิสระแห่งตน ไว้ว่า เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของบุคคลที่แสดงออกซึ่งความสามารถในการตัดสินใจอย่างอิสระ ไม่พึ่งพา ยึดติดหรือถูกบุคคลอื่นในสังคมควบคุม มีความเป็นตัวของตัวเอง

Chickering (1993: 117) นักการอุดมศึกษา อธิบายว่า ความเป็นอิสระแห่งตน เป็นคุณลักษณะที่บุคคลเริ่มแสดงออกถึงวุฒิภาวะของผู้ใหญ่ มีความคล่องตัวในการตัดสินใจ โดยไม่ต้องอาศัยเพื่อนหรือบิดามารดา โดยแสดงออกทั้งในเรื่องของความคิดและการกระทำ ความเป็นอิสระแห่งตนเป็นการแสดงถึงการมีพลังอำนาจของบุคคลนั้น เป็นการเสริมสร้างบุคลิกภาพของบุคคลให้ดูเข้มแข็ง เป็นตัวของตัวเอง

ฟาริดา อิบราฮิม (2536: 29) ได้อธิบายความหมายของความเป็นอิสระแห่งตนไว้ว่าเป็นการแสดงออกในการปกครองตนเอง มีอิสรภาพในตน ธรรมชาติของมนุษย์ย่อมแสวงหาและรักในอิสรภาพ เพราะอิสรภาพจะให้ความรู้สึกภาคภูมิใจ เมื่อมีสิทธิเสรีหลุดพ้นจากพันธนาการหรือการผูกพันที่ให้ความรู้สึกอึดอัดขาดความเป็นตัวของตัวเองความเป็นอิสระจึงให้ความรู้สึกในทางบวก ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในความคิด การตัดสินใจ และการกระทำสิ่งต่างๆ ได้ตรงกับที่ใจรักและปรารถนาจะประพฤติปฏิบัติ ซึ่งหมายถึง การให้ความรู้สึกสำเร็จในการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ การงาน คุณลักษณะของบุคคลซึ่งมีความเป็นอิสระจะมีความสามารถในการปกครองตนเองได้ดี มีหลักการที่มั่นคง และผสมผสานกับพื้นฐานของเหตุผล ทำให้สามารถปกครองตนเองและควบคุมการกระทำของตนเองได้และสามารถมองตนเองในฐานะที่เป็นผู้มีความสามารถกล้าแสดงออกซึ่งการตัดสินใจกระทำการต่างๆ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายของความเป็นอิสระแห่งตนได้ว่า เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงออกทั้งในด้านความคิดและการกระทำ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้อย่างอิสระภายในขอบเขตการตัดสินใจที่ได้รับหรือมีอยู่ โดยไม่พึ่งพาคบุคคลอื่นหรืออยู่ภายใต้อำนาจการควบคุมของบุคคลอื่น (ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, 2539)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้ประยุกต์เข้ากับผู้คลอดและในการศึกษาครั้งนี้ว่า หมายถึงการที่ผู้คลอดสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้อย่างอิสระภายในขอบเขตการตัดสินใจที่ได้รับหรือมีอยู่ เป็นความรู้สึกของผู้คลอดถึงความสามารถอย่างไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวใน ระยะเจ็บครรภ์เพื่อส่งเสริมการคลอดและการเลือกท่าคลอดในท่าศีรษะสูงเข้าแยกและทำนั้งของ โดยมี ผู้พยาง 2 ข้างตามที่ผู้คลอดต้องการ เป็นท่าที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงเป็นอิสระในการเลือกใช้ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษา ถึงความเป็นอิสระของผู้ป่วยหรือผู้คลอด นอกจากความเป็นอิสระแห่งตนซึ่งเป็นคุณลักษณะในตัวบุคคลที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามช่วงวัย พัฒนาการ และสามารถพัฒนาให้เกิดเพิ่มมากขึ้นได้โดยสภาพการเลี้ยงดู สังคมที่แวดล้อม จาก ทฤษฎีพัฒนาการของ Erickson (1965) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นอิสระแห่งตนประกอบด้วย

1. สภาพสังคมที่แวดล้อม
2. คุณลักษณะของบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้านที่กล่าวมาแล้วไม่สามารถจัดกระทำได้
3. ความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำต่างๆทั้งที่เป็น เหตุการณ์ทางบวกและทางลบ เป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ตนเองสามารถควบคุมได้ (Leafcote, 1996) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการศึกษาที่นักศึกษาที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน โดยมีคุณลักษณะ เป็นผู้ที่ชอบแสวงหาความรู้ มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ชอบพึ่งพาตนเองมากกว่า ผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Strickland, 1977 อ้างถึงใน ปรชญานันท์ เทียงจรรยา, 2539)

4. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ จะส่งผลต่อความเป็นอิสระแห่งตน การดูแลช่วยเหลือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ ในลักษณะที่ บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจเกี่ยวข้องและผูกพัน นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลจะเป็นการ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Miller, Haber & Byrne (1990) พบว่าพฤติกรรม การดูแลที่อาจารย์มีต่อนักศึกษาจะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจแก่นักศึกษา ทำให้นักศึกษามีความเชื่อมั่นใน ตนเอง สร้างความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่า กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยผลักดันให้นักศึกษาได้พัฒนาความเป็น อิสระแห่งตน

ซึ่งในผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดจะได้รับการพัฒนา ความรู้ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและวิธีที่จะ ช่วยในการส่งเสริมการคลอดให้ดำเนินไปตามกระบวนการธรรมชาติของการคลอดราบใดที่ กระบวนการคลอดยังดำเนินไปตามปกติ ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ให้การดูแลที่จะต้องเฝ้าระวัง ให้ผู้คลอดได้มีโอกาสพัฒนาความเป็นอิสระแห่งตนอย่างเต็มที่และนำมาใช้ในการคลอด ซึ่งเป็น สถานการณ์ที่ผู้คลอดสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการที่จะเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการเปลี่ยน ท่าให้อยู่ในท่าที่ผู้คลอดรู้สึกสบายในระยะเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับการหายใจด้วยตนเองอย่างเต็มที่

และการเลือกท่าคลอดในท่าศีรษะสูงเข้าแยกและทำนั้งของ โดยมีผู้พุง 2 ข้าง ไม่ถูกจำกัดให้คลอดในท่าขึ้นขาห้อยเพียงท่าเดียว โดยได้รับการสนับสนุนระดับประคองจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดและให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึกได้โดยไม่ถูกควบคุม ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความเป็นอิสระของผู้คลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งนำมาจากการศึกษาของ Kurtine (1974) การศึกษาของ Chickering (1993) รวมทั้งการศึกษาของ ฟาริดา อิบราฮิม (2536) และจากผลงานของ Robertson (1997) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นอิสระของผู้คลอดในการเคลื่อนไหวในระยะเจ็บครรภ์และความเป็นอิสระของผู้คลอดในการเลือกท่าคลอดในท่านั้งของ โดยมีผู้พุง 2 ข้าง และท่าศีรษะสูงเข้าแยก รวมทั้งความเป็นอิสระในการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยประเมินในมารดาหลังคลอด

## 2. การคลอดที่เน้นผู้คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอดพบว่า Balaskas (1991) เป็นผู้ริเริ่ม โดยกล่าวว่า การคลอดเป็นสัญชาตญาณ เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีระที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอดตามธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้นเอง ผู้คลอดมีอิสระในการใช้ร่างกายเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมการคลอดและเลือกท่าคลอดตามที่ตนต้องการ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดโดย ผู้คลอดยอมรับและไว้วางใจในการทำหน้าที่ของร่างกายตามกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ การคลอดธรรมชาติ ไม่ใช่เป็นเพียงการที่ผู้ทำคลอดดึงทารกออกมาทางช่องคลอดของผู้คลอดเท่านั้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือว่าผู้คลอดเป็นผู้ถูกกระทำ (Passive patient) การคลอดที่เน้นผู้คลอด ผู้คลอดเป็นผู้ดำเนินการคลอดด้วยตนเอง เป็นการให้กำเนิดครอบครัวที่ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในครอบครัวที่แต่ละบุคคลต่างมีบทบาทของตนเอง กระบวนการคลอดด้วยตนเองเป็นไปได้ด้วยความ สุขสบาย ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้คลอดที่เป็นผู้ถูกกระทำ (Balaskas)

หลักการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดของ Balaskas (1991) มีการฝึกทักษะการบริหารร่างกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อ (Stretching exercise) การเคลื่อนไหวอย่างอิสระและท่าคลอดที่เน้นท่าศีรษะสูง ซึ่งส่งเสริมการเคลื่อนตัวของทารก โดยอาศัยธรรมชาติของช่องเชิงกรานร่วมกับการทำงานของฮอร์โมน แรงโน้มถ่วงของโลก การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การนวดเพื่อการผ่อนคลายและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

Robertson (1994) ได้นำแนวทางนี้มาใช้ในประเทศออสเตรเลีย และได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอดว่า เป็นการคลอดที่เป็นไปตามสัญชาตญาณและการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกาย การที่ผู้คลอดจะสามารถคลอดด้วยตนเองนั้นจะต้องเข้าใจการทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด รวมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดราบไคที่กระบวนการคลอดยังดำเนิน



ไปตามปกติ ทั้งนี้ต้องมีการประเมินภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องรวมทั้งผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกันตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การจัดการเกี่ยวกับการคลอดไม่ควรเป็นรูปแบบทางการแพทย์ มุมมองเกี่ยวกับการคลอดถือเป็นเรื่องปกติไม่ใช่การเจ็บป่วย จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงพิจารณาใช้หัตถการช่วยเหลือบนพื้นฐานการตัดสินใจของผู้คลอด โดยให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะรับการปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลระยะคลอด

หลักการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดโดย Robertson (1997) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การบริหารร่างกาย ทำที่ส่งเสริมการคลอด ให้ตอบสนองสัญชาตญาณในระยะคลอดบนพื้นฐานเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ วิธีการสอนใช้เทคนิคการสอนผู้ใหญ่ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดมีความตระหนักในสิทธิและความรับผิดชอบในตนเอง สามารถใช้สิทธิและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือการที่ผู้คลอดมีพลังอำนาจในการคลอดที่ใช้ร่างกายและความสามารถของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีพลังอำนาจจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ มีการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้มีความมั่นใจในร่างกายและอารมณ์ของตนเอง และยอมรับกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ การประเมินผลลัพธ์ของการคลอดประเมินความรู้สึกของผู้คลอดมากกว่าความสำเร็จในการทำงานของผู้ทำคลอด (Robertson)

ในการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอดที่เน้นผู้คลอด มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้ผู้คลอดเข้าใจในสัญชาตญาณการคลอดด้วยตนเอง เพราะการคลอดเป็นการทำหน้าที่ที่สำคัญของร่างกายตามธรรมชาติ ซึ่งเกิดขึ้นเองและเป็นไปตามการสิ้นสุดของการคลอด

การเตรียมตัวคลอดของ Balaskas (1991) และ Robertson (1997) มีความคล้ายคลึงกันซึ่งเน้นผู้คลอดเป็นผู้จัดการกระบวนการคลอดด้วยตนเอง ส่วนเจียรนัย โพรโททัย (2544) ได้นำแนวทางนี้มาประยุกต์โดยให้ความหมายว่าเป็นการคลอดที่ดำเนินไปตามกระบวนการธรรมชาติและสัญชาตญาณของการเป็นผู้ให้กำเนิด โดยผู้คลอดเป็นผู้กำหนดปัจจัยส่งเสริมการคลอดและกระทำการคลอดด้วยตนเอง รวมทั้งใช้สิทธิของตนในการตัดสินใจทางเลือกเมื่อจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาหรือช่วยเหลือ ปัจจัยสนับสนุนการคลอดตามกระบวนการธรรมชาติประกอบด้วย กาย สรีระ จิต สิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ 1) ด้านกาย มีความสมบูรณ์ของร่างกาย รวมถึงช่องทางคลอดซึ่งประกอบด้วยกระดูกเชิงกราน มดลูก ช่องคลอด กล้ามเนื้อพื้นเชิงกรานและฝีเย็บ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ของช่องทางคลอดกับแนวลำตัว ท่า และขนาดของทารก รวมทั้งทิศทางแรงโน้มถ่วงของโลก 2) ด้านสรีระ ส่งเสริมให้ผู้คลอดเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานของระบบต่างๆ การทำงานของฮอร์โมน การหดตัวของมดลูกและความเจ็บปวดซึ่งความเข้าใจและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ จะช่วยให้ผู้คลอดสามารถทำงานร่วมกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ 3) ด้านจิต ส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนเอนโดฟิน (Endorphine) ซึ่งเป็นฮอร์โมนธรรมชาติที่มีฤทธิ์ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดการหลั่งของฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งเป็นเหตุให้มดลูกหด

ตัวไม่ดี และมีความเจ็บปวดมากขึ้น ทำให้การคลอດโดยใช้ความสามารถของตนเองไม่ประสบความสำเร็จ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่คลอດบรรยากาศ นโยบาย และรูปแบบของการให้บริการมีผลกระทบต่อ กาย สรีระ จิต และสังคมของผู้คลอດเป็นอย่างมาก สถานที่คลอດที่มีอากาศถ่ายเท สะดวก สบาย สงบ แสง เสียง และอุณหภูมิพอเหมาะ จะช่วยให้ผู้คลอດรู้สึกสะดวกสบาย และผ่อนคลายเป็นการส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนและการหดตัวของมดลูกให้เป็นไปตามธรรมชาติ 5) ด้านสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้คลอດต้องการมากที่สุดคือสามีหรือผู้ใกล้ชิด การช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้คลอດได้รับประกอบด้วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการที่ไม่สร้างความกดดัน จะช่วยให้ผู้คลอດคลายความวิตกกังวล ไม่เกิดความเครียด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนา โปรแกรมประยุกต์มาจากการคลอດที่เน้นผู้คลอคของ Robertson (1997) ซึ่งRobertson เชื่อว่าการคลอคเป็นสัญชาตญาณของการเป็นผู้ให้กำเนิด เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดย Robertson มีความเห็นว่า ผู้คลอคสามารถตอบสนองต่อกระบวนการคลอคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติด้วยตนเอง โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่

การคลอคที่เน้นผู้คลอคเป็นการเน้นให้ผู้คลอคเข้าใจว่าการคลอคเป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีระที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอคและการทำหน้าที่ของร่างกาย ตามกระบวนการคลอคตามธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้นเอง ร่วมกับการทำงานของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการคลอค และการขยายตัวของช่องเชิงกรานในช่วงคลอคในท่าตั้งตัวตรง เป็นการคลอคที่ผู้คลอคสามารถเป็นผู้ดำเนินการคลอคด้วยตนเอง โดยที่ผู้คลอคมีอิสระในการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมการคลอคและเลือกท่าคลอคตามที่ตนต้องการ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิด ทำให้มีความสุขสบาย และปลอดภัย การที่ผู้คลอคจะสามารถดำเนินการคลอคด้วยตนเองนั้น จะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอคมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอคทราบใดที่กระบวนการคลอคยังดำเนินไปตามปกติ

การคลอคที่เน้นผู้คลอค มีจุดเด่นกว่าวิธีอื่นตรงที่มีจุดเน้นให้เชื่อในสัญชาตญาณและกระบวนการคลอคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ตามการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการคลอคเป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย การที่ผู้คลอคสามารถดำเนินการคลอคได้ตามกระบวนการคลอคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ จะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอคมีส่วนร่วมในการคลอคด้วยตนเองโดยการให้ความรู้ การฝึกทักษะร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิด

ดังนั้น การวัดผลลัพธ์ของการคลอคจึงไม่จำเป็นต้องจบลงด้วยการคลอคปกติเพียงอย่างเดียวเสมอไป หากเป็นการคลอคที่ผู้คลอคมีความสุขสบาย มีความปลอดภัยและมีความเป็นอิสระ การเตรียมตัวคลอคที่เน้นผู้คลอคมีเป้าหมายคือช่วยให้ ผู้คลอคเข้าใจในสัญชาตญาณการคลอคด้วยตัวผู้คลอคเอง เพราะการคลอคเป็นการกระทำหน้าที่ที่สำคัญของร่างกาย ตามธรรมชาติ ซึ่งเกิดขึ้นเอง และเป็นไปตามการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์

## การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดและผลการวิจัยที่ผ่านมา

หลักการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดของ Robertson มีองค์ประกอบสำคัญสรุปได้ดังนี้ (Robertson, 1997)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์และการคลอด การฝึกหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และได้รับการกระตุ้นเมื่อถึงระยะคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดสามารถใช้วิธีหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามที่ฝึกมาในการเผชิญความเจ็บครรภ์ได้ (Beck & Brouder, 1986:2 อ้างถึงในอุษา เชื้อหอม, 2534) นอกจากนี้การศึกษาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญและวิธีเผชิญความเจ็บปวด จะช่วยลดทั้งความวิตกกังวลและความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้คลอดในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Wells, 1984:55 อ้างถึงในอุษา เชื้อหอม, 2534)

2. การสนับสนุนให้ผู้คลอดมีอิสระในการเคลื่อนไหวร่างกายและการเปลี่ยนท่า (Position) เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้คุณสมบัติพิเศษของอุ้งเชิงกราน การขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าตั้งตัวตรงและทิศทางการเคลื่อนตัวของทารก การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำคุณสมบัติพิเศษของเชิงกรานที่มีความยืดหยุ่นได้เมื่ออยู่ในท่าที่เหมาะสม โดยเฉพาะท่านั่งของ (Squatting) หรือทำขึ้นมาใช้ร่วมกับทิศทางแรงโน้มถ่วงของโลกเพื่อการเคลื่อนต่ำของทารก การเปลี่ยนท่าบ่อยๆตามที่ตนต้องการจะช่วยลดความไม่สุขสบายและส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของทารก

3. การให้การช่วยเหลือในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Support in Labor) การจัดให้มีการสนับสนุนในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Support in Labor) โดยผู้ให้การสนับสนุนมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน การเปลี่ยนท่า โดยช่วยเหลือผู้คลอดให้ใช้ศีรษะสูง การคลอดที่เน้นผู้คลอดส่งเสริมการควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีธรรมชาติหรือไม่ใช้ยา โดยผู้คลอดมีการเลือกวิธีการต่างๆที่เหมาะสมกับตน การช่วยเหลือมีหลายรูปแบบ การศึกษาพบว่าผู้คลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดอย่างเพียงพอทำให้ผู้คลอดไม่รู้สึกว่าจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังแต่มีผู้คอยประคับประคองเมื่อต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ ช่วยนวด คอยให้ข้อมูลที่ต้องการช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็น การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้โอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้คลอดรู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อการคลอดและมีความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (Enkin, et al., 2000 อ้างถึงในพิริยา สุพศรี, 2547)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดทราบใดที่กระบวนการคลอดยังดำเนินไปตามปกติ โดยไม่มีการกระทำที่เป็นกิจวัตร (Routine) ไม่มีการแทรกแซงผู้คลอดโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ โดยการเน้นให้ผู้คลอดมี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระบวนการคลอดและฝึกเตรียมตัวคลอด (Empowered) เพื่อให้เป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (Active participant) ในประสบการณ์การคลอดของตน และการวางแผนการคลอดเพื่อให้ผู้คลอดยอมรับและไว้วางใจในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตามกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson (1993)

จากรูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดของ Robertson (1997) สรุปได้ว่าการคลอดเป็นลักษณะของการเป็นผู้ให้กำเนิด เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ผู้คลอดสามารถตอบสนองต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติด้วยตนเองโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ โดยมีหลักการ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ 2) การสนับสนุนให้ผู้คลอดมีอิสระในการเคลื่อนไหวร่างกายและการเปลี่ยนท่า (Position) 3) การให้การช่วยเหลือในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Support in Labor) 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดราบไคที่กระบวนการคลอดยังคงดำเนินไปตามปกติ ผู้วิจัยนำหลักการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดของ Robertson มาประยุกต์จัดเป็นโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด โดยประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด การทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด และการขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าคิงตัวตรง การเจ็บครรภ์และการคลอด การฝึกปฏิบัติและฝึกทักษะ การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดซึ่งประกอบด้วย การอยู่ในท่าที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ และการบริหารร่างกาย เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จะส่งผลต่อความเป็นอิสระของผู้คลอดในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อ ส่งเสริมการคลอด 2) การสนับสนุนผู้คลอดให้มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล การเคลื่อนไหวในระยะเจ็บครรภ์และท่าที่เหมาะสมในระยะคลอด พร้อมทั้งสาธิตและการฝึกปฏิบัติทักษะของผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดในการสนับสนุนผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ กับระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด 3) การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล พร้อมทั้งสาธิตและการฝึกปฏิบัติทักษะของผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ กับระยะเจ็บครรภ์ การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาจากพยาบาลในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด วิธีการขอรับการสนับสนุนโดยเฉพาะจากผู้ให้บริการในระยะใกล้คลอดและระยะคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อความสบายของผู้คลอดและความเป็นอิสระของผู้คลอด ในการเคลื่อนไหวและการเลือกท่าคลอดในท่าศีรษะสูง ตามที่ผู้คลอดต้องการรวมทั้งความเป็นอิสระในการเลือกใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอด 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดราบไคที่กระบวนการคลอดยังคงดำเนินไปตามปกติ และการวางแผนการคลอดเพื่อให้ผู้คลอดยอมรับและไว้วางใจในการทำหน้าที่ของร่างกายตามกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ

ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้เองส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้คลอด

### 3. การเตรียมตัวคลอดตามปกติ

#### 3.1 ความหมายของการเตรียมตัวคลอด

การเตรียมตัวคลอดหมายถึง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด เพื่อลดความหวาดวิตกที่ยิ่งใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะคลอด ซึ่งในกระบวนการคลอดต้องผ่านประสบการณ์นี้ด้วย การเตรียมตัวคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สามซึ่งเป็นช่วงที่ผู้คลอดเตรียมตัวแยกจากทารกและความห่วงใยมุ่งที่ทารกกับการคลอดของตนเองซึ่งควรเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป (Auvenshine & Enriquez, 1990) เพื่อให้ผู้คลอดมีเวลาฝึกเตรียมตัวคลอด จนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับการคลอด นอกจากนี้การเตรียมตัวคลอดยังเป็นการเตรียมผู้ที่จะเป็นบิดา มารดา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ที่จะเป็นบิดา มารดา เกิดการเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ตลอดจนการเรียนรู้ทักษะการเผชิญและการสนับสนุนในระยะคลอด (Nichols, 2000)

#### หลักการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอด

ในการจัด โปรแกรมการเรียนการสอนในชั้นเรียน การเตรียมตัวคลอดต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ สำคัญ 3 ประการคือ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

#### เนื้อหาการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอด

การเตรียมตัวคลอดมีวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เพื่อการเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้คลอดให้มีความพร้อมและสามารถเผชิญกับการคลอดได้ดี โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการคลอดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ผู้คลอดต้องการรู้ในเรื่องการคลอดและกระบวนการคลอด ( Avery & Olson, 1985 ; Malony, 1985; Merkatz &Thompson, 1990 cited in Margaret et al., 1993: 240 อ้างถึงใน สุภาพร ศรีจักรวาลย์วงษ์, 2539)

#### 3.2 การเตรียมตัวคลอดตามปกติ

การให้การดูแลและให้คำแนะนำต่างๆเพื่อเตรียมตัวคลอดตามปกติ จะให้ขณะที่ผู้คลอดมารับบริการตรวจครรภ์ ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำแตกต่างกันตามสภาพความพร้อมของสถานบริการ เจ้าหน้าที่ ตลอดจนงานจำนวนผู้มารับบริการ แต่โดยปกติเท่าที่ปฏิบัติกันในขณะที่นี้คือ ผู้คลอด

ที่มาบริการตรวจครรภ์จะได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลและ/หรือได้รับการสอนเป็นกลุ่ม โดยจัดการสอนเป็นระยะๆตามวันนัดตรวจครรภ์ และใช้เวลาสอนประมาณ ครั้งละ 30-60 นาที ในระหว่างที่ผู้คลอดรอรับบริการตรวจครรภ์ ซึ่งหัวข้อการสอนและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมตัวตามปกติ สรุปได้โดยย่อ ดังนี้ (วราวุธ สุมาวงศ์ 2533)

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะตั้งครรภ์ อาการไม่สุขสบายตลอดจนอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
2. การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลเต้านมและหัวนมตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้คลอดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
3. การเตรียมของเครื่องใช้สำหรับมารดาและทารก ตลอดจนแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ
4. ลักษณะของการเจ็บครรภ์ และการปฏิบัติตนในระยะที่ 1 2 และ 3 ของการคลอด ซึ่งบางแห่งมีการสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด โดยเนื้อหาในการสอน จะครอบคลุม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในระยะคลอด และขณะคลอด

ส่วนที่ 2 การเตรียมร่างกายประกอบด้วย การฝึกบริหารร่างกาย ฝึกการผ่อนคลาย ฝึกการหายใจและการลูบหน้าท้องเพื่อให้ผู้คลอดนำไปใช้ลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นใน ระหว่างคลอด

ส่วนที่ 3 การประคับประคองอารมณ์ รวมทั้งการทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจว่าสามารถทนต่อความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การจัดการสอนและให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดจะมุ่งเน้นที่ตัวผู้คลอดเป็นส่วนใหญ่ และรูปแบบการสอนจะขึ้นกับความพร้อม ตลอดจนนโยบายของแต่ละสถานบริการเป็นหลัก

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด เป็นการพยาบาลทางสูติกรรมเพื่อดูแลผู้คลอดในห้องคลอดการพยาบาลในห้องคลอดเป็นการให้การพยาบาลมารดาและทารกตลอด 4 ระยะของการคลอด และเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อให้พยาบาลประจำการห้องคลอดใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน และได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติกรพยาบาลบริการคลอดไว้ 4 ข้อ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล, 2539:11-12) ตามมาตรฐานการพยาบาลบริการการคลอด ดังนี้

## มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนคลอด

**ข้อความมาตรฐาน 1.1** พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหา/ความต้องการและเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่ 1

แนวทางปฏิบัติ การประเมินระยะแรกเริ่ม ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้มาคลอด ประเมินปัญหาเมื่อแรกเริ่มเกี่ยวกับ ประวัติการตั้งครรภ์ การมีน้ำเดินหรือมีมูกเลือด ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพ ตรวจครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารก ตรวจทางช่องคลอด รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจากประวัติการฝากครรภ์ และซักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ประเมินความพร้อมในการคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บันทึกข้อมูลที่ประเมินได้อย่างครบถ้วน

การประเมินระยะต่อเนื่อง ติดตามเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอด การเปลี่ยนแปลงของผู้มาคลอดและประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดกับทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความต้องการ ความเพียงพอของการได้รับอาหาร/น้ำ การขับถ่ายและการพักผ่อน ประเมินความสุขสบายอาการรบกวนต่างๆ ความวิตกกังวลและความรู้/ทักษะในการลดอาการเจ็บครรภ์ การฝึกหายใจและการเบ่งคลอด บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างครบถ้วน

**ข้อความมาตรฐานที่ 1.2** พยาบาลวิชาชีพวินิจฉัยปัญหา/ความต้องการ กำหนดแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอด

แนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อจำแนกความรุนแรงและความต้องการพยาบาลตามระบบการจำแนกประเภทผู้คลอด กำหนดวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุม ทั้งปัญหา/ความต้องการ หรือภาวะแทรกซ้อนที่กำลังเกิดขึ้นและเกิดขึ้นแล้วและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต วินิจฉัยระยะของการคลอดเพื่อการคาดการณ์หรือกำหนดวิธีการคลอดและวางแผน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้มาคลอดในระยะของการคลอด แก่ไขและวินิจฉัยการพยาบาลและวินิจฉัยระยะของการคลอดใหม่ เมื่อมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหาหรือความก้าวหน้าของระยะการคลอดเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหา สาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น กำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้คลอดเป็นรายบุคคล เพื่อตอบสนองปัญหา/ความต้องการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดสุขสบาย ปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนคลอด ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด รายงานแพทย์ทันทีที่พบสัญญาณผิดปกติ ให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขภาวะฉุกเฉินทันที ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากการเกิดอุบัติเหตุ การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นต้น ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ความสุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้คลอด ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้คลอดให้ความร่วมมือในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด ช้ยผู้คลอดเข้าห้องคลอดทันทีเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด

## มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะคลอด

ข้อความมาตรฐาน ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคลอดอย่างปลอดภัย

แนวทางปฏิบัติ เคลื่อนย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างปลอดภัย ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ผู้คลอดกับเอกสาร สอบถามความรู้สึก สัมผัส ให้กำลังใจและสอนวิธีการปฏิบัติตัวและสื่อสารกับพยาบาลขณะคลอด จัดท่าคลอดให้เหมาะสมสะดวกต่อการคลอด โดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้คลอดเป็นสำคัญ

ผู้ทำคลอด เตรียมตัวเพื่อทำคลอดตามเทคนิคขั้นตอนการเตรียมทำคลอด โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้คลอดอย่างเคร่งครัด จัดเตรียมและตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์ชุดทำคลอด ปฏิบัติการทำคลอดด้วยความระมัดระวัง ถูกเทคนิคเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก ปฏิบัติตามการป้องกันการระบุนทารกผิคน ผิดเพศ ปฏิบัติการทำคลอดในระยะที่ 3 อย่างถูกวิธีและปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน ภายในเวลา 30 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนของรก ผนังรกค้าง ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยคลอด ผู้คลอดรกค้างทันที ตรวจสอบ/ประเมินปริมาณการเสียเลือดขณะคลอด และสั่งการช่วยเหลือทันทีที่พบการเสียเลือดมากผิดปกติ เย็บแผลด้วยความระมัดระวัง ให้กำลังใจผู้คลอดตลอดระยะเวลาการทำคลอด

ทีมช่วยคลอด ช่วยเบ่งคลอด และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสังเกตสัญญาณที่แสดงถึงความเสี่ยงต่ออันตรายทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด วินิจฉัยปัญหาและคาดการณ์เกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือ และตัดสินใจแก้ไขทันทีที่พบความผิดปกติ ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด ให้กำลังใจและสอนการเบ่งคลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด ประเมินสภาพทารกแรกคลอดตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการระบุนทารกผิคน ผิดเพศทันที กรณีไม่มีข้อห้าม เริ่มการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกทันทีที่ทารกและมารดาปลอดภัย ประเมินความพร้อมของมารดาหลังคลอด ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายมารดาและทารกไปยังห้องดูแลมารดาหลังคลอดอย่างปลอดภัย

## มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

ข้อความมาตรฐาน ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย และความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง

แนวทางปฏิบัติ จำแนกสภาพปัญหาและความต้องการของผู้คลอด เช่น กลุ่มผู้คลอดและทารกหลังคลอดที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกก่อนเคลื่อนย้าย



ไปหน่วยดูแลหลังคลอดตามมาตรการการประเมินความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายประสานงานกับหน่วยดูแลหลังคลอด และดำเนินการส่งต่อมารดาและทารกอย่างปลอดภัย

#### มาตรฐานที่ 4 เคารพในศักดิ์และสิทธิผู้ใช้บริการ

ข้อความมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิผู้ใช้บริการ

แนวทางปฏิบัติ ประเมินความต้องการและความพร้อมในการรับข้อมูลภายใต้พื้นฐานการเคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการ ให้การพยาบาลบนพื้นฐานจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ประเมินความเข้าใจของผู้คลอดเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในแต่ละระยะของการคลอด และบันทึกผลการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน (เรวดี ศิรินคร, 2542: 204-214)

การคลอดที่เน้นผู้คลอด เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาและนำมาประยุกต์จัดเป็นโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดกับผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวคลอด

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดด้วยวิธีของ Lamaz ต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธี ของ Lamaz จากผู้วิจัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประกายแก้ว กำคำ (2534) ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด จำนวน 60 ราย ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับ

กระบวนการคลอดและวิธีปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดและอนุญาตให้สามีซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้คลอดมาแล้วเข้าไปให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม มีความต้องการชาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาคลอดของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดเหตุการณ์และความรู้สึกที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด วิธีควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ วิธีเบ่งและการพาหญิงตั้งครรภ์ไปทำความคุ้นเคยกับสภาพห้องคลอด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่มีความแตกต่าง แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ละมัย วีรกุล และคณะ (2534) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยาและสามี จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งคู่สามีภรรยาได้รับการฝึกเตรียมคลอด และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 คู่ ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด

พรณิภา รัษฎกุล (2537) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด ของหญิงที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอด การคลอด และฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้องเพื่อให้เผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และคะแนนเจตคติที่มีต่อการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วัลลิกา เฟือกโสภณ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวด และความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

สุภาพร ศรีจักรวาลวงษ์ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอด โดยประยุกต์กระบวนการกลุ่ม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ในหญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเพื่อคลอดโดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่ม โดยใช้การเตรียมตัวคลอดตามแนวคิด Dick-Read กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดรูปแบบปกติจากเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่าการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมในระยะคลอดดีกว่า

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก อายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามโปรแกรมที่กำหนด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงครรภ์แรกและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียมเพื่อคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อคลอด

ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541) ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก (โรงพยาบาลแม่และเด็ก) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับการคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ และ

ได้รับการทบทวนและสนับสนุนให้ใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาการคลอดของกลุ่มทดลองยาวนานกว่ากลุ่มควบคุม แต่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของกลุ่มทดลองเป็นไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศิริ (2542) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลาง จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เบญจรัตน์ ยศเสถียร (2542) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะของการคลอด และคะแนนชีพของทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัยตามแนวคิด Dick-Read และ Lamaz ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และในระยะคลอด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีแบบแผน ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระยะคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดจะสั้นกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ และคะแนนชีพของทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดจะสูงกว่าทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กนกพร สุทธิรักษ์ และคณะ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่สามีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือสามีหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า สามีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์สูงกว่าสามีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้ และสามีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการ

ให้ความรู้มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์สูงกว่าสามีมหึงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้

จันทร์เพ็ญ คุณิยามิ และคณะ (2544) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์ที่มีผู้ช่วยเหลือในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับมีผู้ช่วยเหลือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือและกลุ่มผู้คลอดที่มีเพียงผู้ช่วยเหลือแตกต่างกัน และผลลัพธ์ของการคลอดพบว่าระยะเวลาของการคลอดโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือและกลุ่มผู้คลอดที่มีเพียงผู้ช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ชนิดของการคลอดของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือ และกลุ่มผู้คลอดที่มีเพียงผู้ช่วยเหลือ คลอดปกติเหมือนกันทุกคน คะแนนซีพอกของทารกแรกเกิดของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือและกลุ่มผู้คลอดที่มีเพียงผู้ช่วยเหลือเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ นาทที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน และนาทที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน

ประทุมพร เพ็ชรจริง และคณะ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 ราย โดยใช้โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดตามแนววิถีวิธีเตรียมการคลอดของ Lamaz ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังการเตรียมคลอดสูงกว่าก่อนเตรียมคลอด และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดอยู่ในระดับดี

สุจินดา ตรีเนตร (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

เตรียมตัวตามปกติ และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ

ณัฐนิชา คำปาละ (2546) ศึกษาผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด 5 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอด และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จุฬารัตน์ เกิดเจริญ (2547) ศึกษาผลของดนตรีประเภทอ่อนคลาวยุบรวมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีประเภทอ่อนคลาวยุบรวมกับการใช้เทคนิคการหายใจในระยะที่ I ของการคลอด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม และผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีความปวดในระยะคลอดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้าและปากมดลูกเปิดหมด น้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม

Charler และคณะ (1978) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดตามแนวคิดของ Lamaz กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมิเชลลิซ (Michael Reese Hospital) จำนวน 249 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 95 ราย กลุ่มควบคุม 154 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามแนวคิดของ Lamaz กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียมคลอดตามแนวคิดของ Lamaz ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีจำนวนการได้รับยาระงับปวดและยาระงับความรู้สึกน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม และหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่า และมีความพึงพอใจในการคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม

Mandarino & Beldek (1984) ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการเตรียมคลอดโดยคู่วิตีทัศน์โมเดลการคลอดลับวิตีทัศน์ข้อมูลเรื่องการคลอดต่อการลดความเจ็บปวดระหว่างคลอดในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกจำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1

คู่มือทัศนโมเดลการคลอด กลุ่มที่ 2 คู่มือทัศนข้อมูลเรื่องการคลอด กลุ่มที่ 3 คู่มือทัศนโมเดลการคลอด และคู่มือทัศนข้อมูลเรื่องการคลอด กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้คู่มือทัศนทั้ง 2 ชนิด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มมารดาที่คู่มือทัศนโมเดลการคลอดและคู่มือทัศนข้อมูลเรื่องการคลอด มีอัตราความเจ็บปวดขณะคลอดน้อยกว่ากลุ่มอื่น

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าการเตรียมตัวคลอดส่วนใหญ่เป็นผลของการเตรียมตัวคลอดด้วยวิธีของ Lamaz และของ Dick-Read เพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดการวัดผลลัพธ์ส่วนใหญ่วัดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและ คะแนนชีพจรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดโดยวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเกี่ยวกับการรับรู้ความสุขสบาย การรับรู้ความปลอดภัยและการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของผู้ป่วย

สิรินาด มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามเทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที ติดต่อกันเป็นเวลานาน 6 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นภายหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากและผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจ มีผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วย

## 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

พรพิมล ผดุงสงฆ์ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ความมีอิสระในงานกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 490 ราย ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะในการสื่อสารทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านคือทักษะในการฟัง ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียงและทักษะในการ

สื่อสารแบบเปิดมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ และความมีอิสระในงานโดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน คือความมีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน ความมีอิสระในการควบคุมเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนด้านความมีอิสระในการเลือกวิธีปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทักษะในการสื่อสารของพยาบาลประจำการ ความมีอิสระในงานของพยาบาลประจำการมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

#### 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอิสระ

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นอิสระแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายในตน พฤติกรรมการดูแลของอาจารย์พยาบาลกับความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จากสถาบันการศึกษาพยาบาล 12 แห่งจำนวน 483 ราย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ต่างสังกัดสถาบันไม่แตกต่างกัน ความเป็นอิสระแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายในตน พฤติกรรมการดูแลของอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน พฤติกรรมการดูแลของอาจารย์พยาบาลด้านการมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ และด้านการมีสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีน้อย ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นอิสระในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเป็นอิสระในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเป็นอิสระแห่งตน ความเชื่ออำนาจภายในตน และพฤติกรรมการดูแลของอาจารย์พยาบาล

#### 5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทดลอง

สุปราณี อัทธเสรี และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครุฑและระยะเวลาของการคลอดกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ในหญิงครรภ์แรก 170 คน พบว่าระยะเวลาของการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์



การคลออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผู้คลอที่ได้รับยาเร่งคลอและไม่ได้  
 รับยาเร่งคลอ ผู้คลอที่คลอปกติและคลอโดยผ่าตัดคลอพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์  
 การคลอต่างกัน ส่วนผู้คลอที่มีอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน  
 มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอไม่แตกต่างกัน

Light & Fenster (1974) ศึกษาถึงการรับรู้ของผู้คลอในระยะก่อนคลอโดยทำการศึกษา  
 แบบย้อนหลัง (Retrospective) ในผู้คลอจำนวน 202 คน พบว่าในผู้คลอที่ระดับการศึกษาต่ำจะม  
 ความวิตกกังวลในการคลอมากกว่าผู้คลอที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าซึ่งส่งผลต่อความอดกลั้นและ  
 การแสดงพฤติกรรมเผชิญต่อความเจ็บปวดต่างกัน

Norr และคณะ (1977) ศึกษาการรับรู้ประสบการณ์การคลอของผู้คลอจำนวน 249 คน  
 พบว่าผู้คลอที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงจะมีความวิตกกังวลต่อการคลอน้อยและ  
 สามารถควบคุมความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ได้ดีกว่าผู้คลอที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม  
 ในระดับต่ำกว่า

Stanle และคณะ (1979) ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 73 คน พบว่า  
 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์  
 และการคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก โดยอธิบายความสำเร็จในการเผชิญต่อความวิตกกังวล  
 และภาวะเครียดในการคลอว่าขึ้นอยู่กับอายุ และวุฒิภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอในผู้คลอที่มีอายุ ระดับ  
 การศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอไม่แตกต่างกัน แต่เนื่องจาก  
 การศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจส่งผลต่อความวิตกกังวลในการคลอ ความอด  
 กลั้นและการแสดงพฤติกรรมเผชิญต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการ  
 เรียนรู้ของผู้คลอ ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ความสุขสบาย การรับรู้ความปลอดภัย และการรับรู้ความ  
 เป็นอิสระในการคลอ

### กรอบแนวคิดการวิจัย โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด

#### องค์ประกอบของโปรแกรม

- 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าและฝึกปฏิบัติการสนับสนุน 3) การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือ
- 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การปฏิบัติการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ กับระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด  
การปฏิบัติการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ แบ่งการสอน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์

สอนครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ 1) ชี้นำ 2) ชี้นสอนโดยการบรรยาย สาธิตและฝึกทักษะการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระและการทำงานของฮอร์โมน การขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าตั้งตัวตรง การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด การบริหารร่างกาย สาธิตและฝึกทักษะการอยู่ในท่าที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ การบริหารร่างกาย 3) ชี้นสรุป แนะนำการใช้คู่มือการเตรียมตัวคลอด แบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อเตรียมตัวคลอด

สอนครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 1) ชี้นำ 2) ชี้นสอนโดยการบรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเจ็บครรภ์และการคลอด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การเคลื่อนไหวในระยะเจ็บครรภ์และท่าคลอดที่เหมาะสมและปลอดภัยในระยะคลอดได้แก่ท่านั่งของ โดยมีผู้พุง 2 ข้างหรือท่าศีรษะสูงเข้าแยก บทบาทของผู้ให้การสนับสนุนโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิดที่ผู้คลอดเลือกในระยะแรกจนถึงปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร สาธิตและฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี 3) ชี้นสรุป

สอนครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 1) ชี้นำ 2) ชี้นสอนโดยการทบทวนการฝึกทักษะการสนับสนุนการคลอด การวางแผนการคลอด และการทำงานของห้องคลอด 3) ชี้นสรุป ให้คอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด รวมคะแนนแบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อเตรียมตัวคลอด และให้คอบแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ พาเยี่ยมชมห้องคลอด

#### การปฏิบัติการพยาบาลระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด

ระยะที่ 1 ตั้งแต่แรกถึงปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร เป็นการสนับสนุนโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิดที่ผู้คลอดเลือก โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหว เช่นเดิน เปลี่ยนท่า โดยสนับสนุนให้ผู้คลอดใช้ท่าศีรษะสูง เช่นการเดินหรือทำยืน ทำนั่ง ทำนั่งของ ท่าคุกเข่า ช่วยเหลือผู้คลอดในการลดอาการปวดโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจและการฟังดนตรี

ระยะที่ 2 ตั้งแต่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร เป็นการสนับสนุนจากพยาบาลโดยมีหน้าที่ 1) ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าบ่อยๆทุก 30-60 นาทีเช่นเดิน เปลี่ยนท่า โดยช่วยเหลือผู้คลอดใช้ท่าศีรษะสูง เช่น การเดินหรือทำยืน ทำนั่ง ทำนั่งของ ท่าคุกเข่า 2) ช่วยเหลือผู้คลอดในการลดอาการปวดโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี 3) การงดการปฏิบัติการที่เป็นกิจวัตรในการคลอด 4) การให้ข้อมูล 5) การสนับสนุนในระยะแบ่งคลอดเช่นท่านั่งของ โดยมีผู้พุง 2 ข้าง หรือท่าศีรษะสูงเข้าแยก

การรับรู้  
ประสบการณ์  
การคลอด 1) ด้าน  
ความสุขสบาย  
ในการคลอด  
2) ด้านความ  
ปลอดภัยในการ  
คลอด  
3) ด้านความเป็น  
อิสระในการ  
คลอด