

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดแม่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งในชีวิตของสตรี (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2539:1) ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม สร้างความเครียดและหวาดกลัวให้ผู้คลอดเป็นอันมาก โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดมาก่อน ประกอบกับระยะเวลาคลอดของผู้คลอดครั้งแรกยาวนานจึงทำให้เกิดการอ่อนเพลียมากกว่า เป็นผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Gatson-Johansson et al., 1988 cited in Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1995:223) เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลในระยะคลอด คือ ช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถเผชิญกับประสบการณ์การคลอดได้อย่างดีที่สุด (Clark et al., 1979:357-358) และเพื่อทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการแปลความหมายของเหตุการณ์ขณะเจ็บครรภ์ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการเป็นมารดาครั้งแรก (Mercer, 1985:204-209) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าในผู้คลอดที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางที่ไม่ดี หลังจากผ่านพ้นการคลอดผู้คลอดอาจหันปัญหาทางกายแต่ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังคงอยู่ ความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอดจะยังคงฝังแน่นอยู่ในความทรงจำของผู้คลอดก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอดไปตลอด (Grade & Woodside, 1977 อ้างถึงใน ประกายแก้ว คำคำ, 2534) สอดคล้องกับ Lipkin (1974) ที่พบว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ปกติสำหรับสตรีทุกคนในสังคม โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาตามลักษณะทางด้านสรีรวิทยาของการคลอด ถือได้ว่าเป็นเรื่องที่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ผู้คลอดอาจผ่านพ้นปัญหาทางด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปได้แต่ปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม ที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจหรือประสบการณ์การคลอดลำบากจะยังคงฝังแน่นในความทรงจำและก่อให้เกิดเจตคติทางลบต่อสามีและการมีบุตรไปตลอดชีวิต (Lipkin, 1974:46 อ้างถึงใน สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533)

การคลอดในอดีตเป็นกระบวนการธรรมชาติ ซึ่งผู้คลอดและครอบครัวมีความเป็นอิสระ เป็นส่วนตัวและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด มีการตัดสินใจคลอดจนมีส่วนร่วมในกิจกรรมคลอด การคลอด ในปัจจุบันการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ซึ่งผู้คลอดและครอบครัวเชื่อว่ามีความปลอดภัย และได้มอบความไว้วางใจในการคลอดให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้คลอดไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของตนเอง และตกอยู่ในสถานการณ์เป็นผู้ถูกกระทำ

เพื่อการคลอด (Passive birth) ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเชื่อว่าผู้ให้บริการเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในการรักษา ผู้คลอดและครอบครัวจึงไม่มีสิทธิ์ต่อรองและพิทักษ์สิทธิของตนและจำยอมเหมือนนโยบายของ โรงพยาบาลไม่อนุญาตให้สามีเฝ้าคลอดแม้จะรู้สึกว่าการคลอดธรรมชาติของครอบครัวก็ตาม (อุษา เชื้อหอม, 2543) ทั้งนี้รวมถึงเมื่อมีการตัดสินใจให้การบำบัดและใช้เทคโนโลยีต่างๆ โดยแพทย์และ โรงพยาบาลเพื่อการคลอด เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy) การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด (Induction of labor) และการคลอดโดยใช้ทำขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) ในผู้คลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ80-85) ที่มีการตั้งครรภ์ปกติและคาดหมายว่าจะมีผลการคลอดที่ปกติ (เอกชัย โคววิสาชัยและชนิด หัพนานนท์, 2544) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Balaskas, 2003) การใช้ยาระงับความรู้สึก นอกเหนือเข็มไขสันหลังชั้นนอก การทำคลอดโดยใช้คีม การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (Odent, 2001) การโกนขนบริเวณหัวเหน่าฝีเย็บและทวารหนัก การสวนอุจจาระ และการตัดฝีเย็บ (Chalmers, 2001)

อย่างไรก็ตามการใช้การบำบัดและเทคโนโลยีในการช่วยคลอดที่เกินจำเป็น ส่งผลกระทบต่อ กระบวนการทางสรีรวิทยาของการคลอด นอกจากจะทำให้อัตราการคลอดธรรมชาติลดลงแล้วยัง ส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ซึ่งจากรายงานสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2540-2544 พบว่าอัตราการคลอดโดยใช้หัตถการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอัตราการผ่าตัดคลอด เพิ่มขึ้นทุกปีจากร้อยละ13.30 ในปี 2540 เป็นร้อยละ17.40 ในปี 2544 (กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2545) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานว่า การผ่าตัดคลอดทำให้ความเจ็บป่วยใน มารดาเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่าของการคลอดปกติ และการผ่าตัดคลอดมีผลให้ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลนานกว่าการคลอดปกติ (Walling, 2000 อ้างถึงในฉันทนิชา คำปาละ, 2546) ส่วน การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาระงับความรู้สึกนอกเหนือเข็มไขสันหลังชั้นนอก (Epidural analgesia) ในผู้ คลอดพบว่าผลของยาทำให้การคลอดล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนกับมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิต ต่ำ การบาดเจ็บบริเวณชั้นดูราจากการถูกเข็มแทงทะลุและการปวดศีรษะ เป็นต้น (Lieberman, Cohen, Lang, Frigoletto, & Goetzl, 1999; Thorp & Breedlove, 1996; Walling, 2000 อ้างถึงในฉันทนิชา คำ ปาละ, 2546) นอกจากนี้ผู้คลอด ที่ได้รับข่าวดังกล่าวมีโอกาสได้รับการทำคลอดด้วยสูติศาสตร์ หัตถการเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมากขึ้น ส่วนฤทธิ์ของยายังมีผล กดศูนย์การหายใจของทารก ทำให้การเดินของหัวใจทารกผิดปกติได้ (Fraser, 1999; Rajan, 1994 อ้าง ถึงในฉันทนิชา คำปาละ, 2546)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผลการศึกษาพบว่าในระยะ คลอดผู้คลอดรู้สึกขาดความปลอดภัยจากการคลอด ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความกลัว เช่น กลัว อันตรายต่อทารก กลัวภาวะแทรกซ้อนในการคลอดและกลัวสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Melender & Lauri, 1999) สอดคล้องกับการรายงานของ Robertson (1997) ที่ว่าการที่ผู้คลอดอยู่ในสภาพแวดล้อม

ที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้ผู้คลอดกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัยในการคลอด ส่วนในระยะใกล้คลอด นอกจากผู้คลอดจะกลัวความเจ็บปวดจากการคลอดแล้วผู้คลอดยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ความปลอดภัยของตนเองและบุตร กลัวตนเองและบุตรจะได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต กลัวทารกพิการ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Pillitter, 1985; Holmes & Magiera, 1988 อ้างถึงใน ประทุมพร เพ็ชรจริง, 2544)

นอกจากการรับรู้ถึงความปลอดภัยในการคลอดที่ลดลงแล้ว รูปแบบการคลอดในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึก ขาดความเป็นอิสระในการเคลื่อนไหวและการเลือกท่าคลอดตามที่ตนต้องการ ซึ่งจากการศึกษาของ Robertson (1997) พบว่ากิจกรรมการดูแลผู้คลอดในการคลอดเป็นกิจกรรมการดูแลที่กระทำกับทุกคนในแบบเดียวกัน โดยการห้ามลุกนั่งหรือเดินในขณะที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและการจำกัดให้คลอดในท่านอนหงาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whittaker (1999) ที่พบว่าสภาพการคลอดในโรงพยาบาลมีการจัดกระทำกิจกรรมเพื่อควบคุมการคลอด ได้แก่ การจัดท่าขึ้นขาหยั่งในขณะที่คลอด การให้ยาเร่งคลอด นอกจากนี้การดูแลการคลอดในปัจจุบันยังพบว่ามี การเบ่งคลอดในท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) และมีการตัดฝีเย็บในผู้คลอดทุกราย (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2545) ซึ่งการกระทำดังกล่าวนอกจากจะทำให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความไม่มีอิสระแล้ว ยังทำให้ผู้คลอดเกิดความไม่สุขสบายจากกิจกรรมการดูแลในการคลอด ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมการดูแลในการคลอดเป็นการเพิ่มความไม่สุขสบายให้ผู้คลอด เนื่องจากการคลอดผู้คลอดต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายที่เกิดจากความเจ็บปวดจากการคลอด (Robertson, 1997) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของมดลูกหลายครั้งเป็นระยะเวลาานาน (Nichols & Gennaro, 2000) โดยมีจุดกำเนิดจากการที่เนื้อเยื่อฉีกขาดซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความไม่สุขสบาย การตอบสนองต่อความเจ็บปวดเกี่ยวข้องกับทั้งประสาทอัตโนมัติและกระบวนการคิด (Lowe, 1996) และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอดเป็นสิ่งที่ผู้คลอดกลัวมากที่สุดเพราะเป็นสิ่งเร้าที่รุนแรงที่สุดอย่างหนึ่ง (Niven & Murphy-Black, 2000)

จากปัญหาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการคลอดในปัจจุบันนอกจากจะส่งผลกระทบต่อ การคลอดทางด้านกลไกและสรีรวิทยาแล้วยังส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็น ความรู้สึกของผู้คลอดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะที่คลอด ซึ่งในการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ให้ผู้คลอดจำเป็นต้องประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านกาย จิตสังคมควบคู่กันไป (Butani & Hodnett, 1980: 80 อ้างถึงใน สุพิศ ฌ เขียงใหม่, 2533) สอดคล้องกับ Robertson (1994) ที่พบว่า การประเมินผลลัพธ์ของการคลอดควรประเมินความรู้สึกของผู้คลอด มากกว่าความสำเร็จในการทำงานของผู้ทำคลอด เพราะการคลอดถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ กระบวนการคลอดจะเริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยาย ซึ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางด้าน ร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก และมีผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและ วิตกกังวล (Dick-Read, 1994)

ปัจจุบันมีรูปแบบการคลอด (Birth) อยู่ 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบทางสังคม (Social Model) และ 2) รูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) (เอกชัย โควาวิสาชัยและชนิด หัพนานนท์, 2544) รูปแบบทางสังคมมองสุขภาพแบบองค์รวม โดยมนุษย์เป็นเพียงส่วนย่อยหนึ่งของระบบนิเวศน์วิทยา และมนุษย์ประกอบด้วย กาย จิตและวิญญาณ รูปแบบนี้มีความเห็นว่าการคลอดเป็นกระบวนการทางชีวสังคม (Biosocial) ที่เป็นส่วนหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน การคลอดเป็นเหตุการณ์ของกระบวนการทางชีววิทยา กายวิภาค ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติโดยร่างกายของผู้หญิงถูกสร้างมาให้เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลการคลอด ในขณะที่บุคลากรผู้ทำการรักษานั้นมีบทบาทน้อยมาก ส่วนรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) มองว่าการคลอดเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพยาธิวิทยา และกิจกรรมทางการแพทย์ (Medical intervention) เป็นสิ่งที่จำเป็นในการคลอด สถานบริการการคลอดส่วนใหญ่ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย นิยมการคลอดที่ใช้การปฏิบัติหรือเทคนิคทางสูติศาสตร์ช่วยคลอดเป็นทางเลือก โดยผู้คลอดจะได้รับการปฏิบัติตามกิจกรรม วิธีการ และขั้นตอนที่สถานบริการกำหนดไว้เหมือนกันหมดทุกรายหรือปฏิบัติเป็นกิจวัตร มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้คลอดน้อยในการพิจารณาทางเลือกของการคลอด (เจียรนัย โพรธิไทรย์, 2544) นอกจากนี้การดูแลยังเน้นไปตามแบบแผนที่กำหนด โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดซึ่งเป็นการดูแลการคลอดแบบตื่นตัวของผู้ดูแล (Active Management of Labor) (วรรณิ เดียววิศเรศ, 2547) แสดงให้เห็นว่ามุ่งเน้นเฉพาะการจัดการทางร่างกายเพื่อให้การคลอดดำเนินไปจนกระทั่งเกิดการคลอดเท่านั้น

อย่างไรก็ตามสำหรับกระบวนการคลอด การศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญนอกเหนือจากปัจจัยด้านร่างกายคือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเผชิญการคลอดในแง่ที่เป็นสิ่งสนับสนุนหรือขัดขวาง (Nichols & Gennaro, 2000) วิธีการลดความเจ็บปวดที่ผู้คลอดใช้ในการคลอด ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การเปลี่ยนท่าทาง และการผ่อนคลาย (Spilby, Henderson, Slade, Escott & Fraser, 1999) การเพ่งจุดสนใจ การสร้างจินตนาการและการเบี่ยงเบนความสนใจ (Niven & Gijbers, 1996) จากการศึกษาพบว่า วิธีการที่ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระยะเจ็บครรภ์ได้คือการเตรียมตัวคลอด (Beck & Brouder, 1986:2 อ้างถึงในอุษา เรือหอม, 2534) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าวิธีการที่ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเอง และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะคลอดได้นั้นคือการเตรียมตัวคลอด (Genest, 1981 อ้างถึงในจรรุวรรณ รังสิยานนท์, 2540) ซึ่งรูปแบบทางการแพทย์เป็นการดูแลการคลอดแบบตื่นตัวของผู้ดูแล ไม่นับการเตรียมตัวคลอดหากแต่เน้นที่

กิจกรรมทางการแพทย์เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการคลอดล่าช้า ส่วนรูปแบบทางสังคมเป็นการดูแลการคลอดแบบวิถีธรรมชาติ ซึ่งผู้คลอดเป็นฝ่ายตื่นตัวหรืออีกนัยหนึ่งเป็นฝ่ายที่สามารถกำหนดสิ่งต่างๆเพื่อให้สามารถคลอดได้ด้วยตนเองเป็นหลัก การดูแลการคลอดในแนวทางนี้ถือผู้คลอดเป็นจุดศูนย์กลางไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ โดยที่ครอบครัวและสังคมตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์คอยให้ความดูแลช่วยเหลืออยู่ภายนอก ทั้งนี้เพื่อให้กลไกการคลอดได้มีโอกาสทำงานอย่างเต็มที่โดยมีการแทรกแซงจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยที่สุด ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนเท่านั้น ทั้งผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดต้องมีบทบาทในการดูแลและระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด และต้องได้รับการส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ควรจะได้รับ โดยได้รับการชี้แจงข้อมูลในระหว่างฝากครรภ์ และผ่านการเข้าชั้นศึกษาการเตรียมตัวคลอด (เอกชัย โควาวิสาชัย และธนิต หันพานนท์, 2544) ซึ่งถือได้ว่ารูปแบบทางสังคมเน้นที่การเตรียมตัวคลอด

การเตรียมตัวคลอด มีวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เพื่อการเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของผู้คลอดให้มีความพร้อมและสามารถเผชิญกับการคลอดได้ดี โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการคลอดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าผู้คลอดต้องการรู้ในเรื่องการคลอดและกระบวนการคลอด (Avery & Olson, 1985; Malony, 1985; Merkatz & Thompson, 1990 cited in Margaret et al., 1993: 240 อ้างถึงในสุภาพร ศรีจักรวาลย์วงศ์, 2539) การเตรียมตัวคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สามในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้คลอดเตรียมตัวแยกจากทารกและความห่วงใยมุ่งที่ทารกกับการคลอดของตน (Auvenshine & Enriquez, 1990) นอกจากนี้การศึกษาพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีระยะเวลาคลอดสั้นกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดน้อยกว่า ไข้ยบรรเทาปวดน้อยกว่า ทารกแรกเกิดมีสภาพดีกว่าและสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกในระยะแรกคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอด (Kliot, 1986 อ้างถึงในอุษา เชื้อหอม, 2534)

ปัจจุบันการเตรียมตัวคลอดที่นิยมใช้มีหลายรูปแบบซึ่ง Thompson (1995:163) และ Bobak และ คณะ (1995: 223-224) เสนอวิธีเตรียมตัวคลอดไว้ 3 วิธี ได้แก่ 1) การเตรียมตัวคลอดโดยวิถีธรรมชาติของ Dick-Read 2) การเตรียมตัวคลอดโดยใช้โค้ชของ Bradley 3) การเตรียมตัวคลอดโดยวิธีจิตป้องกันของ Lamaze ส่วนเจียรนีย์ โพธิ์ไทรย์ (2539: 2-3) กล่าวว่า การเตรียมตัวคลอดมีหลายรูปแบบแต่ที่นิยมในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ การเตรียมตัวคลอดโดยวิถีธรรมชาติของ Dick-Read การเตรียมตัวคลอดโดยวิธีจิตป้องกันของ Lamaze และการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด (Active birth) ซึ่งจากการศึกษาของเบญจรัตน์ ยศเสถียร (2542) พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีแบบแผนโดยวิถีธรรมชาติของ Dick-Read มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติรวมทั้งระยะคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ และคะแนนชีพของทารกแรกเกิดสูงกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัว

คลอดด้วยวิธีจืดป้องกัน มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกสูงกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์, 2530) นอกจากนี้การศึกษาของณัฐนิชา คำपालะ (2546) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอด และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเตรียมตัวคลอดแต่ละวิธี มีข้อดีในการลดความเจ็บปวดอย่างไรก็ตามแต่ละวิธีมีจุดเน้นที่ต่างกันกล่าวคือการเตรียมตัวคลอดโดยวิธีธรรมชาติของ Dick-Read เน้นที่การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและการผ่อนคลายเพื่อเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด การวัดผลลัพธ์ของการเตรียมตัวคลอดมุ่งเน้นที่ระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด การคลอดธรรมชาติโดยไม่ใช้ยา ส่วนการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ไคซ์ของ Bradley เน้นที่การให้สามีช่วยสนับสนุนภรรยาในการคลอดเป็นการใช้ไคซ์ในการควบคุมการหายใจและการผ่อนคลาย การวัดผลลัพธ์ของการเตรียมตัวคลอดมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด การคลอดธรรมชาติโดยไม่ใช้ยา ในขณะที่การเตรียมตัวคลอดโดยวิธีจืดป้องกันของ Lamaze เน้นที่เทคนิคการผ่อนคลายและเทคนิคการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก การวัดผลลัพธ์ของการเตรียมตัวคลอดมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

สำหรับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด (Active birth) มีจุดเด่นโดยมุ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้คลอดมีแนวคิดว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติของร่างกายและแนะนำให้ตอบสนองต่อกระบวนการคลอดโดยวิธีธรรมชาติด้วยตนเอง กล่าวคือผู้คลอดสามารถเดินหรือนั่งในอิริยาบถต่างๆโดยอาศัยความสามารถ 4 ประการทางกาย คือ การเคลื่อนไหว การจัดทำ การหายใจ และการนวด การวัดผลลัพธ์ของการเตรียมตัวคลอดวัดจากการคลอดที่ไม่จำเป็นต้องจบลงด้วยการคลอดปกติเพียงอย่างเดียวเสมอไป หากแต่เป็นการคลอดที่ผู้คลอดรับรู้ความเป็นอิสระของตนเองในการเคลื่อนไหวร่างกายและเลือกท่าคลอดที่เหมาะสมที่ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายและมีความปลอดภัย (Balaskas, 2003)

จากการศึกษาพบว่าการเตรียมตัวคลอดช่วยให้ผู้คลอด สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มสมรรถนะแห่งตน จึงมีการนำวิธีการเตรียมตัวคลอดมาใช้ในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทยด้วย แต่การเตรียมตัวคลอดในประเทศไทยมีเฉพาะในเขตเมืองและในวงจำกัดเท่านั้น (York, Bhuttarowas & Brown, 1999) สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน

ผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ได้รับความรู้เฉพาะในเรื่องการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ เท่านั้น (ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541) และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ยังไม่อนุญาตให้สามีหรือผู้ใกล้ชิดของผู้คลอดเข้าไปดูแลหรือเยี่ยมผู้คลอดในห้องคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะเครียดขณะเจ็บครรภ์ เพราะขาดความรู้ในการดูแลตนเองในระยะเจ็บครรภ์และขาดกำลังใจจากผู้ใกล้ชิด การให้ความรู้ที่จัดขึ้นในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้คลอดเป็นส่วนใหญ่ การสนับสนุนให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดยังไม่มีมีการดำเนินการอย่างจริงจัง (สุจินดา ตรีเนตร, 2544) ดังนั้นผู้คลอดส่วนใหญ่จึงเผชิญการคลอดโดยที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดและเป็นการคลอดที่ต้องเผชิญกับคนแปลกหน้าโดยปราศจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว

ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่ชัดเจนที่นำไปสู่การปฏิบัติ แนวทางการเตรียมตัวคลอดรูปแบบหนึ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด คือการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมการทำงานของสตรีวิทยาของผู้คลอดตามกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยไม่รบกวนกระบวนการปกติ ผู้คลอดมีอิสระในการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมการคลอดและเลือกท่าคลอดที่ตนต้องการ ผู้คลอดเป็นผู้ดำเนินการคลอดด้วยตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการคลอดด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังเป็นการคลอดที่คำนึงถึงสิทธิของผู้คลอดให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะรับการปฏิบัติการเกี่ยวกับการคลอด และการเลือกสูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสมเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน (Robertson , 1997)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้คลอดได้โดยก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้คลอดและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด โดยนำแนวทางการเตรียมตัวคลอดของ Robertson (1997) มาประยุกต์จัดเป็นโปรแกรมการเตรียมตัวคลอด เนื่องจากการดูแลตามปกติที่ปฏิบัติ ในหน่วยบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลรัฐบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันยึดหลักตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพคือมีการรับบริการฝากครรภ์โดยเน้นคุณภาพการได้รับการดูแล 4 ครั้ง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545) โดยให้ความรู้กับผู้คลอดในเรื่องต่างๆ คือ การปฏิสนธิและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ ลักษณะอาการที่ผู้คลอดควรมาโรงพยาบาล การเตรียมของใช้ของมารดาและทารก และการวางแผนครอบครัว จะเห็นได้ว่าที่หน่วยบริการฝากครรภ์ไม่มีการเตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอด ทั้งๆที่ในระยะคลอดเป็นระยะวิกฤตที่สำคัญยิ่ง (สุภาพร ศรีจักร วาลวงษ์, 2539)

จากการปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ได้รับการดูแลตามปกติที่ปฏิบัติในหน่วยงานฝากครรภ์ของโรงพยาบาลรัฐบาลส่วนใหญ่ คือการสอนหรือให้คำแนะนำ โดยเนื้อหาที่สอนส่วนใหญ่เน้นเรื่องการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส โดยในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แพ้ท้องมากกว่าปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด การมาฟิงผลเลือด และการมาตรวจตามนัด ส่วนในไตรมาสที่สองได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแต่งกาย การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป การเริ่มสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ การรับประทานยา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารก และในไตรมาสที่สามได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตและนับลูกดิ้น การเตรียมของใช้ต่างๆ อาการเจ็บครรภ์เดือนและอาการเจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และแจกคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด โดยไม่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะที่เป็นรูปธรรม

รูปแบบการให้คำแนะนำส่วนใหญ่เป็นการแนะนำทุกครั้งขณะรับบริการรายบุคคล นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้งหลังการตรวจครั้งแรก 2 สัปดาห์ และพหุขณสถานที่คลอด โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ ร่วมกับการให้ผู้คลอดและ/หรือสามีหรือผู้ใกล้ชิดคู่วิดีโอเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยในขณะนั่งรอตรวจครรภ์ เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดและรับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จะได้รับการดูแลการคลอดแบบตื่นตัวของผู้ดูแลคลอด (Active Management of Labor) ที่มีการปฏิบัติตามกิจกรรม วิธีการและขั้นตอนที่กำหนดไว้เหมือนกันหมดทุกรายหรือปฏิบัติเป็นกิจวัตร ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดโดยเฉพาะผู้คลอดที่สามารถคลอดได้เองตามกระบวนการคลอดตามปกติ ถึงแม้ว่าทาง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กเกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอดในปีพ.ศ. 2546 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เตรียมตัวคลอดและการดูแลการคลอดในระยะคลอดที่สอดคล้องกับการคลอดที่เน้นผู้คลอดที่ชัดเจน ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมครอบคลุมและเป็นแนวทางที่สามารถแก้ปัญหาแก่ผู้คลอดได้ ซึ่งโปรแกรมนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการเตรียมตัวคลอด และการดูแลการคลอดในการปฏิบัติงานจริง ในปัจจุบันที่จะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสบายในการคลอด การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด และการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดกับผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการคลอดในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้คลอด ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะเจ็บครรภ์และในขณะคลอด ผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ให้ต่อผู้คลอดจำเป็นต้องประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านกาย จิตสังคมควบคู่กันไป และควรประเมินความรู้สึกของผู้คลอดมากกว่าความสำเร็จในการทำงานของผู้ทำคลอด เพราะการคลอดถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ กระบวนการคลอดเริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางด้านร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก และมีผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและวิตกกังวล (Dick-Read, 1994) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเตรียมตัวคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระยะเจ็บครรภ์ได้ ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะคลอดได้

รูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมนี้เป็นการเตรียมตัวคลอดโดยประยุกต์มาจากรูปแบบการคลอดที่เน้นผู้คลอด (Active Birth) โดย Robertson (1997) เชื่อว่าการคลอดเป็นสัญชาตญาณของการเป็นผู้ให้กำเนิด เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดย Robertson มีความเห็นว่า ผู้คลอดสามารถตอบสนองต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติด้วยตนเอง โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ มีหลักการ 4 ประการ คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของฮอร์โมน สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด และการขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าตั้งตัวตรงและแยกขา เพื่อให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์และการคลอด การฝึกหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และได้รับการกระตุ้นเมื่อถึงระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดสามารถใช้วิธีหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามที่ฝึกมาในการเผชิญความเจ็บครรภ์ได้ (Beck & Brouder, 1986:2 อ้างถึงใน อุษา เชื้อหอม, 2534) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้อง

เผชิญและวิธีเผชิญความเจ็บปวด จะช่วยลดทั้งความวิตกกังวลและความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้คลอดในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Wells, 1984:55 อ้างถึงใน อุษา เชื้อหอม, 2534)

2 การสนับสนุนให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและการเปลี่ยนท่า (Position) เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยใช้คุณสมบัติพิเศษของอุ้งเชิงกรานและทิศทางการเคลื่อนตัวของทารก จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการนำคุณสมบัติพิเศษของเชิงกรานที่มีความยืดหยุ่นได้ เมื่ออยู่ในท่า ที่เหมาะสม ที่มีการขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าตั้งตัวตรงและแยกขาโดยเฉพาะท่า นั่งยอง (Squatting) หรือทำขึ้นมาใช้ร่วมกับทิศทางแรงโน้มถ่วงของโลกเพื่อการเคลื่อนตัวของทารก การเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการจะช่วยลดความไม่สุขสบายและส่งเสริมการเคลื่อนตัวของทารก การคลอดในท่าตั้งตัวตรง (Upright position) ร่วมกับการนำแรงดึงดูดของโลกมาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้กล้ามเนื้อคลอดบีบตัว เพื่อขยายปากมดลูกได้ดีขึ้นและทารกเคลื่อนต่ำลงมาส่งผลให้การคลอด มีความก้าวหน้า ลดระยะเวลาในการคลอด ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ และลดการใช้ยาระงับปวด (Liu, 1974; Caldeyro-Barcia, 1979; Jong, Johnson, Baxen et al, 1997; cited in Kitinger, 2003) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ท่าตั้งตัวตรง (Upright position) ทำให้ระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอดสั้นลง (Simpson & Creehan, 1996: 160 อ้างถึงใน ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541)

3. การให้การช่วยเหลือในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Support in Labor) ซึ่งการช่วยเหลือมีหลายรูปแบบ จากการศึกษาของ Kennell และคณะ (1991) พบว่าในกลุ่มผู้คลอดที่มีเพื่อนช่วยคลอดมีอัตรา การผ่าตัดคลอดลดลง ระยะเวลาการคลอดสั้นลง การใช้ออกซิโตซินน้อยลง ความต้องการยาแก้ปวดแบบใช้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังสั้นลงน้อยลง การใช้ทีมช่วยคลอดน้อยลง ภาวะ มารดามีไข้หลังคลอดน้อยลง และแก้ปัญหาทารกปรักเนคลดน้อยลง โดยทั้งหมดนี้ต่างจากกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีเพื่อนช่วยคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในระยะเจ็บครรภ์คลอดผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิมและพบว่าผู้ที่สามารถให้การสนับสนุนได้ดีคือสามี มารดาของผู้คลอด ผู้ใกล้ชิดและพยาบาล (จินตนา บ้านแกร่ง อ้างถึงในจันทร์เพ็ญ คุชยามิ, 2544) การมีผู้ช่วยเหลือเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการ และการสนับสนุนจากผู้ช่วยเหลือเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้คลอดมากที่สุด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจในตนเองมีผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัยสามารถคลอดได้เอง รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (Jones, 1985 อ้างถึงในจันทร์เพ็ญ คุชยามิ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moore (1983) ที่พบว่าผู้ที่ผู้คลอดมีบุคคลที่ต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดทำให้กระบวนการคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้คลอด ผู้คลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดอย่างเพียงพอทำให้ผู้คลอดไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังแต่มีผู้คอยประคับประคอง

เมื่อต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ ช่วยนวด คอยให้ข้อมูลที่ต้องการช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็นการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้โอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้คลอดรู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อการคลอดและมีความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (Enkin, et al., 2000 อ้างถึงในพิริยา สุพศรี, 2547) และที่สำคัญการส่งเสริมให้ผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการคลอดมากขึ้นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกเป็นการสนับสนุนการปรับบทบาทของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Phillip & Fenwick, 2000 อ้างถึงในพิริยา สุพศรี, 2547) นอกจากนี้ ผู้สนับสนุน ซึ่งอาจเป็นสามีหรือผู้ใกล้ชิดที่ผู้คลอดเลือก ต้องมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอด ซึ่งเจ็บรินซ์ โปธิ์ไทรย์ (2544) ได้แนะนำบทบาทผู้สนับสนุนทั้งในระยะก่อนคลอด และระยะคลอด ดังนี้ 1) ระยะก่อนคลอด กระตุ้นเตือนให้ผู้คลอดอยู่ในท่าที่สบาย และผ่อนคลาย 2) ระยะคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ของการคลอดช่วยประคับประคองเมื่อผู้คลอดต้องการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า ดูแลเรื่องความสบายและผ่อนคลายกระตุ้นเตือนให้นำการหายใจมาใช้ประโยชน์ ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่ง ช่วยประคับประคองให้ผู้คลอดสามารถเบ่งได้ในท่าที่ต้องการ และส่งเสริมการผ่อนคลายในช่วงระหว่างการคลอดตัวของมดลูก ระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะคลอดครก ควรมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกในเหตุการณ์สำคัญ และมีคุณค่าที่เกิดขึ้น ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และส่งเสริมให้ทารกดูนมมารดาในระยะแรก

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดทราบใดที่กระบวนการคลอดยังคงดำเนินไปตามปกติ เน้นให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและฝึกเตรียมตัวคลอด (Empowered) เพื่อให้เป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (Active participant) ในประสบการณ์การคลอดของตน และการวางแผนการคลอดเพื่อให้ผู้คลอดยอมรับและไว้วางใจในการทำหน้าที่ของร่างกายตามกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจในตนเองมีผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด และสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย และสามารถคลอดได้เอง (Jones, 1985 อ้างถึงในจันทร์เพ็ญ คุชยามิ, 2544) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้คลอดครั้งแรกเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้คลอดและครอบครัวในการตัดสินใจหรือพิจารณาทางเลือกสำหรับตนเอง เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้คลอดและครอบครัวจะมีศักยภาพในการตัดสินใจหรือพิจารณาทางเลือกสำหรับตนเองได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) (เจ็บรินซ์ โปธิ์ไทรย์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson (1993) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Interpersonal process) การเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ (Gibson, 1993 อ้างถึงในพนารัตน์ เจนจบ, 2542) เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน (Gibson, 1991) ได้แก่ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ของตนเองได้ (Sense of mastery of

their situation) ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง (Personal satisfaction) การพัฒนาตนเอง (Self - development) และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life)

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด เป็นรูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้คลอดที่ใช้สัญชาตญาณของตนเองในการคลอด เป็นการตอบสนองต่อกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ ผู้วิจัยจึงประยุกต์จัดโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การให้ความรู้กับผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด การทำงานของฮอร์โมน สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด และการขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าคู้ตัวตรง การเจ็บครรภ์และการคลอด การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดซึ่งประกอบด้วยการอยู่ในท่าที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์และการบริหารร่างกาย เพื่อเตรียมตัวคลอดให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

2. การสนับสนุนผู้คลอดให้มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล พร้อมทั้งสาธิตและการฝึกปฏิบัติทักษะของผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดในการสนับสนุนผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ กับระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด โดยมีบทบาทดังนี้

2.1 ระยะตั้งครรภ์สามีหรือผู้ใกล้ชิดจะมีบทบาทในการฝึกการสนับสนุน ช่วยเหลือผู้คลอดในการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่าโดยใช้ท่าคู้ตัวตรงที่ส่งเสริมการคลอด เช่นการเดินหรือทำโยน การนั่งของ ทำนั้ง ทำคุกเข่า

2.2 ระยะเจ็บครรภ์หรือระยะที่หนึ่งของการคลอด การสนับสนุนช่วยเหลือแบ่งเป็น 2 ระยะตามการเปิดขยายของปากมดลูก โดยในระยะที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตรผู้คลอดจะได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิด และในระยะที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตรผู้คลอดจะได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล เนื่องจากการศึกษาพบว่า การรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร จะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการคลอดยาวนาน มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลการคลอดและมีผลกระทบต่อวิธีการคลอดโดยสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าคลอด (Jackson et al., 2003) การสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าในท่าคู้ตัวตรง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนท่าในระยะเจ็บครรภ์ การจัดทำที่ผ่อนคลาย ช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ร่างกายลดการสูญเสียพลังงาน ลดการใช้ ออกซิเจนและลดความเมื่อยล้า ท่าที่ควรเลือกได้แก่ ท่ากึ่งนั่ง ท่านอนตะแคง ท่าศีรษะสูง (Rossi & Lindell, 1986 อ้างถึงในฉันทนิตินา คำปาละ, 2546) ทำนั้งของ ซึ่งเป็นท่าที่ใช้ศีรษะอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เพราะท่านี้ทำให้ช่องคลอดเปิดกว้าง ศีรษะทารกตกลงบนปากมดลูกตามแรงโน้มถ่วงของโลก เพื่อไม่ให้เกิดความเมื่อยล้าในท่านี้ ควรนั่งพักบนเก้าอี้เตี้ยๆ โดยยึดเกาะผู้ใกล้ชิดหรือนั่งบนเบาะขณะ ยังไม่มีการหดตัวของมดลูก (Lowdemilk, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cunningham (2001) พบว่าการเดินหรือทำโยน ช่วยให้ระยะคลอดสั้นลง และช่วยให้มดลูกหดตัวมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอดควรเดินไปมา และเมื่อมดลูกหดตัวควรโน้มตัวไปข้างหน้าอาจพียงผนังหรือยึดผู้ใกล้ชิด (Cunningham, 2001) นอกจากนี้การศึกษาของ Robertson (1994) พบว่าท่าคุกเข่าเป็นท่าที่สบายที่สุดสำหรับระยะใกล้คลอดช่วงปากมดลูกเปิด 6 ถึง 10 เซนติเมตร ท่านี้สามารถกลับไปเป็นท่านั่งได้โดยมีพนักงานเฝ้าหรือหมอนรองรับส่วนหลัง ผู้คลอดบางรายใช้วิธีหมอนหรือโยกสะโพกร่วมด้วย (Robertson, 1994)

2.3 ระยะเบ่งหรือระยะที่สองของการคลอด พยาบาลช่วยประคับประคองให้ผู้คลอดสามารถเบ่งได้ในท่าที่ต้องการ ที่ได้รับการฝึกทักษะในระยะตั้งครรภ์ได้แก่ ท่านั่ง ท่านอนตะแคง และท่าคุกเข่า ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนว่าท่าเหล่านี้ให้ผลดีในการคลอดมากกว่าท่านอนหงาย หรือท่านอนชันเข้า (Bhardwaj, Kokade et al., 1995, Nikodem, 1995, Gardosi, 1989a & 1989b, Johnstone, Abdoelmagd & Harouny, 1987 อ้างถึงในองค์การอนามัยโลก.สำนักงานประจําภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, 2545) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าท่านั่งของ เป็นท่าที่ดีในการคลอด เป็นท่าที่ทำให้คลอดง่ายขึ้นปวดหลังน้อยลงและมีการตัดฝีเย็บน้อย (Dhar & Bhat, 1989 อ้างถึงใน องค์การอนามัยโลก. สำนักงานประจําภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, 2545) และจากผลการศึกษาทางรังสีวิทยา พบว่าท่านั่งของ น้ำหนักตัวที่ลดลงทำให้มีการแยกของส่วนล่างของกระดูกหัวเหน่า ทำให้เนื้อที่ในบริเวณอุ้งเชิงกรานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 28 (Sweet, 1997, Nelki & Bond, 1995 Golay, Vedam & Sorger, 1993 อ้างถึงใน องค์การอนามัยโลก. สำนักงานประจําภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, 2545) สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัย 17 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของท่าคลอดของ Nikodem (1995) ที่สรุปว่าผู้คลอดที่คลอดในท่าศีรษะสูง มีความสุขสบายมากกว่า เจ็บครรภ์น้อยกว่า ระยะเวลาในการคลอดระยะที่สองสั้นกว่า คลอดง่ายกว่าโดยมีการฉีกขาดของฝีเย็บหรือช่องคลอดน้อยกว่า ซึ่งคณะ ผู้เชี่ยวชาญในการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดปกติขององค์การอนามัยโลกก็ได้ข้อสรุปเช่นเดียวกัน (องค์การอนามัยโลก.สำนักงานประจําภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, 2545)

3. การช่วยเหลือผู้คลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาเพื่อความ สุขสบายและผ่อนคลาย โดยการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี จากการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนท่าในระยะเจ็บครรภ์ การจัดท่าที่ผ่อนคลาย ช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ร่างกายลดการสูญเสียพลังงาน ลดการใช้ออกซิเจนและลดความเมื่อยล้า นอกจากนี้การศึกษาพบว่าการนวดช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อให้ผ่อนคลายบรรเทาปวดและมีผลดีทางจิตใจ การนวดพื้นฐานมีอยู่ 4 ลักษณะ โดยจัดทำให้ผู้คลอดนั่งคุกเข่า โนมตัวไปข้างหน้าชิดกับหมอน แยกเข่าออกจากกัน ปลายเท้าชี้เข้าหากันหรือให้ผู้คลอดอยู่ในท่านั่งคร่อมเก้าอี้ หันหน้าชิดกับหมอนที่วางพียงผนัง ผู้ใกล้ชิด สามีหรือพยาบาลนั่งทางด้านหลัง เริ่มนวดตั้งแต่ท้ายทอย กระดูกสันหลัง โดย 1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง นวดคกกล้ามเนื้อของกระดูกสันหลังเป็นรูปวงกลม หลังจากนั้นวางมือ 2 ข้างบนไหล่แล้วบีบนวดควรรนวดในช่วงที่มีการหดตัวของมดลูกและหยุดนวดในช่วงพัก 2) นวดโดยใช้ฝ่ามือ 2 ข้างโดยเริ่มต้นจากหลังส่วนล่าง ลูบผ่านสะโพกค้นขาลงมา 3) วางฝ่ามือทาบ

บริเวณส่วนปลายของกระดูกสันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกก้นกบมากที่สุด แล้วใช้แรงกดเบาๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว 4) ใช้ฝ่ามือซ้ายลูบจากส่วนบนของกระดูกสันหลังลงสู่ก้นกบสลับกับฝ่ามือขวาเป็นจังหวะ (เจียร์นีย์ โพธิ์ไทรย์, 2544) บริเวณที่ควรนวดได้แก่ คอ หลัง ไหล่ แขน ขาส่วนบน น่อง และเท้า (Gentz, 2001) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการสัมผัสผู้คลอดในระยะคลอดโดยบุคลากร ผู้ให้บริการด้วยการจับมือ การกุมมือ การนวด การสัมผัสอย่างนุ่มนวล การลูบหน้าท้อง การใช้มือกดบริเวณหลังท้อง กระดูกเชิงกราน ต้นขา กระดูกก้นกบ การช่วยพยุงเปลี่ยนท่าช่วยกระตุ้น การหดตัวของมดลูกได้ และลดปวดได้ (Gentz, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี (2537) พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสัมผัสมีคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่าก่อนการสัมผัสและมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสัมผัส สอดคล้องกับการศึกษาของ Balaskas (1983) พบว่าการหายใจลึกๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกพร้อมกับหน้าท้องโป่งออก หายใจออกทางปากพร้อมกับหน้าท้องแฟบลง จังหวะการหายใจ เช่นนี้ ผู้คลอดสามารถควบคุมได้ช่วยลดอาการปวดและผ่อนคลาย นอกจากนี้การศึกษาของ จุฑารัตน์ เกิดเจริญ (2547) พบว่าผู้คลอดที่ฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับการใช้เทคนิคการหายใจมีความปวดในระยะคลอดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้าและปากมดลูกเปิดหมดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดบางรายชื่นชอบในการนำเสียงดนตรีมาใช้ในการทำให้เกิดการผ่อนคลาย บางรายใช้ควบคู่กับการจินตนาการ (imagery) (Durham & Collins, 1986 : France, 2000 อ้างถึงใน ฉวีนิชา คำปาละ, 2546) การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล พร้อมทั้งสาธิตและการฝึกปฏิบัติทักษะของผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะตั้งครรภ์ กับระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด โดยมีบทบาท ดังนี้

3.1 ระยะตั้งครรภ์สามีหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทในการฝึกช่วยเหลือผู้คลอด ในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจและการฟังดนตรี

3.2 ระยะเจ็บครรภ์หรือระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยในระยะที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร ผู้คลอดจะได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาจากสามีหรือผู้ใกล้ชิด และในระยะที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตรผู้คลอดจะได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาจากพยาบาล

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอด トラบใดที่กระบวนการคลอดยังดำเนินไปตามปกติโดยการเน้นให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การฝึกเตรียมตัวคลอด และการวางแผนการคลอด ในการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการที่จะทดสอบว่าผู้คลอดมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกี่ยวกับความรู้และทักษะที่มีอยู่ และมีพลังอำนาจที่จะนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปปฏิบัติได้จริง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดจึงควรมีการประเมินการรับรู้พลังอำนาจ เนื่องจากการศึกษาพบว่าการที่

ผู้คลอดจะสามารถคลอดได้เองตามกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาตินั้น ผู้คลอดจะต้องเข้าใจการทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ยอมรับและไว้วางใจในการทำหน้าที่ของร่างกายตามกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการคลอดครบไคที่กระบวนการคลอดยังคงดำเนินไปตามปกติ (Robertson, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibson (1993) ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้ ตามแนวคิดของ Gibson(1993) การรับรู้พลังอำนาจ (sense of power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การให้ความรู้ การสนับสนุนผู้คลอดให้มีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า การช่วยเหลือในการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาโดยสาธิตพร้อมทั้งฝึกทักษะ และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีการประเมินทั้งในด้านความรู้ การฝึกทักษะและการรับรู้พลังอำนาจ เป็นการเตรียมผู้คลอดให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองที่จะสามารถคลอดได้ตามกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติและจะส่งผลต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอดของผู้คลอดในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมการคลอด การเลือกท่าคลอดและการเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยา การสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาลในการช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวเช่น เดิน เปลี่ยนท่าทาง โดยช่วยเหลือผู้คลอดให้ใช้ท่าศีรษะสูง เช่น การเดินหรือทำยืน ทำนั่ง ทำนั่งยอง ทำคุกเข่า ซึ่งจะช่วยในการเคลื่อนตัวของทารกทำให้ระยะที่หนึ่งสั้นลงเป็นการส่งเสริมกระบวนการคลอด ประกอบกับการได้รับการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติ และการประเมินภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการคลอดจะส่งผลต่อการรับรู้ความปลอดภัยในการคลอดของผู้คลอด การช่วยเหลือผู้คลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจและการฟังดนตรี จะส่งผลต่อการรับรู้ความสุขสบายในการคลอดของผู้คลอด

ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด การทำงานของฮอร์โมนและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงในการคลอด การขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าคิงด์วตรงและแยกขา การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า การเจ็บครรภ์และการคลอด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมกับการสาธิตและฝึกทักษะการเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด การฝึกการสนับสนุน ช่วยเหลือจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาลทั้งในด้านความรู้และการฝึกทักษะ การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยได้รับการประเมินทั้งในด้านความรู้ การฝึกทักษะและการรับรู้พลังอำนาจในระยะตั้งครรภ์ ประกอบกับในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล

อย่างไรก็ดีจึงน่าจะมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริมให้กระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติดำเนินไปตามปกติ และจะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

สมมติฐานย่อย

ก. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดมีการรับรู้ความสบายในการคลอดมากกว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

ข. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดมีการรับรู้ความปลอดภัยในการคลอดมากกว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

ค. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดมีการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอดมากกว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

1. ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงครรภ์แรกจำนวน 60 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การเตรียมตัวคลอด แบ่งเป็น 2 แบบ คือโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดและการเตรียมตัวคลอดตามปกติ

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสบายในการคลอด การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด และการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด หมายถึง วิธีการเตรียมตัวคลอดในผู้คลอด ครรภ์แรก ที่พยาบาลให้ความรู้ สนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติตามเทคนิคการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อช่วยส่งเสริมการคลอดและช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งประกอบด้วย

1. การปฏิบัติการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้ความรู้ การสาธิตและการฝึกทักษะ ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการสอนแต่ละครั้งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นนำ เป็นขั้นการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อม

1.2 ขั้นสอน เป็นขั้นการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับการสาธิตและการฝึกทักษะเพื่อเตรียมตัวคลอด แก่ผู้คลอดและสามีหรือผู้ใกล้ชิด โดยแบ่งการสอนเป็น 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาสอนครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

1.2.1 สอนครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่เน้นผู้คลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอดตามธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้นเอง การทำงานของฮอร์โมนและการขยายตัวของเชิงกรานในช่วงคลอดในท่าตั้งตัวตรง การเตรียมร่างกายเพื่อการคลอดซึ่งประกอบด้วย การอยู่ในท่าที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ การบริหารร่างกาย ฝึกทักษะการบริหารร่างกายและการสนับสนุนผู้คลอดฝึกบริหารร่างกายโดยสามีหรือผู้ใกล้ชิด การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และการฝึกทักษะ พร้อมกับแจกคู่มือการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด แบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อเตรียมตัวคลอด

1.2.2 สอนครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 2 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การเจ็บครรภ์และการคลอด การเคลื่อนไหวและท่าที่เหมาะสมในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี ฝึกทักษะการช่วยสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวเช่น เดิน เปลี่ยนท่า โดยช่วยเหลือผู้คลอดให้ใช้ท่าศีรษะสูงเช่น การเดินหรือทำยืน ทำนั่ง ทำนั่งยอง ทำคุกเข่า ช่วยเหลือผู้คลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี การสอนจะเป็นการบรรยาย การสาธิต และการฝึกทักษะ

1.2.3 สอนครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สอนตามแผนการสอนชุดที่ 3 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่อง การวางแผนการคลอด การปฏิบัติตามขั้นตอนการมารับบริการตามสถานการณ์จริง แนะนำสถานที่คลอดและการให้บริการของงานห้องคลอด ร่วมกับการทบทวนการฝึกทักษะการช่วยสนับสนุน ให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวเช่น เดิน เปลี่ยนท่า โดยช่วยเหลือผู้คลอดให้ใช้ท่าศีรษะสูง เช่น การเดินหรือทำยืน ทำนั่ง ทำนั่งยอง ทำคุกเข่า ช่วยเหลือผู้คลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดโดย

ไม่ใช่ยาได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี การสอนจะเป็น การบรรยาย การสาธิต และการฝึกทักษะ

1.3 ขั้นสรุป เป็นการสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาโดยย่อ แนะนำวิธีใช้คู่มือการเตรียมตัว คลอดที่เน้นผู้คลอด และแบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อเตรียมตัวคลอด พร้อมทั้งเน้นย้ำให้สามีหรือ ผู้ใกล้ชิดให้การสนับสนุนผู้คลอดเพื่อฝึกทักษะเพื่อเตรียมตัวคลอดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่บ้าน ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกตามที่ได้ปฏิบัติจริงทุกครั้ง และในขั้นสรุปครั้งที่ 3 นอกจากเป็นการ สรุปสาระสำคัญของเนื้อหาโดยย่อแล้วยังมีการวัดความรู้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด ที่เน้นผู้คลอด รวมคะแนนจากแบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อเตรียมตัวคลอด และประเมินการรับรู้ พลังอำนาจจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และมีการแปลผลคะแนนของเครื่องมือกำกับการ ทดลองทั้ง 3 ชุด โดยผู้คลอดจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ดังนี้ เกณฑ์ผ่านการ วัดความรู้มีคะแนนร้อยละ 80 เกณฑ์ผ่านการบันทึกพฤติกรรมมีคะแนนร้อยละ 80 และเกณฑ์ผ่านการ ประเมินการรับรู้พลังอำนาจมีคะแนนร้อยละ 80 หลังจากนั้น เป็นการแนะนำสถานที่คลอดและการ ให้บริการของงานห้องคลอด โดยพาเยี่ยมชมห้องคลอดก่อนคลอดเพื่อให้คุ้นเคยกับสถานที่จริง ซึ่งประกอบด้วยห้องพบญาติ ห้องรอคลอด ห้องคลอดและห้องหลังคลอด

2. การปฏิบัติการพยาบาลในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ได้แก่การสนับสนุนให้ผู้คลอด ปฏิบัติตามเทคนิคการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า และเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ที่ได้รับการสอนมาในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง และนำมาปฏิบัติจริงในระยะคลอดเพื่อช่วยส่งเสริม การคลอดและช่วยบรรเทาความเจ็บปวด

2.1 การสนับสนุนจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดในระยะตั้งแต่แรกรับถึงระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร ดังนี้

2.1.1 การสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนท่า หมายถึงการกระตุ้น ให้ผู้คลอดมีการเปลี่ยนท่า ระหว่างการเดิน ขึ้น นั่ง ทำนั่งและนอนในท่าศีรษะสูงทุก 30 นาที โดยใช้ หมอนหนุนรองบริเวณข้อพับ และบริเวณแนวโค้งของร่างกายในท่านอน พยายามนำหนักในท่าเดิน หรือขึ้นโดยใช้มือประคองสะโพก เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวได้สะดวก และให้ผู้คลอดยึดเกาะใน ท่านั่งของหรือนั่งพิงบนเก้าอี้รวมทั้งท่าคุกเข่า

2.1.2 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการนวด หมายถึง สามีหรือ ผู้ใกล้ชิดนวดหลังโดยให้ผู้คลอดนั่งคุกเข่า โนมตัวไปข้างหน้าชิดกับหมอน แยกเข่าออกจากกัน ปลาย เท้าชี้เข้าหากันหรือให้ผู้คลอดอยู่ในท่านั่งคร่อมเก้าอี้ หันหน้าชิดกับหมอนที่วางพิงผนัง ผู้ใกล้ชิด สามีหรือพยาบาลนั่งทางด้านหลัง เริ่มนวดตั้งแต่ท้ายทอย กระดูกสันหลัง โดย 1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง นวดคดกลมเนื้อของกระดูกสันหลังเป็นรูปร่างกลม หลังจากนั้นวางมือ 2 ข้างบนไหล่แล้วบีบนวด ควรรวดในช่วงที่มีการหดตัวของมดลูกและหยุดนวดในช่วงพัก 2) นวดโดยใช้ฝ่ามือ 2 ข้างโดย เริ่มดันจากหลังส่วนล่าง ลูบผ่านสะโพกดันขาลงมา 3) วางฝ่ามือทาบบริเวณส่วนปลายของกระดูก

สันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกสันกบมากที่สุด แล้วใช้แรงกดเบาๆขณะที่มดลูกมีการหดตัว

4) ใช้ฝ่ามือซ้ายลูบจากส่วนบนของกระดูกสันหลังลงสู่ก้นกบสลับกับฝ่ามือขวาเป็นจังหวะ รวมทั้งการนวดบริเวณแขน ขาส่วนบน น่อง และเท้า

2.1.3 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการสัมผัส หมายถึง สามีหรือผู้ใกล้ชิดจับมือ กุมมือ สัมผัสลูบหน้าท้องอย่างนุ่มนวล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

2.1.4 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการกระตุ้นให้ผู้คลอด หายใจลึกๆ หมายถึง สามีหรือผู้ใกล้ชิดกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูกร่วมกับหน้าท้องไปงอกหายใจออกทางปากพร้อมกับหน้าท้องแฟบลง โดยผู้คลอดสามารถควบคุมจังหวะการหายใจได้เอง

2.1.5 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการฟังดนตรี หมายถึง สามีหรือผู้ใกล้ชิดช่วยเหลือผู้คลอดในการฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับการหายใจ

2.2 การสนับสนุนจากพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร จนกระทั่งคลอดดังนี้

2.2.1 การสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนท่า หมายถึงการกระตุ้นให้ผู้คลอดมีการเปลี่ยนท่า ระหว่างการเดิน ยืน นั่ง ทำนั่งและนอนในท่าศีรษะสูงทุก 30 นาที โดยใช้หมอนหนุนรองบริเวณข้อพับ และบริเวณแนวโค้งของร่างกายในท่านอน พยายามนำหนักในท่าเดินหรือยืนโดยใช้มือประคองสะโพก เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวได้สะดวก และให้ผู้คลอดยึดเกาะในท่านั่งของหรือนั่งพิงบนเก้าอี้รวมทั้งท่าคุกเข่า

2.2.2 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการนวด หมายถึง พยาบาลนวดหลังโดยให้ผู้คลอดนั่งคุกเข่า โน้มตัวไปข้างหน้าชิดกับหมอน แยกเข่าออกจากกัน ปลายเท้าชี้เข้าหากันหรือให้ผู้คลอดอยู่ในท่านั่งคร่อมเก้าอี้ หันหน้าชิดกับหมอนที่วางพิงพนัก ผู้ใกล้ชิด สามีหรือพยาบาลนั่งทางด้านหลัง เริ่มนวดตั้งแต่ท้ายทอย กระดูกสันหลังโดย 1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง นวดกดกล้ามเนื้อของกระดูกสันหลังเป็นรูปวงกลม หลังจากนั้นวางมือ 2 ข้างบนไหล่แล้วบีบนวดควรรนวดในช่วงที่มีการหดตัวของมดลูกและหยุดนวดในช่วงพัก 2) นวดโดยใช้ฝ่ามือ 2 ข้างโดยเริ่มต้นจากหลังส่วนล่าง ลูบผ่านสะโพกต้นขาลงมา 3) วางฝ่ามือทาบบริเวณส่วนปลายของกระดูกสันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกสันกบมากที่สุด แล้วใช้แรงกดเบาๆขณะที่มดลูกมีการหดตัว 4) ใช้ฝ่ามือซ้ายลูบจากส่วนบนของกระดูกสันหลังลงสู่ก้นกบสลับกับฝ่ามือขวาเป็นจังหวะ รวมทั้งการนวดบริเวณแขน ขาส่วนบน น่อง และเท้า

2.2.3 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการสัมผัส หมายถึง พยาบาลจับมือ กุมมือ สัมผัสลูบหน้าท้องอย่างนุ่มนวลเพื่อลดอาการปวด

2.2.4 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการกระตุ้นให้ผู้คลอด หายใจลึกๆ หมายถึง พยาบาลกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเข้าทางจมูกร่วมกับหน้าท้องไปงอกหายใจออกทางปากพร้อมกับหน้าท้องแฟบลง โดยผู้คลอดสามารถควบคุมจังหวะการหายใจได้เอง

2.2.5 การช่วยเหลือผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดโดยการฟังดนตรี หมายถึง พยาบาลช่วยเหลือผู้คลอดในการฟังดนตรีประเภทผ่อนคลายร่วมกับการหายใจ

2.2.6 การงดเว้นปฏิบัติการที่เป็นกิจวัตรในการคลอด เช่น การโกนขนบริเวณ หัวหน้าฝีเย็บและทวารหนัก การสวนอุจจาระ การห้ามลูกนั่งหรือเดิน การเจาะถุงน้ำคร่ำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทราบใดที่กระบวนการคลอดยังดำเนินไปตามปกติจาก การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตามกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติ และการ ประเมินภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2.2.7 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการในการดูแลในระยะคลอด และการทำ สูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสมในกรณีมีภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.2.8 การสนับสนุนในระยะเบ่งคลอด โดยให้ผู้คลอดเบ่งด้วยตนเองตามความ ต้องการหรือเมื่อเริ่มมองเห็นศีรษะทารก โดยผู้คลอดมีอิสระในการเลือกท่าคลอดที่เหมาะสมและ ปลอดภัยได้แก่ท่านั่งของโดยมีผู้พุง 2 ข้าง ท่าศีรษะสูงเข้าแยกโดยผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจาก พยาบาลอย่างใกล้ชิด

การเตรียมตัวคลอดตามปกติ หมายถึง การดูแลผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ตามปกติที่ปฏิบัติใน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราในปัจจุบัน คือการสอนหรือให้คำแนะนำโดยเนื้อหาที่สอนส่วนใหญ่ มุ่งเน้นเรื่องการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์โดยในไตรมาสแรกแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เช่น แพ้ท้องมากกว่าปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด การมาฟังผลเลือดและการมาตรวจตามนัด ส่วนในไตรมาสที่สองแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแต่งกาย การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป การเริ่มสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ การรับประทานยา การ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการใช้สมุนไพรที่สุขภาพมารดาและทารกและในไตรมาสที่สาม แนะนำ เกี่ยวกับการสังเกตและนับลูกดิ้น การเตรียมของใช้ต่างๆ อาการเจ็บครรภ์เดือนและอาการเจ็บครรภ์ จริง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และแจกคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนคลอด ขณะคลอดและ หลังคลอด การให้คำแนะนำผู้คลอดดำเนินการเป็นรายบุคคลในการมารับบริการตรวจครรภ์ทุกครั้ง และเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้งหลังจากการตรวจครั้งแรก 2 สัปดาห์ และพหุชุมชนที่คลอดโดยไม่จำกัดอายุ ครรภ์ ร่วมกับการให้ผู้คลอดและ/หรือสามีหรือผู้ใกล้ชิดคู่วิดีโอเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกเกิด รอดแม่ปลอดภัยในขณะนั่งรอตรวจครรภ์

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการตีความและแปลความหมาย ของผู้คลอดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะที่คลอด ซึ่ง เป็นการประเมินทางด้านจิตสังคมเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา ในการศึกษานี้การ ประเมิน การรับรู้ประสบการณ์การคลอดประกอบด้วย

การรับรู้ความสุขสบายในการคลอด หมายถึง การรับรู้ของผู้คลอดถึงความพึงพอใจ ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมในการคลอด โดยการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาลในการสนับสนุนช่วยเหลือ วัตถุประสงค์จากแบบสอบถามการรับรู้ความสุขสบายของผู้คลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสาร ตำราและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสุขสบายทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และ สิ่งแวดล้อม

การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด หมายถึง การรับรู้ของผู้คลอดถึงความพร้อมของความช่วยเหลือที่ผู้คลอดจะได้รับหากต้องการ ความรู้สึก ความมั่นใจว่าตนเองและบุตรปลอดภัย อันตรายหรือภาวะเสี่ยงต่างๆในการคลอด วัตถุประสงค์จากแบบสอบถามความรู้สึกปลอดภัยของผู้คลอดที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการค้นคว้าเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอด หมายถึง การรับรู้ของผู้คลอดถึงความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆในการคลอดได้อย่างอิสระภายในขอบเขตการตัดสินใจที่ได้รับหรือมีอยู่ เป็นความรู้สึกของผู้คลอดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถเคลื่อนไหวเช่น เดิน เปลี่ยนท่าทาง โดยได้รับการช่วยเหลือจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาลในการใช้ท่าศีรษะสูง เช่น การเดินหรือทำขึ้น ทำนั่ง ทำนั่งยอง ทำคุกเข่าเพื่อส่งเสริมการคลอดตามกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามปกติ การเลือกท่าคลอดที่นอกเหนือจากท่านอนหงายชันเข่าและ/หรือการเบ่งคลอดในท่าขึ้นขาหยั่งมาเป็นท่านั่งของ โดยมีผู้พุง 2 ข้างหรือท่าศีรษะสูงเข่าแยก โดยได้รับการฝึกปฏิบัติตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ รวมถึงการมีอิสระในการเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา โดยได้รับการช่วยเหลือจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดและพยาบาล ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การนวด การหายใจ และการฟังดนตรี ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความเป็นอิสระของผู้คลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความมีอิสระในการเคลื่อนไหวในระยะ เจ็บครรภ์ ความมีอิสระในการเลือกท่าคลอด และความมีอิสระในการเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอดที่แผนกฝากครรภ์สำหรับผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางที่ดี อันประกอบด้วย การรับรู้ความสุขสบายในการคลอด การรับรู้ความปลอดภัยในการคลอด และการรับรู้ความเป็นอิสระในการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปประกอบการเรียน การสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดที่เน้นผู้คลอด เพื่อนำไปใช้ในการเตรียมผู้คลอดครรภ์แรกให้มีความพร้อมต่อการคลอดที่เน้นผู้คลอด

3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นอื่นๆที่สัมพันธ์กันต่อไป