



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่เข้าใจกระจ่างกันมาแล้วตั้งแต่สมัยพุทธกาลว่า องค์ประกอบที่สร้างความเป็นมนุษย์คือร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ผสมผสานกันอยู่ในตนเป็นหน่วยที่แยกออกจากกันไม่ได้ ร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่คงอยู่ร่วมกัน และจะต้องมีความสมดุลในภาวะทางจิตสังคม มนุษย์จึงจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุข หากมีสิ่งรบกวน (Stressor) ไม่ว่าจะ เป็นสิ่งรบกวนที่เป็นกายภาพหรือสิ่งรบกวนทางจิตสังคม เมื่อไปกระทบต่อ "มนุษย์" นั่นคือกระทบ ต่อการทำงานของร่างกายมนุษย์ จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ส่วนใหญ่มาจากภาวะจิตสังคมที่ถูกกระทบกระเทือน นั้นเอง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2529 : 1) ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้อง พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกทั้งยังต้องตอบสนองหรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการในลักษณะของความเป็นหน่วยเดียวที่เรียกว่า รูปแบบ การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียวหรือองค์รวม (Holistic Nursing) ทั้งนี้เพื่อ จะให้ผู้รับบริการบรรลุซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Blattner 1981 : 2-3)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2524-2529) ได้มุ่งพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติโดยจัดให้มีโครงการรณรงค์คุณภาพชีวิตขึ้น กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนก็ได้ใช้นโยบายนี้เป็นหลักในการดำเนินงานเช่นกัน และ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ยังคงยึดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชนเป็นนโยบายหลัก เพื่อนำสู่ความมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาวต่อไป จึงได้มีการ ดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายนี้ด้วยการกำหนดความจำเป็นพื้นฐานตามสภาวะที่เป็นอยู่ และจะมีขึ้นในอนาคต ดังนั้นความจำเป็นพื้นฐานจึงเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของประชาชน

สุขภาพของแม่และเด็กเป็นองค์ประกอบหนึ่งในเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตจะเริ่มที่แม่และเด็กเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่สำคัญ กล่าวคือ "แม่" คือ

ผู้ให้กำเนิด "เด็ก" ซึ่งจะเป็นอนาคตของชาติ คุณภาพชีวิตเด็กจะเป็นอย่างไรย่อมจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของแม่ และเด็กจะเจริญเติบโตต่อไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพก็ขึ้นอยู่กับครอบครัวซึ่ง "แม่" เป็นผู้มีส่วนสำคัญยิ่งเนื่องจากเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กโดยตรง ดังนั้น สุขภาพของแม่จึงสัมพันธ์กับสุขภาพของลูกโดยนัยดังกล่าว เพราะฉะนั้นแม่และเด็กจึงสมควรจะได้รับการพัฒนาไปสู่ความมีสุขภาพดีพร้อม ๆ กัน ซึ่งการที่จะมีสุขภาพดีดังกล่าวนั้นจะต้องเริ่มต้นจากการวางแผนครอบครัวถึงจำนวนบุตร การดูแลแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยวางแผนให้ครอบครัวทั้งทางด้านกาย จิต สังคมที่เหมาะสม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกันเป็นอย่างดี

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติเพื่อที่จะขับเด็กออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก แต่การคลอดก็ถือว่าเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางสรีระ- ชีวะ- จิต (Physiologic-biologic-psychologic Tension) ของสตรีในระยะคลอดทุกคน และถือว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดขณะที่มดลูกหดรัดตัว ซึ่งความเจ็บปวดนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์แก่สตรีในระยะคลอดเป็นอย่างมาก (Moore 1977 : 19) ในปัจจุบันนี้คนส่วนมากก็ยังมีความเชื่อว่า "การคลอดเป็นประสบการณ์ในทางลบ และ ความทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้" ความเชื่อเช่นนี้มีอิทธิพลต่อเจตคติของสตรีตั้งครรรภ์ที่มีต่อการคลอด และยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดอีกด้วย สตรีตั้งครรรภ์ส่วนใหญ่เรียนรู้เกี่ยวกับการคลอดจากคำบอกเล่าของบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความเชื่อและคำบอกเล่าต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกของสตรีในขณะคลอด และยังมีผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองในระยะคลอดตามความเชื่อนั้น ๆ ได้ (Fenlon, McPherson and Dorchak 1979 : 24) การที่สตรีตั้งครรรภ์ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอดนี้เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวลร่วมกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เพราะคำบอกเล่าที่ได้รับนั้นมักเป็นสิ่งที่น่ากลัว และอาจจะไม่ใช่ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่สตรีตั้งครรรภ์มักมีความวิตกกังวลว่าจะสามารถเผชิญกับการคลอดได้หรือไม่ จะปฏิบัติตัวอย่างไร จะเจ็บปวดมากไหม และเด็กจะแข็งแรงหรือไม่ เป็นต้น ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้แม้มิได้แสดงออกอย่างชัดเจน แต่ก็ เป็นสิ่งที่แอบแฝงอยู่ในกระบวนการความคิดของสตรีในระยะคลอดตลอดเวลา ซึ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว

ความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่มนุษย์กลัวมากเป็นอันดับสองรองจากความตาย (Reeder, et. al. 1980 : 359) และความกลัวนี้เป็นกลไกที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อป้องกันตัวเองในการที่จะต้อง

เผชิญกับเหตุการณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งที่ไม่เคยประสบมาก่อน ทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นภายในร่างกายและจิตใจ อันจะเป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองว่าจะสู้หรือถอยหนี ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ มีการหดตัวผิดปกติไป เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น และมีผลทำให้เกิดความล่าช้าในการคลอดได้ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ รีด (Read 1959 : 62-64) เรียกว่าเป็นกลุ่มอาการของความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear - Tension - Pain Syndrome) การคลอดล่าช้าจะก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อสตรีในระยะคลอด และทารกในครรภ์ได้ กล่าวคือ จะทำให้สตรีในระยะคลอดเกิดความอ่อนเพลีย หดแรงแม่ ไม่มีแรงเบ่งในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการต่าง ๆ นอกจากนั้นสตรีในระยะคลอดที่ไม่สามารถควบคุมตนเอง หรือไม่ให้ความร่วมมือขณะคลอดยังมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด การติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก หรือตกเลือดหลังคลอดได้เช่นกัน (สมหมาย กุญสุวรรณ 2514 : 148) และบ่อยครั้งที่สูติแพทย์ต้องช่วยเหลือด้วยการให้ยาระงับความเจ็บปวดในขนาดสูง หรือจำนวนยาทั้งหมดที่ได้รับมากกว่าปกติ ถึงแม้ว่าจะสามารถช่วยสตรีในระยะคลอดให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้บ้างก็ตาม แต่ฤทธิ์ข้างเคียงของยาจะไปกดศูนย์หายใจทำให้อัตราการหายใจลดลง ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ รวมทั้งการไหลเวียนของโลหิตที่ผ่านไปยังรกก็จะลดลงด้วย มีผลทำให้ทารกในครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนไปด้วย และฤทธิ์ของยายังสามารถผ่านถึงทารกโดยตรงไปกดกล้ามเนื้อหัวใจ กดศูนย์หายใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ด้วยเหตุนี้ทารกแรกเกิดจึงอยู่ในสภาวะที่เป็นอันตราย จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการหายใจ ทำให้ต้องพราวจากมารดาทันทีที่เกิด (Pritchard and MacDonald 1985 : 776) ซึ่งจะขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก

จากสถิติพบว่าอัตราการตายของมารดาและทารกไทยยังสูงอยู่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าอัตราการตายของมารดาเป็น 0.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิตในปี 2527 (สถิติสาธารณสุข 2527) ส่วนอัตราการตายของทารกนั้นจากสถิติโรงพยาบาลราชวิถีในช่วงปีงบประมาณ 2531 เป็น 6.31 (สถิติโรงพยาบาลราชวิถี 2531 : 4) และมีรายงานการศึกษาของ วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ (2531 : 114-116) ที่พบอัตราทารกตายคลอดในระยะ 21 เดือนระหว่างมกราคม 2529 ถึงกันยายน 2530 เป็น .55 นอกจากนี้จากผลการศึกษาสาเหตุหรือพยาธิสภาพที่พบร่วมในทารกที่ตายคลอด ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่า 84 ราย หรือร้อยละ 72 ควรจะป้องกันได้ถ้าผู้ให้บริการที่ห้องฝากครรภ์ตื่นตัวและวินิจฉัยได้ทันการ แต่ 8 ราย หรือร้อยละ 7

เกิดขึ้นเพราะความบกพร่องที่ห้องคลอด ซึ่งรวมถึงความคับหน้าในการเจ็บครรภ์คลอดเป็นไปอย่างล่าช้า ทารกขาดออกซิเจน การดูแลผู้คลอดไม่เหมาะสมกับความเสี่ยงโดยใช้บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยดูแลผู้คลอดที่มีพยาธิสภาพหรือที่เจ็บครรภ์คลอดผิดปกติ จึงไม่เข้าใจปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขได้ทันที เมื่อถึงเวลาคลอดก็คลอดลำบาก ทารกขาดออกซิเจนจนตายคลอด ข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ กำแหง จาตุรจินดา และวินิต พัวประดิษฐ์ (2530 : 46-55, 247) ได้กล่าวไว้ว่าสาเหตุการตายของทั้งมารดาและทารกนั้นสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ในการบริหารการคลอด (Labour Care) หากสามารถดูแลผู้คลอดไม่ให้มีการเจ็บครรภ์เนิ่นนาน (Prolonged Labour) ก็เป็นที่เชื่อได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการคลอด เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหลังคลอด การบาดเจ็บชอกช้ำของการคลอด ทารกบาดเจ็บชอกช้ำจากการคลอด จะลดลงได้อย่างมาก นั่นก็คืออัตราการตายและอัตราทุพพลภาพของทั้งมารดาและทารกจะลดลงเช่นกัน โดยไม่ต้องอาศัยวิทยาการหรือเครื่องมือที่สลับซับซ้อน ยุ่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายสูง

ลิปกิน (Lipkin 1974 : 46) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่า การตอบสนองความต้องการทางจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้คลอดอาจผ่านพ้นปัญหาทางด้านร่างกายไปได้แต่ปัญหาทางด้านอารมณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดลำบากจะยังคงฝังแน่นในความทรงจำ และก่อให้เกิดเจตคติในทางลบต่อสามีและการมีบุตรไปตลอดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ คินท์ (Kintz 1987 : 126) ที่กล่าวถึงการให้กำเนิดบุตรว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต การปรับปรุงด้านเทคโนโลยีและความรู้ทางสูติศาสตร์ช่วยให้การให้กำเนิดบุตรดำเนินไปอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และนอกเหนือจากผลที่มุ่งหวังดังกล่าว ปัจจุบันได้มุ่งความสนใจที่คุณภาพของประสบการณ์ในการคลอดและมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางด้วย เพราะฉะนั้นจึงมีนักการศึกษาและนักวิจัยทางการแพทย์ได้พยายามหาวิธีที่จะบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด โดยวิธีธรรมชาติด้วยวัตถุประสงค์สำคัญคือ การสร้างประสบการณ์การคลอดให้เป็นไปในทางบวกให้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างบทบาทที่ดีในการเป็นมารดาของสตรีอื่นจะส่งผลถึงการเลี้ยงดูบุตรที่ดีต่อไป (Lederman 1984 : 61) ซึ่งจากการศึกษาของเขาวลัคซ์ สตรีเสถียร (2530 : 143) ก็พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตร ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer 1985 : 204) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาภายหลังคลอด ในกลุ่มมารดาวัยรุ่น มัวและกัลโลเวย์ (Moore and Galloway 1980 : 280) ได้กล่าวถึงกรณีที่มีการคลอด

ยากหรือเจ็บปวดมากกว่าระหว่างคลอดนั้น มารดาจะให้ความสนใจเอาใจใส่เกี่ยวกับการปรับตัว และการดูแลตนเองมากกว่าที่จะให้ความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรในระยะหลังคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มว่ามารดาอาจจะไม่ยอมรับบุตรภายหลัง แนวคิดนี้สอดคล้องกับที่ กริมม์ (Grimm 1967 cited by Butani and Hodnett 1980 : 73) ได้รายงานไว้ว่า ความคิดเห็น ความรู้สึก และเจตคติของสตรีเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของตนเองมีผลกระทบต่อ อัตมโนทัศน์ ทั้งในแง่ความเป็นสตรี และความเป็นมารดา ดังนั้นประสบการณ์การคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เหตุการณ์ในชีวิต (Life events) โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ร้ายแรงของชีวิต (Life crisis) หรือเหตุการณ์ที่เครียดของชีวิต (Stressful life event) เป็นตัวแปรหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจ และมีการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อประสบการณ์การคลอด ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์ของ ชีวิตทางลบมีผลทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องอาศัยการ ปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยดี ในขณะที่สภาพการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอยู่แล้ว จึงนับว่าเหตุการณ์ในชีวิตเป็น ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational Crisis) ร่วมกับภาวะวิกฤต ตามพัฒนาการ (Developmental Crisis) อันเนื่องมาจากการให้กำเนิดบุตร ซึ่งถ้าสตรีที่ตั้ง ครรภ์จัดการแก้ไขไม่ได้ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือและปรับตัวไม่ได้อาจมีผลเสียต่อสุขภาพของทารก ในครรภ์ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้ ในปี 2530 สมจิตร์ นครพานิช (71-72) ศึกษาพบว่า สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ มีเหตุการณ์ใน ชีวิตทางลบและมีความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า แต่มีความสามารถในการปรับตัวใน าระยะตั้งครรภ์ได้เหมาะสมน้อยกว่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ นอกจากนี้ ยังพบว่าความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปรับตัวใน าระยะตั้งครรภ์ด้วย

การให้กำเนิดบุตรไม่เพียงเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของสตรีเท่านั้น แต่ยังเป็น เหตุการณ์ที่สำคัญและพัฒนาการของครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นสัมพันธภาพของคู่สมรสจึงมีส่วนสำคัญที่ จะช่วยให้สตรีที่ให้กำเนิดบุตรมีประสบการณ์การคลอดที่ดี ริชาร์ดสัน (Richardson 1982 : 26, 28) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสส่งผลกระทบต่อประสบการณ์การคลอด โดยในระยะ ตั้งครรภ์ ภรรยามีความคาดหวังที่จะให้สามีแสดงความรักความผูกพันมากขึ้น ความสามารถของ

สามีที่จะตอบสนองความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลต่อกระบวนการทั้งหมดในการตั้งครรภ์ การคลอด และการปรับตัวของครอบครัวใหม่ด้วย เวสต์บรูก (Westbrook 1978 : 191-199) เป็นอีกผู้หนึ่งที่ศึกษาผลของการสมรสต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าสตรีที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสในทางบวกจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่ำ มีเจตคติต่อการคลอดในทางลบต่ำ และแสดงออกถึงการแยกตัว การก้าวร้าวในระดับต่ำ มีประสบการณ์ของการแยกตัว เนื่องจากความวิตกกังวล (Separation anxiety) ในขณะตั้งครรภ์ต่ำ มีปัญหาในขณะคลอดน้อย มีความรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตไม่ถูกคุกคาม เชื่อว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีความสงบมากที่สุดในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงเจตคติต่อการคลอดที่ดีในผู้คลอดที่สามีเข้าร่วมรับการฝึกบริหารร่างกายก่อนคลอดและรับคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อคลอดร่วมกับภรรยา (วารณดา มลิวรรณ 2525 : ข-ค) และในกลุ่มผู้คลอดที่สามีเข้าไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ มีความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดดีกว่ากลุ่มผู้คลอดที่สามีไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์ (ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ 2531 : 43) เช่นเดียวกับที่เมอร์เซอร์ แอคเคย์ และบอสตรอม (Mercer, Hackley and Bostrom 1983 : 207) ได้รายงานผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทางด้านจิตสังคม และตัวแปรที่วัดได้ในระยะคลอดต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของสามีสามารถพยากรณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกได้มากถึง 20 เปอร์เซ็นต์

อากิลเลอร์ และเมสสิค (Aguilera and Messick 1982 : 63-64) ได้กล่าวว่า กระบวนการคลอดก่อให้เกิดความเครียดและการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดนั้น อาจจะเป็นไปอย่างถูกต้องหรือผิดพลาดก็ได้ หากสตรีในระยะคลอดมีความรู้และการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องขาดการสนับสนุนตามสถานการณ์ หรือไม่สามารถใช้กลไกในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็อาจจะเกิดภาวะไม่สมดุล หรือภาวะวิกฤตได้ ในทางตรงกันข้ามหากสตรีในระยะคลอดมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนสามารถใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้สตรีในระยะคลอดเข้าสู่ภาวะสมดุล และผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ ด้วยความสำคัญดังกล่าว ลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งในการพยาบาลผู้คลอดซึ่งเน้นครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางคือ การมีผู้ให้การสนับสนุน (Supportive person) ซึ่งอาจจะเป็นสามี สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เพื่อน หรือพยาบาลวิชาชีพ (Neeson and May 1986 : 30) ในปัจจุบันมีรายงานผลของการมีผู้ให้การสนับสนุนต่อความก้าวหน้าในกระบวนการเจ็บครรภ์ และการคลอด ดังเช่น การศึกษาในหญิงสาวกัวเตมาลาพบว่า สตรีในระยะคลอดที่มีบุคคลผู้ให้การ

สนับสนุนอยู่ด้วยนั้นเมื่ออัตราการภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่า มีระยะคลอดสั้นกว่าเดิม และเพิ่มความรู้สึกตัวในระหว่างคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีในระยะคลอดที่อยู่ตามลำพัง ผู้ศึกษาได้อธิบายเพิ่มเติมว่าบุคคลผู้ให้การสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มประสบการณ์การคลอดในทางบวก เพราะว่าการที่มีบุคคลผู้ให้การสนับสนุนอยู่ด้วยนั้น จะช่วยลดความวิตกกังวลอันเป็นผลให้ลดการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นเนื่องจากความเครียด หรือแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งเชื่อกันว่าทำให้การไหลเวียนของเลือดในมดลูกผิดปกติ อันมีผลทำให้การคลอดล่าช้าและอาจนำไปสู่ภาวะที่ทารกมีลักษณะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Sosa, et. al. 1980 : 597-600) ส่วนบุคลากรทางสุขภาพนั้น แนวคิดเริ่มต้นมาจากประเทศฝรั่งเศสและถูกนำมาใช้โดยลามาช เรียกผู้สนับสนุนวิชาชีพอ่า "มอนิไทรซ์" (Monitrice) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าโค้ช (Coach) มอนิไทรซ์ เกิดจากการรวมตัวของพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี กล่าวคือ ให้การสนับสนุนโดยใช้หลักจิตป้องกันในการคลอด (Psychoprophylactic Method of Childbirth) และสนับสนุนเฉพาะราย ในต่างประเทศมีรายงานการใช้บริการด้านนี้มากเนื่องจากมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะสร้างความพึงพอใจในระดับสูง และเพิ่มประสบการณ์การคลอดทางบวกของผู้รับบริการ (Peddicord, Curran and Monshower 1984 : 312-316) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องอยู่กับสตรีในระยะคลอดและติดต่อกับสตรีในระยะคลอดมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อร่างกายและอารมณ์ของสตรีในระยะคลอด รวมทั้งยังเป็นสิ่งแวดล้อมในการคลอดอีกด้วย จึงนับได้ว่าพยาบาล เป็นบุคคลสำคัญอีกบุคคลหนึ่งในระบบสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้คลอดปรับตัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปด้วยดี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีข้อจำกัดคือ ไม่มีนโยบายที่จะให้สามีหรือญาติเข้าไปให้การสนับสนุนสตรีในระยะคลอด

นอกเหนือจากเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแล้ว ภูมิหลังของสตรียังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอีกด้วย ดังเช่น การศึกษาของสุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิต ศรีสุพรรณราช (2519 : 4-18) ที่พบว่า การรับรู้ต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามลักษณะอาชีพและระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของนอร์ และคณะ (Norr, et. al. 1977 : 260-275) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดน้อย และสามารถควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่มีระดับการศึกษา สถานภาพทาง

เศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำกว่า การศึกษาดังกล่าวยืนยันคำอธิบายของนักจิตวิทยาการรับรู้ที่ว่า ภูมิหลังของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการดูแลสตรีในระยะคลอดทั้งในฐานะพยาบาลประจำการ และเป็นผู้เฝ้าเทคนิคศึกษาพยาบาลมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จึงใคร่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาลและตัวแปรภูมิหลัง กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษาในแนวนี้นมาก่อน เพื่อที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการบริหารทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และยังเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแม่และเด็กไทยด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ตลอดจนแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล อันจะสืบเนื่อง ไปถึงการพัฒนาวินิจฉัยอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาลและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด
3. ศึกษาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และภูมิหลังของสตรีหลังคลอดที่ร่วมกันพยากรณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ปัญหาของการวิจัย

1. เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของสตรีหลังคลอดเป็นอย่างไร

2. เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอดหรือไม่

3. เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และภูมิหลังของสตรีหลังคลอดสามารถร่วมกันพยากรณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้หรือไม่

แนวเหตุผลและสมมุติฐานของการวิจัย

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตตามพัฒนาการ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้คลอดทั้งในแง่ความเป็นผู้หญิง และความเป็นมารดา จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบุว่า เหตุการณ์ในชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เครียดหรือร้ายแรงของชีวิตในช่วงก่อนการคลอดมีความสัมพันธ์ และเป็นสิ่งผลักดันให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ ในสภาพการณ์ เช่นนี้ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการช่วยเหลือ จัดการแก้ไขหรือปรับตัวไม่เหมาะสม ก็อาจมีผลเสียต่อความสมดุลของสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอดได้และจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปในทางลบ นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี ทั้งนี้เพราะการให้กำเนิดบุตรเป็นภารกิจหลักของครอบครัวที่ต้องการการมีส่วนร่วม การช่วยเหลือและการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสามี-ภรรยา นับตั้งแต่การวางแผนการมีบุตรจนกระทั่งการเลี้ยงดูบุตร และเมื่อพิจารณาว่าในระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะมีความเครียดมากเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความเครียดนี้จะสะสมและถึงขีดสูงสุดในขณะเข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาเพื่อขับเอาเด็กออกจากโพรงมดลูกในระยะเวลานั้นสั้นเมื่อเทียบกับระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระดังกล่าวร่วมกับภาวะทางจิตสังคมเช่น ความกลัว ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึกในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ฯลฯ ในระยะนี้พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้และปฏิบัติภารกิจการคลอดสำเร็จไปด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและบุตร มีความพึงพอใจ และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยไว้ว่า

1. เหตุการณ์ในชีวิตของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
2. สัมพันธภาพของคู่สมรสของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
3. การสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

มนุษย์เรามีการรับรู้เรื่องราว เหตุการณ์ภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกันตามสภาพเอ็กต์บุคคล ซึ่งมีผู้ศึกษาทางการรับรู้ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ไว้ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความอ่อนไหวทางร่างกายและจิตใจ เซอร์วินปัญญา บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต อายุ อาชีพ การศึกษา และรายได้ อีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและสถานภาพทางสังคม (Rabkin and Struening 1976 : 1018-1019, สุชา จันทน์เอม 2531 : 122-125) ซึ่งแสดงว่าภูมิหลังของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และจากการศึกษาของ สุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิต ศรีสุพรรณราช (2519 : 4-18) พบว่า การรับรู้ต่อความเจ็บปวดของมารดาแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามลักษณะอาชีพและระดับการศึกษา กล่าวคือ ในมารดาที่มีการศึกษาสูงและทำงานเบาจะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และมีอาชีพกสิกร หรือกรรมกรทำงานหนักจะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้าและทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า ส่วนนอร์ และคณะ (Norr, et. al. 1977 : 260-275) ศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานไว้ว่า

4. เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และภูมิหลังของสตรีหลังคลอดร่วมกันพยากรณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้มุ่งศึกษาในสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการคลอดอย่างน้อย 200 รายต่อเดือน
2. ตัวอย่างประชากรเป็นสตรีที่ตั้งครรภ์ปกติ ครบกำหนด ครรภ์แรก อายุระหว่าง 17-35 ปี ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ

3. ตัวอย่างประชากรจะรวมทั้งผู้ที่ได้รับยาเร่งคลอด ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ และผู้ที่ไม่ได้รับยาดังกล่าว

4. ตัวอย่างประชากรจะรวมทั้งผู้ที่คลอดปกติ หรือได้รับการช่วยคลอดโดยใช้คีม หรือ เครื่องดูดสุญญากาศ ภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด

5. ทารกมีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการแพทย์ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึกและความคิดเห็นที่ตั้งอยู่บนฐานการรับรู้และความทรงจำของตัวอย่างประชากร

2. เหตุการณ์ในชีวิต เหตุการณ์เดียวกันซึ่งเกิดกับบุคคลแต่ละคนมีคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์เท่ากัน

3. ตัวอย่างประชากรได้รับบริการทางด้านสูติกรรมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ที่มีนโยบายในการให้บริการทางสูติกรรมในแนวเดียวกัน และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ตลอด 24 ชั่วโมงเหมือนกัน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการแพทย์ อาชีพ การศึกษา

2. ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เหตุการณ์ในชีวิต หมายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของสตรีในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของสภาพความเป็นอยู่ในด้านสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ การงาน และสังคม

1.1 เหตุการณ์ในชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของภาวะสุขภาพร่างกายของสตรีในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์ เช่น การเจ็บป่วยทางกายและจิต อุบัติเหตุและอุบัติเหตุต่าง ๆ

1.2 เหตุการณ์ในชีวิตด้านครอบครัว หมายถึงสถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของสตรีในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์

1.3 เหตุการณ์ในชีวิตด้านเศรษฐกิจ หมายถึงสถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของฐานะทางการเงินและทรัพย์สินของสตรี หรือครอบครัวในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์

1.4 เหตุการณ์ในชีวิตด้านการทำงาน หมายถึงสถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของหน้าที่ความรับผิดชอบ และงานอาชีพของสตรีหรือครอบครัวในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์

1.5 เหตุการณ์ในชีวิตด้านสังคม หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของความมั่นคงปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียงของสตรีหรือครอบครัวในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และในขณะตั้งครรภ์

2. สัมพันธภาพของคู่สมรส หมายถึง การติดต่อเกี่ยวข้องและผูกพันในการใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างผู้คลอดและสามี ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการใช้เงิน การใช้เวลาว่าง และสัมพันธภาพหน้าที่การงาน การตัดสินใจ ความรักความเอาใจใส่ และความสัมพันธ์ทางเพศ

3. การสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือที่แสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของเจ้าหน้าที่พยาบาลในการพยาบาลทุกลักษณะกับสตรีในระยะคลอด เพื่อสร้างความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยปรากฏเป็นพฤติกรรมที่สตรีในระยะคลอดรับรู้ได้ในการใช้เวลา การร่วมรู้สึก การประคับประคองทางอารมณ์ การสนใจเอาใจใส่ และการดูแลที่มุ่งคน

3.1 การให้เวลา หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้เวลาอยู่กับสตรีในระยะคลอดนอกเหนือจากระยะเวลาขณะที่ให้การพยาบาล

3.2 การร่วมรู้สึก หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงถึงการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสตรีในระยะคลอดที่กำลังประสบอยู่ในขณะนั้น โดยปราศจากการประเมินถูก-ผิด และไม่นำเอาทัศนคติของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย

3.3 การประคับประคองทางอารมณ์ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยให้สตรีในระยะคลอดได้ผ่อนคลายอารมณ์จากความเคร่งเครียดหรือความวิตกกังวล

3.4 การสนใจเอาใจใส่ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงออกถึงความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลสตรีในระยะคลอด

3.5 การดูแลที่มุ่งคน หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงออกถึงความเคารพในฐานะบุคคลของสตรีในระยะคลอด โดยให้การดูแลครอบคลุมกายและจิตสังคม ทั้งนี้สตรีในระยะคลอดมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย

3.6 สตรีในระยะคลอด หมายถึง ผู้คลอดที่เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงจนถึงระยะที่รกคลอดเรียบร้อยแล้ว

3.7 เจ้าหน้าที่พยาบาล หมายถึง ผู้ให้การพยาบาลทุกระดับรวมทั้งนักศึกษาพยาบาล

4. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของสตรีในระยะคลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลอด ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมตนเอง ความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวังต่อประสบการณ์ ความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด

5. ภูมิหลัง หมายถึง อาชีพ และการศึกษา

5.1 อาชีพ หมายถึง งานประจำที่ผู้คลอดกระทำอยู่ก่อนระยะตั้งครรภ์ และ/หรือระยะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น

5.1.1 อาชีพใช้แรงงาน หมายถึง ลักษณะของการทำงานที่ต้องใช้แรงงานในการกระทำเกือบหรือตลอดทั้งวัน ได้แก่กรรมกร รับจ้างแรงงาน นายช่างสินค้า ทำนา ทำสวน ทำไร่

5.1.2 อาชีพไม่ใช้แรงงาน หมายถึง ลักษณะของการทำงานที่ไม่ต้องใช้แรงงานมาก ได้แก่ อาชีพรับราชการ งานนั่งโต๊ะ แม่บ้าน ค้าขายในร้าน เสริมสวย รับจ้าง (บริษัทหรือรัฐวิสาหกิจ)

5.2 การศึกษาหมายถึง ชั้นสูงสุดของการศึกษาของผู้คลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น

5.2.1 ระดับประถมศึกษา หมายถึง การศึกษาตั้งแต่ชั้น ป.4-ป.7

5.2.2 ระดับมัธยมศึกษา หมายถึง การศึกษาตั้งแต่ชั้น ม.1-ม.6

5.2.3 ระดับวิทยาลัยหรือสูงกว่าหมายถึง การศึกษาตั้งแต่ประกาศนียบัตรอนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้ได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดทางบวก และมีผลต่อเนื่องทำให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี

2. เป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอนทางการพยาบาลมารดาและทารก โดยเน้นถึงปัจจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่จะมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ทั้งนี้เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาและครอบครัวต่อไป

3. เป็นแนวทางในการบริหารงานด้านสูติกรรม

4. เป็นแนวทางในการทำวิจัยประเด็นที่สัมพันธ์กันต่อไป