

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัดท้องคลอด และการฟื้นฟูสภาพของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาผ่าตัดท้องคลอด
  - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดท้องคลอด
  - 1.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอด
  - 1.3 ประเภทของการผ่าตัดท้องคลอด
  - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอด
2. บทบาทการพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด
3. มาตรฐานการพยาบาลมารดาผ่าตัดท้องคลอดของโรงพยาบาลศรี
4. แนวคิดพฤติกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัดท้องคลอด
  - 4.1 พฤติกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัดท้องคลอด
  - 4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัด
5. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 5.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 5.2 ประเภทของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 5.4 การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
6. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 6.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 6.2 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 6.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 6.4 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง
7. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในมารดาผ่าตัดท้องคลอด
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาผ่าตัดท้องคลอด

### 1.1 ความหมายของการผ่าตัดท้องคลอด

การผ่าตัดท้องคลอด (Caesarean Section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำเอาทารกออกจากโพรงมดลูก โดยผ่านทางรอยผ่าที่ผนังหน้าท้อง และรอยผ่าที่ผนังมดลูก สำหรับการผ่าตัดที่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) หรือในรายมดลูกแตก ไม่ถือเป็นการทำ Caesarean Section (Gabbe, 2002: 539)

### 1.2 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอด

หลักการพิจารณาทำผ่าตัดท้องคลอดโดยทั่วไปในปัจจุบัน คือ ถ้าปล่อยให้การตั้งครรภ์และการคลอดทางช่องคลอดดำเนินต่อไป อาจเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ หรือทั้งมารดาและทารก แต่ส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาทำผ่าตัดท้องคลอดจากข้อบ่งชี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ทารกมากที่สุด

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอด แบ่งเป็น 2 ประการดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอดชนิดสมบูรณ์ (Absolute indications)
2. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอดชนิดอนุโลม (Relative indications)

#### ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอดชนิดสมบูรณ์

เป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องทำผ่าตัดท้องคลอดอย่างแน่นอน ถ้าปล่อยให้คลอดเองทางช่องคลอดอาจเกิดอันตรายกับมารดาหรือทารกในครรภ์อย่างมาก ได้แก่

1. การคลอดติดขัด (Mechanical dystocia) เนื่องจาก

1.1 การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion: CPD)

1.2 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติบางอย่างที่คลอดเองไม่ได้ เช่น ทารกท่าขวาง (Transverse lie) ทารกใช้หน้าเป็นส่วนนำ (Face presentation) ชนิดกางอยู่ด้านหลัง (Mentoposterior) และทารกใช้หน้าผากเป็นส่วนนำ (Brow presentation)

1.3 ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก (Uterine dysfunction) ที่แก้ไขไม่ได้ผล และปากมดลูกยังไม่เปิด

1.4 การขวางกั้นช่องคลอดจากก้อนเนื้ออกในอุ้งเชิงกราน เช่น เนื้ออกในมดลูก (Myoma uteri) เนื้ออกบริเวณปากมดลูก (Cervical myoma) และเนื้ออกรังไข่ (Ovarian tumors) ที่มีขนาดใหญ่

2. ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta previa) โดยเฉพาะกรณีที่รกเกาะต่ำชนิดปิดปากมดลูกทั้งหมด (Placenta previa totalis) หรือกรณีที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะตกเลือด

3. ความผิดปกติของเชิงกรานหรือช่องทางคลอด อาจเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด หรืออุบัติเหตุ  
 4. มะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ถ้าวินิจฉัยได้ในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ควรพิจารณาผ่าตัดท้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และทำผ่าตัดบริเวณมดลูกด้านบนในแนวตั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดผ่านเซลล์มะเร็ง (ยุทธพงษ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538)

5. มีการตั้งครรภ์ภายหลังตกแต่งปากมดลูกหรือช่องคลอด เช่น การผ่าตัดซ่อมแซมในกรณีที่มีรูทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ (Vesicovaginal fistula) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปัสสาวะเล็ด (Stress urinary incontinence)

6. ทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) ถ้าปล่อยให้การคลอดดำเนินต่อไป อาจทำให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนเสียชีวิตได้

7. ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ในกรณีที่ทารกในครรภ์ยังมีชีวิตและปากมดลูกยังเปิดไม่หมด

8. การติดเชื้อรุนแรงที่ปากมดลูก หรือช่องคลอด หรืออวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์ และยังไม่มีการน้ำเดิน หรือมีการน้ำเดินไม่เกิน 4 ชั่วโมง

#### ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดท้องคลอดชนิดอุโมง

เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจต้องทำผ่าตัดท้องคลอดหรือให้คลอดทางช่องคลอดก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับมารดาหรือทารก ได้แก่

1. เคยผ่าตัดที่ผนังมดลูกมาก่อน เช่น เคยผ่าตัดท้องคลอดทางหน้าท้อง (Previous caesarean section) เคยผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกในมดลูกออก (Myomectomy)

2. มีเลือดออกในระยะหลังของการตั้งครรภ์ ในกรณีรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) ที่มีเลือดออกมากหรือการคลอดทางช่องคลอดดำเนินไปช้า

3. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติบางกรณี ถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารก เช่น ทารกในท่าก้นที่ศีรษะทารกแหงนหน้ามากเกินไป (Hyperextended head) ท่าก้นที่ใช้เท้าเป็นส่วนนำ (Footling) ท่าก้นที่ทารกมีขนาดใหญ่และมารดาตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก

4. ครรภ์แฝดที่ทารกไม่อยู่ในท่าศีรษะ

5. โรคแทรกซ้อนทางสูติกรรมบางกรณี เช่น ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia) ที่ต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดอย่างรวดเร็วและปากมดลูกยังเปิดไม่หมด

6. โรคแทรกซ้อนทางอายุกรรมบางกรณี เช่น มารดาเป็นเบาหวานและทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (Macrosomia) อาจพิจารณาทำผ่าตัดท้องคลอดภายหลังตรวจพบว่า ปอดของทารกสมบูรณ์แล้วหรือมีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์

7. ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเครียด และไม่สามารถติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ขณะคลอดได้ดีหรือใช้เวลานานในระยะคลอดยาวนาน เช่น ภาวะน้ำคร่ำมีสีเขียวปน (Meconium staining) การอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก (Chorioamnionitis)

8. อื่นๆ เช่น ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) ที่ตั้งครรภ์จากการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (In vitro fertilization:IVF) การทำกิฟท์ (Gamete intra fallopian transfer: GIFT)

### ข้อห้ามของการผ่าตัดท้องคลอด (Contraindications)

ในสูติศาสตร์สมัยใหม่ไม่มีข้อห้ามของการผ่าตัดท้องคลอด แต่ไม่แนะนำให้ทำผ่าตัดท้องคลอดในกรณีต่อไป เพราะทำให้เกิดแผลที่มดลูกหรือได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอดได้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2541; ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538; อาคม สวัสดิ์พาณิชย์, 2542)

1. ทารกตายในครรภ์ (Fetal death in utero)
2. ทารกตัวเล็กเกินกว่าจะมีชีวิตรอดได้ภายหลังคลอด
3. ทารกมีความพิการแต่กำเนิดอย่างมากและไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ภายหลังคลอด
4. มารดามีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Blood coagulopathy) ถ้าจำเป็นต้องผ่าตัดท้องคลอดต้องแก้ไขภาวะนี้ให้ปกติก่อน

### 1.3 ประเภทของการผ่าตัดท้องคลอด

1. การผ่าตัดท้องคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้า (Elective caesarean section) คือ การผ่าตัดท้องคลอดที่มีการวางแผนไว้ตั้งแต่ใกล้กำหนดครบคลอด 1-2 สัปดาห์ หรือเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดสามารถเลือกทำกรณีที่มีข้อบ่งชี้ชนิดสมบูรณ์ เช่น ศีรษะของทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา และในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ชนิดอนุโลม เช่น ทารกท่าก้น (Breech presentation) มารดาเคยได้รับการผ่าตัดท้องคลอด และมารดาไม่ต้องการคลอดเองทางช่องคลอด การผ่าตัดท้องคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้าจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอดได้มากกว่าการผ่าตัดท้องคลอดกรณีฉุกเฉิน

#### ข้อดี

1. สามารถเตรียมมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจไว้ล่วงหน้า
  2. สามารถงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ทำให้ลดอันตรายจากการสำลักอาหารเข้าปอด
- เมื่อใช้วิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

3. ทำผ่าตัดในช่วงที่แพทย์และทีมงานมีความพร้อม
4. สามารถเตรียมเลือดไว้เพียงพอ

2. การผ่าตัดท้องคลอดกรณีไม่ได้กำหนดล่วงหน้าหรือฉุกเฉิน (Emergency caesarean section) คือการผ่าตัดท้องคลอดที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทำในกรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดท้องคลอดเกิดขึ้นหลังจากเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับมารดาและทารก เช่น การคลอดไม่ก้าวหน้า (Prolong labor) ภาวะสายสะดือถูกกดหรือสายสะดือข้อย การผ่าตัดท้องคลอดชนิดนี้จึงมีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการผ่าตัดท้องคลอดกรณีกำหนด

## ล้วงหน้า

### ข้อจำกัด

1. ไม่สามารถเตรียมร่างกายและจิตใจของมารดาไว้ล่วงหน้า  
 2. ไม่สามารถงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดได้นานพอ จึงเสี่ยงต่อการสำลักน้ำหรือเศษอาหารเข้าปอด เมื่อใช้วิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

3. ไม่สามารถเลือกทำผ่าตัดในช่วงที่แพทย์และทีมงานมีความพร้อม
4. ไม่สามารถเตรียมเลือดไว้ล่วงหน้า และต้องเตรียมอย่างฉุกเฉิน

ตามที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การผ่าตัดท้องคลอดกรณีกำหนดล่วงหน้าส่วนใหญ่จะทำในเวลาเช้า ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดท้องคลอดฉุกเฉินที่ส่วนใหญ่ทำนอกเวลาเช้า ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการผ่าตัดท้องคลอดในและนอกเวลาราชการ พบว่าการผ่าตัดท้องคลอดในเวลาเช้าส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้จากการที่มารดาเคยได้รับการผ่าตัดท้องคลอดมาก่อนและการนัดมารดาเพื่อทำผ่าตัดท้องคลอดมากกว่ามีข้อบ่งชี้จากภาวะแทรกซ้อน ส่วนการผ่าตัดท้องคลอดนอกเวลาราชการส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้จากภาวะแทรกซ้อน ส่วนการผ่าตัดท้องคลอดนอกเวลาราชการส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้จากภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การคลอดยากทารกอยู่ในท่าก้น และความล้มเหลวในการเร่งคลอด เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดท้องคลอดมากกว่า (อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, 2540)

2.3 การผ่าตัดท้องคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ผ่านเยื่อช่องท้อง (Porto caesarean section หรือ Extraperitoneal caesarean section) เป็นการผ่าตัดเข้าไปยังมดลูกส่วนล่างโดยไม่ผ่านเยื่อช่องท้อง วิธีนี้จะผ่าตัดเข้าไปยังมดลูกต่ำกว่าตำแหน่งที่หุ้มด้วยเยื่อช่องท้อง ด้วยวิธีเจาะเข้าไปใต้กระเพาะปัสสาวะ เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในอดีตกรณีที่มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก หรือมีการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำก่อนคลอด ปัจจุบันไม่นิยมทำผ่าตัดวิธีนี้เนื่องจาก (1) วิธีการผ่าตัดทำได้ยาก (2) มีการเสียเลือดจากการผ่าตัดมดลูก และ (3) ประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะในการรักษาการติดเชื้อดีขึ้น

### วิธีการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดท้องคลอด

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดท้องคลอดจะแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป คือการใช้ยาต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดกับทารก เนื่องจากยาบางชนิดสามารถผ่านจากรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความรีบด่วนของการผ่าตัดท้องคลอด ข้อบ่งห้าม ผลของยาระงับความรู้สึกต่อมารดา ระยะเวลาในการทำผ่าตัดท้องคลอด และความต้องการหรือความพึงพอใจของมารดาต่อวิธีการที่ใช้ระงับความรู้สึก หลักการพิจารณาเลือกใช้วิธีระงับความรู้สึกมีดังนี้

1. เป็นวิธีที่ปลอดภัยและมารดาพึงพอใจ
2. เป็นวิธีที่ไม่มีผลเสียต่อทารก
3. เป็นวิธีที่สูติแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้สะดวกและพึงพอใจ
4. เป็นวิธีที่วิสัญญีแพทย์มีความรู้ความชำนาญเพียงพอ

## ประเภทของการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดท้องคลอด

สามารถแบ่งประเภทของการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดท้องคลอดเป็น 2 ประเภท คือ

1. การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการให้ยาสลบ (General anesthesia: G.A.)
2. การระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia: R.A.)

### การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

เป็นวิธีที่ทำให้มารดาหมดความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ ด้วยการยับยั้งการส่งกระแสประสาทที่รับรู้ความเจ็บปวดไปยังสมอง และกีดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflex) และไม่รู้สึกตัว การระงับความรู้สึกวิธีนี้ทำได้ง่ายและรวดเร็ว ส่วนใหญ่ใช้ในกรณีที่ต้องการระงับความรู้สึกของมารดาอย่างรวดเร็วเพื่อทำผ่าตัดหรือมารดาปฏิบัติภารกิจระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ หรือมีข้อห้ามในการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีเนื้องอกหรือติดเชื้อบริเวณหลัง หรือเป็นวิธีที่บุคลากรในสถานพยาบาลนั้นมีความรู้ความชำนาญมากกว่าวิธีอื่น

#### ข้อดี

1. สามารถระงับความรู้สึกของมารดาเพื่อทำผ่าตัดท้องคลอดได้อย่างรวดเร็ว
2. ไม่มีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ
3. สามารถใช้ในมารดาที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดได้

#### ข้อเสีย

1. เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอด ถังค้ำน้ำและอาหารไม่เพียงพอ
2. มีการใช้ยาหลายชนิดทำให้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและการตกค้างของฤทธิ์

ยามากกว่าการใช้ยาชนิดเดียว

3. มีโอกาสเสียเลือดได้มากกว่าวิธีระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ
4. มีผลกีดการหายใจของทารกแรกเกิด

### ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีขั้นตอนดังนี้

1. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง ( $O_2$ 100%) สูดดมผ่านหน้ากาก (Mask) ก่อนนำสลบ (Preoxygenation)

2. การนำสลบ (Induction) เป็นการนำเข้าสู่การสลบด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous agents) หรือวิธีการสูดดม (Inhalation agents) ยาที่นิยมใช้นำสลบ คือ ไธโอเพนโทน (Thiopentone) ขนาด 4-7 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (จุดพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และ ชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2537)

3. การให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant agents) ด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) ได้สะดวก ยาที่นิยมใช้ เช่น ซัคซินิลโค

ลิน (Succinylcholine) อะทราคูเรียม (Atracurium) และวีคูโรเนียม (Vecuronium)

4. การใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation) ควรใส่ภายหลังกล้ามเนื้อหอย่นตัวพร้อมทั้งกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Cricoid cartilage) วิธีการนี้เรียกว่า เซลลิก แมนนูเวอร์ (Sellick's maneuver) วิธีนี้จะช่วยลดอัตราเสี่ยงในการสำลักน้ำและอาหารเข้าปอด (Gorrie, McKinney & Murray, 1998) และช่วยให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวก (วารสาร ธีโออินทร์, 2542)

5. การรักษาระดับความลึกของการสลบ (Maintenance) เป็นการให้ยา เช่น ไนตรัสออกไซด์ (Nitrous oxide) และไอโซฟลูเรน (Isoflurane) ร่วมกับออกซิเจนเพื่อให้มารดาสลบในระยะทำผ่าตัด และเมื่อทารกคลอดแล้วจะให้ยาสลบชนิดฉีดร่วมกับยาบรรเทาปวดและยาสงบประสาท

6. ระยะเวลาจากยาสลบ (Reverse) เมื่อทำผ่าตัดเสร็จจะปิดยาสลบชนิดสูดดม แล้วให้ออกซิเจน 100% พร้อมกับให้ยาด้านฤทธิ์ของยาหอย่นกล้ามเนื้อ เมื่อมารดารู้สึกตัวดีและไอได้แรงจะถอดท่อช่วยหายใจออกและให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงสุด

**ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย**

1. การสำลักเศษอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ (Pulmonary aspiration) เป็นภาวะเสี่ยงสูงในมารดาที่ต้องทำผ่าตัดท้องคลอดกรณีฉุกเฉิน เนื่องจากไม่ได้งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดหรือคนน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จึงมีอาหารเหลืออยู่ในกระเพาะอาหาร ซึ่งการสำลักเศษอาหารจะมีน้ำย่อยและกรดเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ จึงมีผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากสารเคมีตามมาได้

2. การเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) และภาวะออกซิเจนในเลือดลดลง (Hypoxemia) ของมารดาและทารกในครรภ์จากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (Difficult intubation) มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาคในระยะตั้งครรภ์แตกต่างไปจากขณะไม่ตั้งครรภ์ คือ มีการบวมของเนื้อเยื่อ (Soft tissue) ในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งกล่องเสียงและทรวงอกยังมีขนาดใหญ่ขึ้น (อังกฤษ ปรากการรัตน์, 2536) มีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ลำบาก หรือใส่เข้าไปในหลอดอาหาร (Esophageal intubation) หรือใส่ลึกลงไปในหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง (Endobronchial intubation)

3. การหายใจของมารดาและทารกถูกกดจากฤทธิ์ของยาสลบหรือยาระงับความรู้สึก

4. การอุดตันของระบบทางเดินหายใจ (Obstructed airway) เกิดขึ้นได้ทั้งระหว่างหรือหลังได้รับยาสลบ สาเหตุเกิดจากท่อช่วยหายใจอุดตันจากการหักงอ เสมหะอุดตัน กล่องเสียง (Larynx) บวมหรือหดเกร็ง และลื่นคกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ จึงทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมา

5. มารดาตื่นช้าหรือไม่ตื่น เนื่องจากการได้รับยาสลบมากเกินไป หรือร่างกายไม่สามารถทำลายหรือขับยาออกจากร่างกายได้ตามปกติ

6. การเจ็บคอ (Sore throat) เนื่องจากเกิดแผลในปากและคอ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้มารดาเกิดความรำคาญอย่างมาก อาการนี้พบมากกว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ถูกใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อดมยาสลบและจะหายไปเองภายใน 2-3 วัน (อังกฤษ ปรากการรัตน์, 2536)

## การระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ

เป็นการฉีดยาหรือระงับความรู้สึก เพื่อยับยั้งการส่งกระแสประสาท (Nerve impulse) ที่รับความรู้สึกเจ็บปวดจากบริเวณผ่าตัดไปยังสมอง ทำให้มารดาสูญเสียความรู้สึกเฉพาะบางส่วนของร่างกาย แต่ยังคงรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ทำผ่าตัด การระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณที่ใช้ในการผ่าตัดท้องคลอดมี 2 ชนิด คือ

1. การระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง (Central neural blockade)
2. การฉีดยาเฉพาะบริเวณที่ทำผ่าตัดท้องคลอด (Local infiltration)

หลังจากมารดาเสียชีวิต ทารกมีโอกาสรอดชีวิตร้อยละ 12 แต่ถ้าช่วยคลอดทารกช้ากว่า 16 นาที ทารกมีโอกาสรอดชีวิตร้อยละ 1.7 (Katz, et al., 1986 cited in O'Grady, et al.)

### 1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอด

การผ่าตัดท้องคลอดเป็นวิธีคลอดที่ช่วยมารดาและทารกให้พ้นอันตราย เนื่องจากไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ แต่การผ่าตัดท้องคลอดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ดังนี้

#### 1. ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

1.1 ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี (Anesthetic complication) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น เช่น ปอดอักเสบจากการสำลักน้ำหรืออาหาร (Aspiration pneumonia) ความดันโลหิตต่ำ การกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และปวดหลัง

1.2 ภาวะตกเลือด (Hemorrhage) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขณะทำและหลังผ่าตัดท้องคลอด (Postpartum hemorrhage) และถ้าเสียเลือดมากอาจเกิดภาวะช็อก (Hypovolumic shock) ได้ สาเหตุของภาวะตกเลือด เช่น การฉีกขาดของแผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกไปยังปากมดลูกหรือช่องคลอด การฉีกขาดของเส้นเลือดที่มามีเลือดมดลูก (Uterine vessels) และมดลูกหดตัวไม่ดี

1.3 การติดเชื้อ อากาไรไข้หลังคลอด (Puerperal febrile) เป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของการติดเชื้อ สามารถประเมินจากอุณหภูมิที่สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส เป็นเวลาติดต่อกัน 2 วัน แต่ไม่รวมอุณหภูมิที่สูงขึ้นในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (อังกฤษ พงศพิศโรจน์, 2540) การติดเชื้อที่พบบ่อยหลังผ่าตัด ได้แก่

1.3.1 การติดเชื้อที่มดลูก (Metritis) หรือเยื่อโพรงมดลูก (Endometritis) วินิจฉัยจากการมีไข้หลังคลอด น้ำคาวปลาผิดปกติ และการตรวจภายในพบว่าเจ็บบริเวณมดลูก

1.3.2 การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Infection wound) วินิจฉัยจากการมีไข้ร่วมกับแผล มีลักษณะอักเสบ หรือมีหนอง หรือแผลแยก

1.3.3 การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) วินิจฉัยจากการมีไข้ การถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือแสบขัดเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะมีลักษณะขุ่น และการตรวจปัสสาวะ



ด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 10 เซลล์ (10 cell/High powered field: HPF)

1.4 การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ กระเพาะ ปัสสาวะ

1.5 ท้องอืดจากลำไส้ทำงานลดลง (Paralytic ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและหลีกเลี่ยงยากหลังผ่าตัดท้องคลอด เกิดจาก (1) การระคายเคืองต่อลำไส้ขณะทำผ่าตัดท้องคลอด ทำให้ลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลง จึงเกิดการสะสมแก๊สในลำไส้ (2) ขาบางชนิดที่ได้รับขณะระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลงและ (3) การกลืนอากาศเข้าไปพร้อมกับน้ำลายหรือกลืนเข้าไปขณะมีอาการคลื่นไส้ในระยะที่มารดาขังรู้สึกตัวไม่ดี ทำให้กระเพาะอาหารมีการยืดขยายภาวะนี้มีผลทำให้ระบบทางเดินอาหารทุกส่วนทำงานลดลงยกเว้นหลอดอาหาร และส่วนใหญ่จะตรวจพบอาการในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถประเมินจากอาการท้องอืดและการได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือหายไป (Roberts, 2000)

1.6 การทำงานของลำไส้ใหญ่ผิดปกติ หรือกลุ่มอาการ โอกิลวี (Ogilvie's syndrome) หรือภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันเทียมชนิดเฉียบพลัน (Acute colonic pseudo-obstruction) เป็นภาวะที่พบภายหลังทำผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะการผ่าตัดท้องคลอด ซึ่งสามารถแสดงอาการได้อย่างรวดเร็วในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด แต่ส่วนใหญ่จะเกิดอาการอย่างช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 3-7 วันหลังผ่าตัด สาเหตุเกิดจากลำไส้ใหญ่มีการยืดขยายมากกว่าปกติอย่างเฉียบพลัน โดยไม่มีการอุดตัน เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nerve) ที่ออกจากกระดูกเซครัม (Sacrum) ระดับ 2-4 (S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub>) ให้ทำงานลดลง หรือมีผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่สมดุลกัน ซึ่งประเมินภาวะนี้จากอาการท้องอืดและการได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ดังกังหรือบ่อบ่งขึ้น (High-pitched หรือ Hyperactive) นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หรือท้องเสีย และบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนเกิดการทะลุของลำไส้ใหญ่ได้ (Roberts, 2000)

## 2. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก

2.1 การบาดเจ็บต่อทารกขณะทำการผ่าตัดท้องคลอด เช่น ปลายมีดกรีด ไปถูกทารก ในขณะที่กรีดผนังมดลูก แขนหรือขาหักจากการทำคลอดลำบาก

2.2 ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะหลังคลอด (Transient Tachypnea of the newborn: TTNB หรือ Wet-lung disease) เกิดจากทรวงอกของทารกที่คลอດด้วยการผ่าตัดท้องคลอดไม่ได้รับการบีบรัด (Thoracic squeeze) จากช่องคลอดทำให้การขจัดสารน้ำในปอด (Lung fluid) ออกไปจากปอดล่าช้า ทำให้ทารกมีอาการหายใจเร็ว (Tachypnea) โดยประเมินจากอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที (Littleton & Engebretson, 2002) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทันทีหลังคลอดและจะดีขึ้นเมื่อทารกอายุ 48-72 ชั่วโมง (สาริต โทตระกิตย์, 2536) และสามารถหายใจได้เองด้วยการดูแลแบบประคับประคองโดยให้ออกซิเจนที่มีความชื้นเมื่อมีอาการขาดออกซิเจน รักษาอุณหภูมิกายและรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ศกภาพรรณ เกียรติชูสกุล, 2545)

## การผ่าตัดท้องคลอดซ้ำ (Repeat caesarean section)

การผ่าตัดท้องคลอดซ้ำในรายที่เคยผ่าตัดท้องคลอดมาก่อน เป็นแนวคิดที่ทำกันมาเป็นเวลานาน ตามคำกล่าวที่ว่า ถ้าเคยผ่าตัดท้องคลอดจะต้องทำผ่าตัดท้องคลอดตลอดไป (Once a caesarean section, always a caesarean section) เนื่องจากในอดีตการผ่าตัดท้องคลอดทำที่บริเวณส่วนบนของมดลูก จึงมีอุบัติการณ์ของการเกิดมดลูกแตกในครรภ์ต่อมาสูง ทำให้แพทย์ตัดสินใจทำผ่าตัดท้องคลอดซ้ำเมื่อมารดาอายุครรภ์ 38-39 สัปดาห์ หรือก่อนเจ็บครรภ์คลอด แต่ในกรณีที่มารดาจำประจำเดือนไม่ได้ หรือจำประจำเดือนได้ไม่แน่นอน แพทย์จะทำผ่าตัดท้องคลอดภายหลังจากการตรวจหาความสมบูรณ์ของปอดของทารกในครรภ์ (Fetal pulmonary maturity) โดยนำน้ำคร่ำจากการทำแอมมิโอเซนทิส (Amniocentesis) มาตรวจเพื่อหาระดับเล็คซิซินและสฟิงโกมายลิทิน (Lecithin:Sphingomyelin ratio หรือ L:S ratio) ซึ่งปกติควรมากกว่า 2.4:1 (Beischer, Mackay & Colditz, 1997) หรือรอจนเจ็บครรภ์ (Spontaneous labor) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (Respiratory distress syndrome: RDS) จากการทำผ่าตัดท้องคลอดในขณะที่ทารกมีอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด ปัจจุบันการผ่าตัดท้องคลอดส่วนใหญ่ทำที่บริเวณส่วนล่างของมดลูกในแนวขวาง ทำให้อัตราการแตกของมดลูกลดลง จึงมีการลองให้มารดาคลอดเองทางช่องคลอด พบว่าสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย ถ้าได้รับการประเมินและดูแลที่มีประสิทธิภาพจากแพทย์และพยาบาล สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันยังใช้หลักการทำผ่าตัดท้องคลอดซ้ำในกรณีที่เคยผ่าตัดท้องคลอดมาก่อนเป็นส่วนใหญ่ แต่ในบางครั้งจะพบการคลอดทางช่องคลอดภายหลังเคยผ่าตัดท้องคลอดในบางกรณี เช่น มารดามาถึงโรงพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด คือปากมดลูกเปิดหมดและส่วนนำลงต่ำ รวมทั้งไม่สามารถเตรียมผ่าตัดท้องคลอดได้ทัน ทำให้จำเป็นต้องช่วยคลอดทางช่องคลอด

## 2. บทบาทการพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด

การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. การพยาบาลมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอด (Preoperative care) เป็นการให้การพยาบาลตั้งแต่มารดาตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดท้องคลอดจนกระทั่งถึงเมื่อมารดาได้รับการส่งไปห้องผ่าตัด
2. การพยาบาลมารดาขณะทำผ่าตัดท้องคลอด (Intraoperative care) เป็นการให้การพยาบาลตั้งแต่มารดาเข้าห้องผ่าตัดจนถึงมารดาย้ายออกจากห้องผ่าตัด
3. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด (Postoperative care) เป็นการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดท้องคลอดจนกระทั่งมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามปกติ

### การพยาบาลมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอด

การพยาบาลมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอดในแต่ละรายอาจมีรายละเอียดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ที่ต้องรับทำผ่าตัดท้องคลอด แต่จะมีหลักการเหมือนกันดังนี้

1. การประเมินความพร้อมของมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอด
2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด
3. การเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด

#### การประเมินความพร้อมของมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอด

การประเมินความพร้อมของมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอด จะช่วยให้แพทย์และพยาบาลทราบความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดา วิธีการประเมินประกอบด้วย

#### 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด

1.1 การซักประวัติ พยาบาลควรถามประวัติของมารดาก่อนผ่าตัดท้องคลอดเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เช่น แพทย์นัดทำผ่าตัดท้องคลอดเนื่องจากทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ ประวัติทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา เช่น ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติการแท้ง และประวัติประจำเดือน ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เช่น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำใสๆออกทางช่องคลอดไม่ได้รับการรักษาจนถึงวันแพทย์นัดตรวจครรภ์จึงมาโรงพยาบาล ประวัติสุขภาพในอดีต เช่น การผ่าตัด การติดเชื้อ โรคทางอายุรกรรม การแพ้ยาและอาหารแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ประวัติสุขภาพในครอบครัว เช่น โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคติดต่อร้ายแรงและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดท้องคลอด เช่น อายุ ภาวะโภชนาการ การติดเชื้อในร่างกายหรือบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด ภาวะสุขภาพ และการได้รับยา

1.2 การตรวจร่างกาย พยาบาลควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดในตำแหน่งที่สำคัญเพื่อประเมินปัญหาและหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจทารก ความสัมพันธ์ของขนาดของครรภ์กับอายุครรภ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทรวงอก ปอด และผิวหนังของมารดาตามวิธีการตรวจร่างกาย คือ การดู การคลำ การเคาะ และการฟัง

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่มาฝากครรภ์ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) หมู่เลือด (Blood group) การตรวจน้ำเหลืองเพื่อทดสอบหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) เชื้อไวรัสอับอักเสบนิกิต (HBsAg) และภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอดส์ (Anti-HIV) การตรวจปัสสาวะเพื่อหาน้ำตาลและไข่ขาว (Albumin) การตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัดท้องคลอด ได้แก่

1.3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดเพื่อหาภาวะ โลหิตจาง และใช้เป็นเกณฑ์การประเมินหลังผ่าตัดท้องคลอด

1.3.2 การตรวจหาหมู่เลือดและการเข้ากันได้ของหมู่เลือดของผู้ให้และผู้รับ (Type and crossmatch) พร้อมกับจองเลือดเพื่อเตรียมไว้ใช้ในกรณีที่มีการเสียเลือดปริมาณมากๆ ในขณะที่ทำผ่าตัดท้องคลอดหรือหลังผ่าตัดท้องคลอด ซึ่งอาจจำเป็นต้องให้เลือด แต่ส่วนใหญ่ในการผ่าตัดท้องคลอดจะเสียเลือดไม่มาก จึงไม่จำเป็นต้องให้เลือดที่เตรียมไว้

1.3.3 การตรวจน้ำเหลืองเพื่อทดสอบหาเชื้อซิฟิลิส เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอดส์ก่อนผ่าตัดท้องคลอด ในรายที่ไม่ทราบผลการตรวจในขณะตั้งครรภ์จะตรวจทั้งหมด แต่ในรายที่ทราบผลการตรวจในขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไม่ตรวจซ้ำหรือตรวจซ้ำในบางเรื่อง เช่น ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอดส์

1.3.4 การวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) ส่วนใหญ่จะตรวจในรายที่พบว่ามี ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ แต่ในสถาบันบางแห่งจะตรวจก่อนทำผ่าตัดท้องคลอดทุกราย

1.3.5 การตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest x-rays) สถาบันบางแห่งจะตรวจก่อน ทำผ่าตัดท้องคลอดเพื่อหาความผิดปกติของปอดและหัวใจ แต่ส่วนใหญ่ในการผ่าตัดท้องคลอดจะไม่ได้ ตรวจ ยกเว้นมีอาการของโรคปอดหรือโรคหัวใจมาก่อนหรือมีภาวะเสี่ยง เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์ปกติ สามารถประเมินเพื่อคัดกรองความจำเป็นในการตรวจจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

1.3.6 การตรวจอื่นๆ ในรายที่มีความผิดปกติ เช่น การตรวจหาความสมบูรณ์ ของปอดของทารกในครรภ์ ในกรณีที่มารดามีประวัติประจำเดือนไม่แน่นอนหรือประจำเดือนไม่ได้ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG) ในรายที่เป็นโรคหัวใจ

## 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด

มารดาที่เข้ารับการทำผ่าตัดท้องคลอดจะมีความวิตกกังวลและความกลัวอยู่หลายประการ โดยเฉพาะมารดาที่เคยมีประสบการณ์ด้านลบต่อการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลและความกลัวมากกว่าปกติ ความกลัวของมารดามีสาเหตุหลายประการ เช่น กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวเสียชีวิต กลัวการอยู่คนเดียว กลัวการดมยาสลบ กลัวภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลัวแพทย์ที่ทำผ่าตัดไม่มีความชำนาญ กลัวปวดแผล และไม่สุขสบายหลังการผ่าตัด ส่วนความวิตกกังวลของมารดา เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล การดูแลบุตรคนก่อน สามี และบ้าน ความกลัวและความวิตกกังวลอาจเชื่อมโยงไปถึงการ เตรียมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดและสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดและทราบการเปลี่ยนแปลงของมารดา มากที่สุด ควรจะประเมินภาวะจิตสังคมของมารดาจากสอบถามความรู้สึก ความวิตกกังวลหรือความ กลัวต่อการผ่าตัดท้องคลอดตั้งแต่พูดคุยซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมหรือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ของมารดาที่แสดงออกถึงความพร้อมที่จะรับการผ่าตัดท้องคลอด โดยมารดาอาจ แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวลหรือความกลัวออกมาให้เห็น เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า รับประทานอาหารได้น้อย และพูดคุยซักถามเรื่องเดิมๆ ที่วิตกกังวลอยู่

### การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด

การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

#### 1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายวันก่อนผ่าตัดท้องคลอด

การทำผ่าตัดท้องคลอดกรณีที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะรับมารดาไว้ในโรงพยาบาลก่อน

ผ่าตัดท้องคลอด 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อมและตรวจสอบความเรียบร้อย สถาบันบางแห่งอาจรับมารดาไว้ในช่วงเช้าของวันผ่าตัดก็ได้ แต่มารดาต้องได้รับการตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนผ่าตัดท้องคลอด เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะเสี่ยงจากการผ่าตัดท้องคลอดและการได้รับขาระงับความรู้สึก และต้องมีการเตรียมตัวและงนน้ำและอาหารล่วงหน้ามาจากบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ในกรณีต้องทำผ่าตัดท้องคลอดฉุกเฉินการเตรียมก่อนผ่าตัดท้องคลอดจะทำในวันเดียวกัน การเตรียมร่างกายวันก่อนผ่าตัดท้องคลอดประกอบด้วย

**1.1 การเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์** เป็นการดูแลให้ผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัดสะอาดที่สุดเพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อยู่บนผิวหนัง ด้วยการทำความสะอาดและโกนขนบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ในวันก่อนผ่าตัด แต่ปัจจุบันมีบางสถาบันได้ยกเลิกการโกนขนบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ บางแห่งจะโกนขนเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งหมดหรือบางส่วน เนื่องจากเหตุผลที่ได้จากการศึกษาว่า การโกนขนบริเวณที่ทำผ่าตัดและไม่โกนขน ไม่มีความแตกต่างในเรื่องการลดอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการโกนขนอาจทำให้เกิดรอยถลอกเล็กๆที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าทำให้เชื้อโรคเข้าไปในผิวหนังมีผลให้เกิดการติดเชื้อ ดังการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยวิธีโกนขนด้วยมีดโกน ใช้เครื่องตัดขน ใช้เครื่องโกนขนไฟฟ้า และการฟอกผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคโดยไม่มีการโกนขน พบว่า แผลผ่าตัดมีการติดเชื้อร้อยละ 2.5, 1.7, 1.4 และ 0.9 ตามลำดับ (Cruse & Foord, 1980 อ้างในนันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) จากการศึกษาอาจสรุปได้ว่าการฟอกผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคโดยไม่มีการโกนขนมีอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดน้อยที่สุด

ดังนั้นในการผ่าตัดท้องคลอดของสถาบันบางแห่งจะพิจารณาว่าบริเวณหน้าท้องมีขนมากจนเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าไม่มีจะไม่มีโกนขนบริเวณหน้าท้องแต่จะใช้วิธีการทำความสะอาดหน้าท้องในห้องผ่าตัดเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ แต่ถ้าบริเวณหน้าท้องมีขนมากอาจใช้กรรไกรเล็กๆตัดขนออกแทนการโกน หรือบางแห่งอาจใช้วิธีโกนก็ได้ ส่วนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะโกนขนบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับนโยบายแต่ละแห่ง

**1.2 การเตรียมเลือด** ควรเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมก่อนผ่าตัดท้องคลอดอย่างน้อย 1 ยูนิต (Unit) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) ภาวะเสี่ยงต่อการเสียเลือดในขณะและหลังผ่าตัดท้องคลอด เช่น รกเกาะต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

**1.3 การงดน้ำและอาหาร (Nothing per oral:NPO)** ควรงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดท้องคลอดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Cunningham, et al., 2001) ในตำราบางเล่มอาจกำหนดให้งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (Beischer, Mackay & Colditz, 1997; ธีระ ทองสง จตุพล ศรีสมบุญ และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539) แต่ส่วนใหญ่ถ้าการผ่าตัดท้องคลอดกำหนดไว้ล่วงหน้าจะให้งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หรือถ้าทำผ่าตัดท้องคลอดช่วงบ่ายอาจให้งดน้ำและอาหารในเช้าวันที่ทำผ่าตัด แต่กรณีได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินและให้ขาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแล้วมารดาคนน้ำและอาหารไม่นานพอ แพทย์จะ

ให้ยาเพื่อป้องกันการดูดน้ำและอาหารเข้าปอด ยาที่นิยมให้คือ ยากลุ่มต้านฤทธิ์ฮีสตามีน 2 ( $H_2$  receptor antagonist) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 190 นาทีก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ รานิติดีน (Ranitidine) หรือให้เมโทโคลพราไมด์ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 10-15 นาทีก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ยาทั้ง 2 ชนิดนี้จะช่วยลดปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (Gastric volume) นอกจากนี้เมโทโคลพราไมด์ยังมีประสิทธิภาพเพิ่มความแข็งแรงของหูรูดด้านบนของกระเพาะอาหาร (Esophageal sphincter tone) ลดภาวะแทรกซ้อนจากการดูดน้ำหรือเศษอาหารเข้าปอด (อังกาบ ปรากฏรัตน์, 2536) แต่ในบางสถาบันถึงแม้มารดาจะงดน้ำและเศษอาหารครบตามเวลาที่กำหนด แต่แพทย์ยังให้ยาในกลุ่มนี้เพื่อลดภาวะเสี่ยงจากการดูดน้ำหรือเศษอาหารเข้าปอดก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

**1.4 การลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดท้องคลอด** ก่อนที่จะให้มารดาลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดท้องคลอด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดท้องคลอดแก่มารดาและครอบครัวที่ถูกต้องและเพียงพอ เช่น ผลดีและผลเสียของการผ่าตัดท้องคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะและหลังผ่าตัดท้องคลอด เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดท้องคลอด แต่ไม่ควรทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความกลัว เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดท้องคลอด จากนั้นจึงให้ลงชื่อยินยอมผ่าตัดต่อหน้าครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่สามารถเป็นพยานได้

**1.5 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายบนเตียง (Bed exercises)** เป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นต้องให้แก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด การออกกำลังกายบนเตียงจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานๆ และเป็นการเตรียมพร้อมก่อนลุกเดินของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอดเข้าใจเหตุผลและประโยชน์ของการออกกำลังกายบนเตียง สาธิตวิธีการออกกำลังกายและให้มารดาฝึกปฏิบัติเองหลังจากได้รับการสอน รวมทั้งแนะนำและกระตุ้นให้มารดาเริ่มทำตั้งแต่วินาทีหลังผ่าตัดท้องคลอดและทำทุก 1-2 ชั่วโมง การออกกำลังกายบนเตียงประกอบด้วยวิธีการดังนี้

**1.5.1 การหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise)** มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือได้รับยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด (Narcotics) เช่น มอร์ฟีน เพริดีน ยาที่ได้รับจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการหายใจทำให้มารดาหายใจตื้นๆมีผลให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่ พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงและมีเสมหะคั่งค้างในระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เช่น ถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดบวมเฉพาที่ (Hypostatic pneumonia) การหายใจเข้าๆ ลึกๆ ให้เต็มที่ จะช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ และแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนได้ดี ส่วนการหายใจออกยาวๆ จะช่วยขับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ออกสู่ภายนอกได้มากขึ้น วิธีการฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ มีดังนี้

(1) ให้มารดานอนในท่าสบายใช้มือข้างใดข้างหนึ่งวางบนทรวงอก เพื่อรับรู้การเคลื่อนไหวของปอด และมีมืออีกข้างหนึ่งวางไว้บนหน้าท้องหรือประคองแผลไว้เพื่อลดการสั่น

สะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด

(2) ให้มารดาหายใจเข้าทางจมูกช้าๆลึกๆให้เต็มที่ มารดาจะรับรู้ว่าการทรวงอกยกตัวขึ้นแต่ไหล่ทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดิม เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วให้นับ 1-3 แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆยาวๆ แล้วจึงเริ่มหายใจเข้าทางจมูกใหม่

(3) ให้ฝึกการหายใจอย่างน้อย 10-15 ครั้ง หรือตามความต้องการของมารดา และควรฝึกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งก่อนผ่าตัดท้องคลอด ในระยะแรกของการฝึกถ้ามีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ควรหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆภายหลังฝึกการหายใจ 5 ครั้งติดต่อกัน

**1.5.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)** มารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือได้รับยาบรรเทาปวดชนิดเสพติดหลังผ่าตัดท้องคลอด จะมีการกั๊กก้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจได้ การไอเป็นกลไกป้องกันตนเองของร่างกายวิธีหนึ่งที่ช่วยกำจัดเสมหะในระบบทางเดินหายใจ แต่การไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาสามารถขับเสมหะออกไอได้ดี วิธีการฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพมีดังนี้

(1) ให้มารดาหายใจเข้าออกลึกๆตามวิธีที่กล่าวมาแล้วข้างต้นประมาณ 2-3 ครั้งและครั้งสุดท้ายให้หายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้ นับ 1-3 แล้วไอออกมาจากส่วนลึกๆของลำคอ 1-2 ครั้ง ในระหว่างไอควรใช้มือหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไว้ เพื่อลดการสั่นสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัดทำให้ไม่เจ็บแผลเพิ่มขึ้นขณะไอ

(2) ให้มารดาฝึกทำพร้อมกับแนะนำให้นำไปปฏิบัติหลังผ่าตัดท้องคลอดภายหลังหายใจเข้าออกลึกๆเมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะในระบบทางเดินหายใจ

**1.5.3 การออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง (Leg exercises)** การออกกำลังกายขาเป็นวิธีช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่บริเวณส่วนล่างของร่างกายให้ดีขึ้นลดการกั๊กก้างของเลือดดำบริเวณส่วนปลายขา ป้องกันอาการบวมและการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กล้ามเนื้อตึงตัวดี ช่วยให้สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกเดินได้เร็ว ช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวและป้องกันการเกิดอาการท้องอืด มารดาหลังผ่าตัดควรปฏิบัติประมาณ 10-12 ครั้งทุกๆ 1-2 ชั่วโมง (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000) หรือประมาณ 5 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง (Pillitteri, 1999)

**1.5.4 การพลิกตะแคงตัว (Turning)** การพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าเป็นวิธีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของลำไส้ มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ในขณะที่เปลี่ยนท่าควรใช้มือหรือหมอนวางทาบบนแผลผ่าตัด เพื่อประคองบริเวณแผลผ่าตัดไว้เป็นการบรรเทาการปวดแผลผ่าตัดขณะเปลี่ยนท่า

**1.6 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation)** การลุกเดินโดยเร็วภายหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมารดาในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและระบบทางเดินอาหาร ส่งเสริมให้แผล

หายเร็ว ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้มารดาและครอบครัวทราบความจำเป็นของการลุกเดินโดยเร็ว เพื่อให้มารดาและครอบครัวเข้าใจ ตระหนักถึงความจำเป็นและให้ความร่วมมือก่อนที่จะช่วยมารดาลุกเดิน ควรมีการเตรียมร่างกายของมารดาให้พร้อมด้วยการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกายบนเตียงตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทันที (Acute orthostatic hypotension) การช่วยมารดาลุกเดินควรเริ่มจากการปรับหัวเตียงให้สูงขึ้น ถ้ามารดาไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืดจึงช่วยพยุงนั่งบนเตียง นั่งห้อยขา ยืนข้างเตียง และเดินตามลำดับ

1.7 การพักผ่อน การที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัดท้องคลอด มีผลให้มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดท้องคลอดมากขึ้น และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอในคืนก่อนผ่าตัดท้องคลอด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม พยาบาลจึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และไม่มีเสียงรบกวนมากเกินไป เพื่อช่วยให้มารดาหลับสบายและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

## 2. การเตรียมความพร้อมของร่างกายวันผ่าตัดท้องคลอด

การผ่าตัดท้องคลอดกรณีที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจะมีการประเมินและการเตรียมความพร้อมของร่างกายไว้ก่อนในบางส่วนแล้ว ดังนั้นในวันผ่าตัดท้องคลอดพยาบาลมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมของร่างกายดังนี้

2.1 การตรวจสอบความพร้อมของมารดาและความเรียบร้อยในการเตรียมผ่าตัดท้องคลอดที่ทำไปแล้วในวันก่อนผ่าตัด เช่น การงนน้ำและอาหาร การนอนหลับ การเตรียมผิวหนัง การลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดท้องคลอด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และรายงานอาการของมารดาในวันก่อนผ่าตัดท้องคลอด

2.2 การสวนอุจจาระ ส่วนใหญ่ทำในเช้าวันผ่าตัดท้องคลอด สถาบันบางแห่งจะสอบถามการขับถ่ายอุจจาระ ถ้ามารดาถ่ายอุจจาระในตอนเช้าวันผ่าตัดท้องคลอดแล้ว จะงดสวนอุจจาระ

2.3 การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ให้มารดาแปรงฟัน อาบน้ำ สระผม และเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เรียบร้อยเพื่อรอเข้ารับการผ่าตัดท้องคลอด

2.4 การเก็บของมีค่า เครื่องประดับ ฟันปลอม คอนแทค เลนส์ (Contact lens) พยาบาลควรแนะนำให้มารดาฝากของมีค่าไว้กับสามีหรือญาติ ถ้าญาติยังไม่มาให้ฝากไว้กับหัวหน้าคึกหรือพยาบาลประจำการ และควรบันทึกเกี่ยวกับการฝากของไว้เป็นหลักฐาน

2.5 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นการให้เพื่อชดเชยในระหว่างงนน้ำและอาหาร และปรับสภาพร่างกายให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัดท้องคลอด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำควรใช้เข็มขนาดใหญ่ (เบอร์ 18 หรือ 20) เพื่อสามารถให้สารน้ำอย่างรวดเร็วหรือให้เลือดในกรณีฉุกเฉินได้ สารน้ำที่นิยมให้ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ริงเกอร์แลคเตท อะเซต้า และ 5 เปอร์เซ็นต์เดกซ์โทรสในน้ำเกลืออินน์ (5%Dextrose in saline) โดยทั่วไปมารดาควรได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในระหว่างผ่าตัดท้องคลอดประมาณ 1,000–2,000 มิลลิเมตร (ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, 2538)



2.6 การใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย เพื่อสังเกตปริมาณของปัสสาวะและเป็นการระบายปัสสาวะออกทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง จึงเห็นมดลูกส่วนล่างชัดเจนและไม่ขัดขวางในขณะที่ทำผ่าตัดท้องคลอด รวมทั้งยังป้องกันอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะจากการผ่าตัดท้องคลอด ในสถาบันบางแห่งจะใส่สายสวนปัสสาวะที่หอผู้ป่วยก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด แต่บางแห่งจะใส่สายสวนปัสสาวะในห้องผ่าตัดภายหลังให้ยาระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง

2.7 การประเมินและบันทึกอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจทารกไว้ในรายงานทางการพยาบาล เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของมารดาและทารกในครรภ์ และใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบกับขณะทำผ่าตัดท้องคลอดและหลังผ่าตัดท้องคลอด

2.8 การให้ยาก่อนผ่าตัดท้องคลอด (Premedication) พยาบาลจะให้ยาก่อนผ่าตัดท้องคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ในบางสถาบันจะให้ยาก่อนผ่าตัดท้องคลอดเมื่อมีการแจ้งจากห้องผ่าตัดว่าจะมารับมารดาเข้าห้องผ่าตัดเพื่อจะได้ออกฤทธิ์ตามเวลาที่ต้องการ ยาที่นิยมให้ก่อนผ่าตัดท้องคลอด ได้แก่

2.8.1 กลุ่มยาที่ให้เพื่อลดปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและป้องกันการดูดกลืนหรืออาหารเข้าปอด เช่น รાયติดีน และเมโทโคลพราไมด์ เป็นต้น

2.8.2 กลุ่มยาที่ให้เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Prophylactic antibiotic) การให้ยาปฏิชีวนะแก่มารดาที่ผ่าตัดท้องคลอดจะแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน บางสถาบันจะให้ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากการศึกษาผลการให้ยาปฏิชีวนะในการผ่าตัดท้องคลอดตามภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยศึกษาย้อนหลังในมารดา 578 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การมีน้ำเดินก่อนผ่าตัด การเจ็บครรภ์เกิน 12 ชั่วโมง และภาวะน้ำคร่ำเขียวข้น มารดากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง มีการติดเชื้อร้อยละ 53.5 การให้ยาปฏิชีวนะในมารดากลุ่มนี้จะช่วยลดการติดเชื้อหลังผ่าตัดท้องคลอดและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ส่วนมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำมีการติดเชื้อร้อยละ 3.7 การให้ยาปฏิชีวนะในมารดากลุ่มนี้ไม่มีผลต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดท้องคลอดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (สุพรรณิ ประคิษฐ์ศตาวงษ์, 2545)

วิธีการให้ยาปฏิชีวนะมีหลายวิธี มีทั้งให้ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดท้องคลอด วิธีที่นิยมใช้ คือ การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำในขณะที่ผ่าตัดท้องคลอดครั้งเดียว ภายหลังหนีบสายสะดือทารกแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกได้รับยาที่ให้กับมารดาไปด้วยและทำให้ประเมินการติดเชื้อของทารกได้ยาก (จตุพล ศรีสมบูรณ์ อภิชาติ โอปารัตนชัย และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2537) แต่ในสถาบันบางแห่งถึงแม้มารดามีความเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อต่ำ ก็ยังนิยมให้ยาปฏิชีวนะขณะและหลังผ่าตัดท้องคลอด หรือบางแห่งให้ก่อนและหลังผ่าตัดท้องคลอด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบการควบคุมเชื้อในห้องผ่าตัด ส่วนการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการผ่าตัดท้องคลอด ควรเลือกยาที่มีประสิทธิภาพทำลายเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ราคาถูก และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก ยาปฏิชีวนะที่นิยมใช้ ได้แก่ แอมพิซิลลิน (Ampicillin) ยากลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) และการให้อะม็อกซิซิลลิน (Amoxycillin) ร่วมกับคลาวาโนมิกแอซิด

(Clavulanic acid) (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, รัตนา ไพศาลตันติวงศ์ และมานิต ศรีประ โมทย์, 2541)

2.9 การตรวจดูความเรียบร้อยของมารดาและรายงานทางการพยาบาล ตลอดจนเตรียมอุปกรณ์ ยา และสารน้ำ ที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดให้พร้อม

2.10 การเตรียมเตียงให้อยู่ในสภาพพร้อมรับมารดาจากห้องผ่าตัด ด้วยการเตรียมผ้าขาง ผ้าขาง และผ้าห่ม รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์หรือของใช้ที่จำเป็น เช่น เสอาแขวนน้ำเกลือ ป้ายงคน้ำและอาหาร และแผ่นสำหรับย้ายมารดาจากรถนอนลงเตียง (Patslide®)

#### การเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด

การเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ที่ช่วยให้มารดาลดความวิตกกังวล ความกลัว มีความเชื่อมั่นและรู้สึกปลอดภัยในการผ่าตัดท้องคลอด จากการศึกษาการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารดาเข้ารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรม สูตินรีเวช หรือออร์โทปิดิกส์ จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับพอใจมากต่อการเยี่ยมโดยพยาบาลทั้งด้านพยาบาลผู้ที่เข้าเยี่ยมและด้านข้อมูลที่ได้รับ (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2544) ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพให้เป็นที่ไว้วางใจ สามารถทำได้ด้วยการพูดคุยอย่างนุ่มนวล การให้ความสนใจต่อความต้องการของมารดาและครอบครัว การเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกและตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ

2. การให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดท้องคลอดแก่มารดาและครอบครัว เพื่อให้มารดาและครอบครัวมีความเข้าใจ สบายใจ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่พยาบาลควรให้แก่มารดาและครอบครัวที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่มารดาต้องเผชิญ (Procedural information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มารดาต้องเผชิญ เครื่องมือต่างๆ และกิจกรรมทางการพยาบาลที่มารดาควรได้รับก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดท้องคลอด เช่น การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด วิธีการผ่าตัดท้องคลอด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพห้องผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอด

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกในขณะที่และหลังผ่าตัดท้องคลอด เช่น กรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มารดาจะรู้สึกง่วงนอนเนื่องจากได้รับยาคลายความวิตกกังวล ต่อมาจะไม่รู้สึกตัวจนกว่าผ่าตัดเสร็จสิ้นลง และหลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลม ส่วนกรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลังจะเริ่มหมดความรู้สึกบริเวณขาและเพิ่มขึ้นจนถึงหน้าท้อง ต่อมาจะรู้สึกลำตัวลอยอยู่บนอากาศ

ไม่ติดอยู่กับเตียง แต่ยังรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด

กลุ่มที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (Instruction information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต้องถอด เช่น การทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด การจัดทำนอน การหายใจอย่างถูกวิธี การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกายหลังผ่าตัด

3. การสอนวิธีการเผชิญความเครียด เป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้มีความวิตกกังวลลดลง และใช้บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้ วิธีการเผชิญความเครียดมีดังนี้

3.1 การลดสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่ทำให้มารดาวิตกกังวลมากขึ้น เช่น การจัดสภาพแวดล้อมที่สงบเงียบ ท่าที่ที่สุขุมของพยาบาล

3.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด การฟังจุดสนใจ และการใช้เทคนิคการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ และค่อยๆ ผ่อนหายใจออก

3.3 การใช้กิจกรรมอื่นๆ เช่น การใช้เสียงดนตรี การใช้หลักธรรมะทางศาสนา มาปฏิบัติ เพื่อให้มารดามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและคลายความวิตกกังวลลง

4. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ครอบครัวเป็นผู้รับฟังความรู้สึกของมารดาที่ดีที่สุด และช่วยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของมารดา ด้วยการเอาใจใส่ดูแล พุดคุย เป็นที่ระบายความรู้สึก และผ่อนคลายความตึงเครียด ให้กำลังใจ และช่วยหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่ออธิบายให้มารดาเข้าใจมากขึ้น รวมทั้งเตรียมสิ่งของ เครื่องใช้ และสถานที่ให้พร้อมเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่

#### การพยาบาลมารดาขณะทำผ่าตัดท้องคลอด

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีหน้าที่ให้การพยาบาลมารดาและทารกในครรภ์ขณะทำผ่าตัดท้องคลอด ดังนี้

##### 1. การเตรียมมารดาเพื่อทำผ่าตัดท้องคลอด

1.1 การเตรียมด้านจิตใจ เมื่อรับมารดาอยู่ในห้องรอผ่าตัด ไม่ควรปล่อยให้มารดาอยู่ตามลำพัง ควรอยู่เป็นเพื่อนและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา ด้วยการพูดคุยสอบถามความรู้สึก ความต้องการ ตอบคำถามที่มารดาสงสัย และเป็นผู้ฟังที่ดีในการรับฟังระบายนความรู้สึก รวมทั้งอธิบายขั้นตอนและบอกเหตุผลก่อนให้การพยาบาล

##### 1.2 การเตรียมด้านร่างกาย

1.2.1 ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกที่จะรับการผ่าตัดท้องคลอด ด้วยการตรวจสัญญาณชีพของมารดา อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เวลาที่งอข้อศอกและอาหารและความสะอาดของร่างกาย

1.2.2 ดูแลสารน้ำทางหลอดเลือดดำและสายสวนปัสสาวะให้ทำงานได้ดี รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการใส่สายสวนปัสสาวะ

2. การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดท้องคลอดและช่วยทารก พยาบาลควรเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมใช้งาน โดยเฉพาะเครื่องดูดเสมหะและออกซิเจน

3. การรายงานกุมารแพทย์ เพื่อทำหน้าที่ดูแลทารกแรกเกิด สถาบันบางแห่งจะให้พยาบาลจากห้องคลอดเป็นผู้ดูแล จึงควรแจ้งให้ทราบก่อนเพื่อเตรียมดูแลทารกทันทีหลังคลอด

#### 4. การดูแลมารดาขณะทำผ่าตัด

4.1 จัดท่านอนให้มารดา การจัดท่านอนขณะมารดาได้รับยาระงับความรู้สึก ถ้ามารดาได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะจัดท่านอนหงายราบ (Dorsal position) ซึ่งเป็นท่าที่ใช้ทำผ่าตัดท้องคลอด คือ นอนหงายราบขาเหยียดตรง แขนทั้งสองข้างวางบนที่วางแขน (Arm board) ให้แขนกางไม่เกิน 90 องศา หงายฝ่ามือขึ้น มีผ้ารัดข้อมือและเหนือเข่าและควรวัดนมคลุกให้เอียงไปด้านซ้ายหรือใช้หมอนรองใต้สะโพกเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในท่านอนหงายจากการที่มดลูกกดทับหลอดเลือด (Pillitteri, 1999) แต่ถ้ามารดาได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าบริเวณไขสันหลังจะจัดให้นอนตะแคงซ้ายหลังชิดขอบเตียง งอเข่าทั้งสองข้างและให้มารดาใช้มือดึงเข่าทั้ง 2 ข้างให้ชิดหน้าท้อง และก้มศีรษะชิดหน้าอกหรือโค้งหลังมากที่สุด เพื่อช่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึกเข้าบริเวณไขสันหลัง เมื่อแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกเข้าบริเวณไขสันหลังเสร็จจัดให้มารดานอนหงายราบเพื่อทำผ่าตัดท้องคลอดต่อไปตามที่กล่าวไว้ข้างต้น

4.2 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดท้องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (Antiseptic solution) การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัดท้องคลอดจะทำตั้งแต่ใต้ราวนมจนถึงต้นขาทั้ง 2 ข้าง ด้วยการฟอกและทาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ควรเน้นความสะอาดบริเวณที่ทำผ่าตัดท้องคลอดตั้งแต่สะดือจนถึงหัวหน้า (Pillitteri, 1999)

4.3 ช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัด และดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดในขณะที่ทำผ่าตัดท้องคลอด โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ ควรประทับประคองจิตใจด้วยการอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในขณะทำผ่าตัดท้องคลอด ปลอดภัย ให้กำลังใจ และเมื่อทารกคลอดควรนำทารกมาให้มารดาสัมผัสอย่างใกล้ชิด

4.4 ประเมินปริมาณเลือดที่เสียไปและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีเลือดออกผิดปกติ

4.5 ตรวจสอบเครื่องมือและผ้าต่างๆ ที่ใช้ในการทำผ่าตัดท้องคลอดให้ครบถ้วนก่อนที่แพทย์จะเข้บปิดแผลผ่าตัด

5. การดูแลทารกแรกเกิด พยาบาลจะจดบันทึกเวลาเกิดของทารกและดูแลทารกแรกเกิดทันทีหรือช่วยกุมารแพทย์ในการดูแลทารกตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

5.1.1 ช่วยให้ระบบทางเดินหายใจของทารกปราศจากสิ่งอุดกั้นด้วยการดูดเมือกหรือเลือดในจมูก ปาก และคอของทารกออกให้หมดด้วยลูกสูบยางแดง หรือในรายที่เมือกอยู่ลึกๆ ควรใช้สายยางเล็กๆ สอดลงไปดูดแทน

5.1.2 กระตุ้นให้ทารกร้องด้วยการเขี่ยหรือลูบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หลัง หรือคบที่  
กัน เพื่อช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวและกระตุ้นการหายใจของทารก

5.1.3 ให้ออกซิเจนแก่ทารกที่มีอาการแสดงว่าขาดออกซิเจน เช่น หายใจ  
ลำบาก ปากเขียว ผิวคล้ำ หรือซีดขาว และควรให้ออกซิเจนจนกว่าอาการจะดีขึ้น สังเกตได้จากผิวหนัง  
ของทารกเปลี่ยนเป็นสีแดง และลักษณะการหายใจที่สม่ำเสมอเป็นปกติ การให้ออกซิเจนแก่ทารกแรก  
เกิดสามารถให้ทางสายยาง หรือทางหน้ากากครอบจมูก หรือทางฝากรอบพลาสติก (O<sub>2</sub> box)

5.1.4 ในทารกที่ไม่หายใจ เนื่องจากศูนย์ควบคุมการหายใจทำงานไม่ปกติ  
ควรให้การช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและผายปอด

5.2 ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกเกิด อุณหภูมิของร่างกายทารกแรกเกิดภายหลัง  
คลอดจะลดลงทันที เนื่องจากสูญเสียความร้อนไปกับสิ่งแวดล้อม และจะกลับสู่ปกติภายหลังคลอด  
ประมาณ 8 ชั่วโมง แต่พยาบาลควรป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกด้วยการใช้ผ้าที่อุ่นห่อตัว  
ทารก หรือนำทารกไปอยู่ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี

5.3 ให้และบันทึกคะแนนแอฟการ์ (Apgar score)

5.4 ผูกปายข้อมือให้ทารก พยาบาลควรตรวจสอบข้อมูลบนปายข้อมือก่อนผูกให้กับ  
ทารก เช่น ชื่อ-นามสกุลของมารดา เพศ น้ำหนัก และวันเวลากลอดของทารกให้ถูกต้องและชัดเจน  
พร้อมทั้งตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียด ถ้าพบอาการผิดปกติควรบันทึกและรายงานแพทย์

5.5 ป้องกันการติดเชื้อ การดูแลทารกแรกเกิดต้องคำนึงถึงหลักความสะอาด  
เนื่องจากทารกมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะตาและสะดือซึ่งพบบ่อยในทารกแรกเกิด  
ดังนั้นหลังจากดูแลเกี่ยวกับการหายใจและให้ความอบอุ่นแล้ว ควรหยอดตาด้วย 1% ซิลเวอร์ไนเตรท  
(AgNO<sub>3</sub> 1%) แล้วเช็ดด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ หรือปายตาด้วย 1% เทตราซัยคลิน (Tetracycline eye ointment  
1%) เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตา ส่วนสายสะดือควรใช้ยางหรือเชือกผูกสายสะดือให้แน่น แล้วตัดด้วย  
เครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อและทาด้วยโพวิดีน โยลูชัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ

#### การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด

การให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดเริ่มตั้งแต่การย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมายัง  
ห้องพักฟื้น จนกระทั่งมารดากลับบ้านและกลับมาตรวจหลังผ่าตัดท้องคลอด ซึ่งในระยะหลังผ่าตัด  
พยาบาลจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดามากที่สุด จึงทราบความต้องการและแก้ปัญหาของมารดา ทำให้  
สามารถประเมินสภาพ และให้การดูแลมารดาในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน  
ร่างกายและจิตสังคม

วัตถุประสงค์การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดมีดังนี้

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด
2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดท้องคลอด

3. ลดภาวะไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด
  4. ฟื้นฟูสภาพร่างกายและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดท้องคลอด
  5. ส่งเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดูแลบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ
  6. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมทั้งบุคคลในครอบครัว
- การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด
2. การพยาบาลมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง

#### การพยาบาลมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด

ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดเป็นระยะที่สำคัญมาก เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิตได้ คือ ตกเลือดและช็อกจากการเสียเลือดปริมาณมาก การพยาบาลมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

#### การประเมินสุขภาพของมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด

1. การประเมินด้านร่างกาย พยาบาลควรประเมินร่างกายตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

1.1 **สัญญาณชีพ** การวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัดขณะอยู่ห้องพักฟื้น ควรประเมินทุก 5 นาที และเมื่อย้ายมารดาไปแผนกหลังคลอดควรประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก หรือจำนวน 4 ครั้ง ประเมินทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หรือจำนวน 2 ครั้ง และประเมินทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพของมารดาทั้งหรือปกติติดต่อกัน 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง การวัดสัญญาณชีพเป็นการประเมินที่ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

1.1.1 การทำงานของระบบหายใจ ควรสังเกตลักษณะการหายใจว่าทางเดินหายใจโล่งหรือมีการอุดตันหรือไม่ เช่น หายใจเร็วตื่น หายใจมีเสียงกรน ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ และตรวจนับอัตราการหายใจและความสม่ำเสมอของจังหวะการหายใจ

1.1.2 การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นการนับจำนวนและความสม่ำเสมอของชีพจรและตรวจวัดความดันโลหิต มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากเสียเลือดในขณะที่ทำผ่าตัดและผลของยาระงับความรู้สึก แต่ถ้าตรวจพบว่าชีพจรเบาเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที และค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) ต่ำกว่าเดิม 30 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แสดงถึงว่าอาจเกิดภาวะตกเลือด (Engelbreton & Littleton, 2002) ควรหาสาเหตุและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที

1.1.3 **อุณหภูมิร่างกาย** มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดในระยะแรกจะมีอุณหภูมิร่างกายปกติ แต่บางรายอาจพบว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติเล็กน้อยในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากภายในห้องผ่าตัดมีการใช้เครื่องปรับอากาศทำให้อุณหภูมิห้องต่ำกว่าปกติ จึงมีผลให้ร่างกายของมารดาสูญเสียความร้อนไปขณะทำผ่าตัดท้องคลอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด 12 ชั่วโมงอาจลดต่ำลงถึง 34.5 องศาเซลเซียสจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก หรือการ

สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายขณะทำผ่าตัด ใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต้องคลอดอุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียสหรือสูงกว่า เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งเป็นระยะของการอักเสบ ต่อการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากการผ่าตัด ภาวะดงลมปอดแฟบหรือภาวะปอดบวมเฉพาะที่ และภาวะขาดน้ำ หากอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.7 องศาเซลเซียสตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป เกิดจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจและที่บริเวณหลอดเลือดดำ

**1.2 ระดับความรู้สึกตัว** เป็นการประเมินที่สำคัญในระยะแรกหลังผ่าตัดต้องคลอดด้วยการสอบถามชื่อ-นามสกุลของมารดา การตอบคำถาม การทำตามคำสั่ง และพฤติกรรมกรมการ แสดงออก

**1.3 แผลผ่าตัด** ควรตรวจดูแผลว่ามีเลือดซึมออกมาหรือไม่ ถ้ามีเลือดซึมออกมาควรประเมินปริมาณและลักษณะการซึมของเลือด หรือทำเครื่องหมายไว้ และสังเกตเป็นระยะๆ รวมทั้งตรวจบริเวณหน้าท้องว่านุ่มหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกภายในช่องท้อง (Internal bleeding) การประเมินควรทำไปพร้อมกับวัดสัญญาณชีพ คือ ประเมินทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 และทุก 1 ชั่วโมง (Gorrie, McKinney & Murray, 1998) หรือควรประเมินอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 4 ชั่วโมง จากนั้นจึงประเมินทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2541; ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, 2538)

**1.4 มดลูก** ควรประเมินการหดตัว ความสูง และตำแหน่งของยอดมดลูกด้วยวิธีคลำ (Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Neeson & May, 1986) ซึ่งการตรวจอาจทำให้มารดาปวดแผลมาก โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับการผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องในแนวตั้ง แต่การตรวจจะไม่มีผลทำให้แผลแยก ลักษณะปกติของมดลูกคือ ต้องหดตัวดีและความสูงของยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ หรือต่ำกว่าเล็กน้อย และในการประเมินควรทำไปพร้อมกับวัดสัญญาณชีพและประเมินแผลผ่าตัด

**1.5 เลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือน้ำคาวปลา (Lochia)** ควรประเมินไปพร้อมกับการประเมินแผลผ่าตัดและการหดตัวของยอดมดลูก ซึ่งปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่ควรมากกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหรือชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน

**1.6 อาการปวดแผล** มารดาที่มีแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องแบบแฟนเนตส์เทียล จะปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องในแนวตั้ง เนื่องจากแผลจะได้รับการกระทบกระเทือนจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจากอาการท้องอืดเล็กน้อยกว่า (Dickason, Kaplan & Silverman, 1998) วิธีการประเมินระดับของอาการปวดแผล เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกตัวของมารดาหลังผ่าตัดต้องคลอดดังนี้

**วิธีที่ 1** การสอบถามความรู้สึกปวดแผลจากมารดา เช่น ถามว่า “ขณะนี้ปวดแผลหรือไม่คะ” ถ้ามารดาตอบว่า “ปวด” พยาบาลจะถามต่อไปว่า “ปวดมากหรือไม่คะ” มารดาก็จะตอบว่า “ปวดมาก หรือปวดพอทนได้ หรือปวดเล็กน้อย” ข้อมูลที่มารดาตอบจะบอกถึงระดับความปวดเพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาให้การรักษาพยาบาลที่เชื่อถือได้มากที่สุด (เจ็กุล อโนธรมณ์, 2545)

**วิธีที่ 2** การประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออก วิธีนี้พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงระดับของอาการปวดแผลของมารดา ดังนี้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

- ปวดแผลมากอย่างรุนแรง : ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการร้องไห้ น้ำตาไหลหรือสะอื้น  
กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมาก กำหมัดแน่นมาก หรือกักฟัน  
เสียงคังกรอด ๆ หน้านิ้วคิ้วขมวด หรือทำหน้าตาบูดเบี้ยวตลอดเวลา
- ปวดแผลมาก : ผู้ป่วยแสดงออกโดยการครวญครางเสียงคัง กระสับกระส่าย  
อย่างเห็นได้ชัด กำหมัดค่อนข้างแน่น หรือกักฟันอย่างเห็นได้  
ชัด หน้านิ้วคิ้วขมวด หรือทำหน้าตาบูดเบี้ยว โดยสังเกตเห็น  
ได้ชัด
- ปวดแผลพอทนได้ : ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการครวญครางเบา ๆ กระสับกระส่าย  
เล็กน้อย กำหมัดหลวม ๆ หรือกักฟันเป็นบางครั้ง หน้านิ้วคิ้ว  
ขมวดหรือทำหน้าตาบูดเบี้ยวเป็นบางครั้ง
- ปวดแผลเล็กน้อย : ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการถอนหายใจเบา ๆ กระสับกระส่ายน้อย  
มาก กำหมัดหรือกักฟันเล็กน้อยนาน ๆ ครั้ง หน้านิ้วคิ้วขมวด  
เล็กน้อย

**วิธีที่ 3** การประเมินโดยใช้ตัวเลขแบบเส้นตรง (Numeric pain rating scale) วิธีนี้จะให้มารดาประมาณระดับความปวดแผลด้วยการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน มารดาอาจจะบอกด้วยการพูดว่าปวดในระดับใดหรือทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงตามแบบประเมิน คะแนนที่ได้จะแสดงระดับของอาการปวด คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 8-10 หมายถึง ปวดรุนแรงมาก

**1.7 การขับถ่ายปัสสาวะ** พยาบาลควรสังเกตลักษณะ สี และปริมาณของปัสสาวะที่ออกทางสายสวนปัสสาวะตั้งแต่มารดาออกจากห้องผ่าตัดจนนำสายสวนปัสสาวะออก ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควรตรวจการอุดตัน การหักพับงอ และการ โป่งพองของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าไม่มีความผิดปกติดังกล่าวควรประเมินอาการแสดงของการเสียเลือดและรายงานแพทย์หรือถ้าปัสสาวะมีสีแดง ควรอธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจว่าเกิดจากมีการกระทบกระเทือนกระเพาะปัสสาวะขณะทำผ่าตัดและกลับสู่ปกติได้เอง ส่วนการนำสายสวนปัสสาวะออกสามารถทำได้หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง (Cunningham, et al., 2001) แต่ส่วนใหญ่จะนำสายสวนปัสสาวะออกในเช้าวันรุ่งขึ้น เพื่อความสะดวกของมารดาที่ไม่ต้องถูกมาถ่ายปัสสาวะในคืนแรกหลังผ่าตัด

**1.8 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์** เป็นการประเมินปริมาณน้ำที่ได้รับ และปริมาณปัสสาวะ เปรียบเทียบกับปริมาณเลือดที่เสียไปขณะและหลังผ่าตัดท้องคลอด

**1.9 อาการไม่สบายอื่นๆ** ที่อาจเกิดหลังผ่าตัดท้องคลอด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแพ้ และอาการหนาวสั่น(Chill)



**1.10 เต้านมและหัวนม** อาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดจะเกิดขึ้นช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากภาวะเครียดด้านร่างกายและจิตใจจากการผ่าตัด ดังนั้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดอาจไม่พบอาการคัดตึงเต้านม การประเมินเต้านมและหัวนมไม่จำเป็นต้องรีบประเมินทันทีหลังผ่าตัดท้องคลอด ควรทำเมื่อมารดารู้สึกตัวดี มีภาวะสุขสบายขึ้นจากการปวดแผล และมีความพร้อมที่จะให้นมบุตร การประเมินจะความคิดปกติของเต้านม เช่น บวม กดเจ็บ และมีก้อนที่เต้านม ความคิดปกติของหัวนม เช่น รอยถลอก รอยแตก เจ็บหัวนม และทดสอบความยาวของหัวนมว่าเพียงพอที่ปากทารกจะสามารถจับติดหรือไม่ด้วยการทดสอบของวอลล์เลอร์ (Waller's test)

**2. การประเมินด้านจิตสังคม** ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องพึ่งพาสูง (Dependent phase) หรือถ้าเรียกตามแนวคิดของรูบิน (Rubin cited in Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1995) จะเรียกว่า ระยะเทคกิ้ง อิน (Taking-in phase) มารดาจะอ่อนเพลียจากการเสียเลือดไปในขณะทำผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารก ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่ได้รับจากการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความต้องการ ความวิตกกังวล และปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาและครอบครัวภายหลังผ่าตัดท้องคลอด เช่น ความต้องการการดูแลกิจวัตรในขณะที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือเมื่อต้องนอนบนเตียงนานๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดแผล ความต้องการรับรู้เกี่ยวกับเพศและลักษณะของทารก และความต้องการให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของมารดาและครอบครัว และช่วยให้มารดาและครอบครัวปรับตัวหลังผ่าตัดท้องคลอดได้อย่างเหมาะสม

#### **การดูแลสุขภาพมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด**

**1. การจัดทำนอน** พยาบาลควรจัดให้มารดาที่ออกจากห้องผ่าตัดในระยะแรกนอนหงายไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจจากลิ้น เสมหะและการสำลัก ถ้ามารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรเตรียมชามรูปไตไว้ใกล้ๆ ด้วย ในกรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เมื่อมารดารู้สึกตัวดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรหนุนหมอนให้มารดา ส่วนกรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง ให้พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากระยะเวลาการนอนราบไม่หนุนหมอน หรือให้หนุนหมอนบางๆ ได้ขึ้นอยู่กับขนาดของเข็มที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง

**2. การดูแลให้ความอบอุ่น (Keep warm)** มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดในระยะ 12 ชั่วโมงแรกอาจมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ถ้าไม่ได้รับความอบอุ่น ร่างกายจะพยายามปรับสมดุลให้ปกติด้วยการเพิ่มการเผาผลาญให้เกิดพลังงานความร้อนจากการสั่น ทำให้ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และมีการหลังกรดแลคติกจนเกิดภาวะกรดในร่างกาย (Metabolic acidosis) ดังนั้นพยาบาลควรให้ความอบอุ่นหลังผ่าตัดด้วยการห่มผ้า และถ้ามารดามีอาการหนาวสั่นไม่ควรปล่อยให้เกิดอาการเป็นเวลานานๆ ควรให้ความอบอุ่นและให้หายใจเข้าลึกๆ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรรายงานแพทย์

3. การดูแลให้สารน้ำและอาหาร การที่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์มีการสะสมสารน้ำ (Physiological edema of pregnancy) และมีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงและน้ำเหลืองตามเกณฑ์ปกติ ทำให้ร่างกายสามารถปรับตัวทนต่อการเสียเลือดได้ถึง 1,500 มิลลิลิตร แต่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอดจะสูญเสียเลือดมากกว่าการคลอดธรรมชาติ จึงจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนให้เพียงพอ หลักการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ ถ้ามารดาไม่มีการเสียเลือดหรือเสียน้ำปริมาณมากก่อนหรือหลังผ่าตัดท้องคลอด จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในระหว่างผ่าตัดท้องคลอดจนถึง 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 1,000-2,000 มิลลิลิตร (บุทรพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, 2538) และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด 3,000 มิลลิลิตร สารน้ำที่นิยมให้ ได้แก่ รিংเกอร์แลคเตท 5% เด็กซ์โทรสในน้ำเกลือไอโซโอสโมติก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2541) และสารน้ำใน 1,000 มิลลิลิตร หรือ 2,000 มิลลิลิตร ที่มารดาได้รับในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด จะมียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกรวมอยู่ด้วย (Burroughs, 1992; Pillitteri, 1999) ยาที่นิยมให้คือ ออกซิโทซิน (Oxytocin หรือ Syntocinon®) ขนาด 10 ยูนิต หรือ 20 ยูนิต ยาจะช่วยให้ขอมดลูกที่เป็นบริเวณที่รกส่วนใหญ่มาฝังตัว มีการหดตัวดี ดังนั้นควรดูแลปรับจำนวนหยดของสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้มารดาได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ตามความต้องการของร่างกายและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ส่วนการให้น้ำและอาหารทางปากนั้น ในระยะแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดแพทย์จะให้มารดาคน น้ำและอาหารต่อ ในสถาบันบางแห่งถ้าการผ่าตัดไม่มีการจับต้องหรือยุ่งเกี่ยวกับลำไส้มากและไม่มี...

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดท้องคลอด แพทย์จะให้มารดารับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนในวันแรกหลังผ่าตัดและรับประทานอาหารปกติในวันที่สองหลังผ่าตัด (จตุพล ศรีสมบุญ, 2541) หรือในบางแห่งจะให้รับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง (Burrows, et al., 1995 & Kramer, et al., 1996 cited in Cunningham, et al., 2001) แต่ส่วนใหญ่จะงดน้ำและอาหารจนถึงเช้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัดจึงให้จิบน้ำ รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ เมื่อการทำงานของลำไส้ของมารดาเป็นปกติ

4. การดูแลความสุขสบายและบรรเทาความเจ็บปวด ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดมารดาจะไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาคือ การปวดมดลูก การคาสายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ไม่สามารถลุกเดินหรือทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องประเมินและดูแลให้มารดามีความสุขสบายและบรรเทาอาการเจ็บปวด ดังนี้

4.1 การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา ชนิดของยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดขึ้นอยู่กับระดับของการปวดแผล มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกจะปวดแผลมาก ถ้าประเมินระดับความเจ็บปวดเป็นค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 8-10 ในกรณีปวดแผลผ่าตัดมากควรรายงานแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาปวด แต่ส่วนมากแพทย์จะมีคำสั่งให้ยาบรรเทาปวดแผลผ่าตัดท้องคลอดในเวลาที่ย่อมารดาปวดแผลมากไว้แล้ว ยาที่นิยมให้คือ เพทิดีน 50-100 มิลลิกรัม หรือมอร์ฟีน 8-10 มิลลิกรัม ฉีดเข้า

กล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ ทุก 4-6 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะให้ร่วมกับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เช่น ฟิเนอร์แกน (Pheergan®) หรือ Promethazine) เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนของยากลุ่มระงับปวดชนิดเสพติด สถาบันบางแห่งนิยมให้ยาระงับปวดกลุ่มดังกล่าวผสมในสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ในต่างประเทศมีการบริหารยาบรรเทาปวดด้วยเครื่องโดยให้มารดาเป็นผู้ควบคุม จะเริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำเมื่อมารดาเริ่มรู้สึกปวด (Patient-controlled analgesia: PCA) ทำให้ลดความเจ็บปวดได้ดี (Pillitteri, 1999) มารดาที่ควบคุมการให้ยาบรรเทาปวดด้วยตัวเองนี้ ควรได้รับการสอนที่ดีก่อนผ่าตัดท้องคลอด เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยจากการใช้ยาบรรเทาปวด นอกจากนี้ มารดาบางรายอาจได้รับยาบรรเทาปวด เช่น มอร์ฟีน 5-10 มิลลิกรัม ผสมระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกเข้าบริเวณไขสันหลังในขณะที่ทำผ่าตัด ทำให้ไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด หรือปวดเพียงเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด (Leifer, 1999; Ladewig & Olds London, 2000)

หลังจากผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง มารดาจะเริ่มปวดแผลผ่าตัดลดลง ถ้าประเมินระดับความเจ็บปวดจะอยู่ระดับปานกลางและเล็กน้อยตามระยะเวลาหลังผ่าตัดคือ มีคะแนนระหว่าง 4-7 และ 1-3 ตามลำดับ ในระยะนี้มารดาจะเริ่มรับประทานอาหารและได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานที่นิยมให้คือ พาราเซตามอล เนื่องจากเป็นยาที่ปลอดภัยต่อมารดาและไม่ผ่านทางน้ำนมไปเป็นอันตรายต่อทารก หรืออาจให้ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NAIDs) เช่น ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) พอนสแตน (Ponstan) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลระดับปานกลาง (ปิ่น ศรีประจิดดิษฐ์, 2544)

## 4.2 การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

4.2.1 การดูแลสุขภาพสบายทั่วไป ได้แก่ การดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และผ้าปูที่นอน การจัดทำนอนให้ผ่อนคลาย มีการช่วยพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนตามความต้องการของมารดา เมื่อมารดารู้สึกตัวควรใช้หมอนหนุนศีรษะและไหล่ ถ้าไม่มีข้อจำกัดในการนอนราบ ควรจัดให้นอนศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ท่านี้จะช่วยให้ออกซิเจนและลดการดึงของแผลผ่าตัด รวมทั้งควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเหมาะสมและไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นช่วยให้นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอและทำให้อาการปวดลดลง

4.2.2 การสอนและแนะนำให้มารดาใช้มือประคองแผลเวลาเคลื่อนไหวร่างกายหรือไอ เพื่อลดการกระเทือนต่อแผลผ่าตัดและการดึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle strain)

4.2.3 การใช้ผ้ายึดพันหน้าท้อง (Bandage) เพื่อพยุงแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเอาไว้ทำให้บรรเทาอาการปวดแผลเวลาที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหว

4.2.4 การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการเผชิญความเจ็บปวด หรือเทคนิคผ่อนคลาย การใช้เทคนิคต่างๆนี้ มารดาควรได้รับข้อมูลและฝึกปฏิบัติตั้งแต่วางแผนผ่าตัดท้องคลอดตามวิธีการที่มารดาต้องการจะนำไปใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด ดังที่กล่าวไปแล้วในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด

4.2.5 การบรรเทาความเจ็บปวด โดยกระตุ้นเส้นประสาทใต้ผิวหนังของมารดา ด้วยกระแสไฟฟ้าแรงต่ำ (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) วิธีการ คือ ใช้อิเล็กโทรดวางที่ผิวหนังบริเวณปลายแผลทั้งสองข้าง แล้วกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าแรงต่ำเข้าไปในร่างกาย ทำให้ใยประสาทรับความรู้สึกขนาดใหญ่ทำงาน และยับยั้งการทำงานของใยประสาทรับความรู้สึกขนาดเล็ก ทำให้ลดสัญญาณการส่งกระแสประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวด ไปยังสมอง จึงรับรู้ว่าเจ็บปวดน้อยลงตามทฤษฎีการควบคุมประตู (A gating control theory) (Pillitteri, 1999)

5. การส่งเสริมให้มารดาลุกเดินโดยเร็ว ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต้องคลอดมารดาจะมีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียเลือดในขณะที่ทำผ่าตัดต้องคลอดและปวดแผลผ่าตัดมาก ทำให้ไม่สามารถลุกเดินได้ในระยะนี้ แต่พยาบาลสามารถช่วยเหลือให้มารดาลุกนั่งและเดินไถ่ๆ ได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดต้องคลอด (จตุพล ศรีสมบุญ, 2541) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถและข้อกำหนดหลังผ่าตัดต้องคลอดของมารดาแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมของมารดาก่อนลุกจากเตียงด้วยการกระตุ้นให้มารดาออกกำลังกายบนเตียงดังนี้

5.1 การหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ และกรณีที่มีเสมหะควรกระตุ้นให้มารดาไออย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการปฏิบัติทั้ง 2 วิธีนี้ได้กล่าวไปแล้วในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดต้องคลอด และทุก 1 ชั่วโมงควรกระตุ้นให้มารดาปฏิบัติ 5-10 ครั้ง (Pillitteri, 1999) หรือทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Ledewig, London & Olds 2002)

5.2 การออกกำลังกายขาทั้งสองข้าง เป็นการบริหารที่สำคัญหลังผ่าตัดต้องคลอด เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้เกิดการบวมบริเวณอุ้งเชิงกรานด้านล่าง มีผลให้เกิดการไหลเวียนเลือดบริเวณขาและอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) บริเวณขาทั้งสองข้างได้ (Pillitteri, 1999) การประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ สามารถประเมินได้จากอาการบวมรอบๆข้อเท้าและทดสอบด้วยการเหยียดขาและดันปลายเท้าเข้าหาลำตัวให้น่องตึง (Homan's sign) กล้ามเนื้อน่องจะกดหลอดเลือดทำให้มารดาารู้สึกปวดมากแสดงว่าการประเมินให้ผลบวก (Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Littleton & Engebretson, 2002) ควรให้มารดานอนพักบนเตียง ห้ามบีบนวดบริเวณขาข้างที่มีอาการดังกล่าวเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในบริเวณที่สำคัญ และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้กล้ามเนื้อตึงตัวดีและแข็งแรง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการขึ้นและเดิน วิธีการออกกำลังกายได้กล่าวไปแล้วในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดต้องคลอด และทุก 1 ชั่วโมงควรกระตุ้นให้มารดาออกกำลังกายประมาณ 5 ครั้ง (Pillitteri, 1999)

5.3 การพลิกตะแคงตัว พยาบาลควรกระตุ้นหรือช่วยพลิกตะแคงตัว หรือเปลี่ยนท่านอนให้มารดาอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Broom & Novak, 1999; Olds, Ladewig & London, 2000) วิธีการพลิกตะแคงตัวมีดังนี้

5.3.1 ให้มารดานอนหงายราบ หรือนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ยกไม้กั้นเตียงขึ้น

5.3.2 ให้มารดาใช้มือทั้งสองข้างประสานกันวางบนแผลผ่าตัด หรือใช้หมอนหรือผ้าพับเป็นสี่เหลี่ยมวางบริเวณแผลผ่าตัด แล้วใช้มือประคองไว้เพื่อลดการสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัดขณะพลิกตะแคงตัว

5.3.3 งอเข่าทั้งสองข้าง ใช้เท้ายันกับที่นอนและขยับกันไปด้านขวาในกรณีพลิกตัวไปด้านขวา หรือขยับกันไปด้านซ้ายในกรณีพลิกตัวไปด้านซ้าย ขณะขยับกันให้ใช้ข้อศอกทั้งสองข้างยันกับที่นอน เพื่อยกส่วนบนของลำตัวไปด้วย และป้องกันไม่ให้ลำตัวอยู่ชิดกับขอบเตียงมากเกินไป อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ตกเตียง แขนขากระแทกกับขอบเตียง

5.3.4 วิธีพลิกตะแคงตัว กรณีพลิกตะแคงไปด้านขวาให้งอเข่าซ้าย และให้ขาขวาเหยียดตรง ใช้มือข้างซ้ายจับขอบเตียงด้านไกลตัว และมือขวาประคองแผลผ่าตัดไว้พร้อมกับพลิกตะแคงตัวซ้ายๆ ไปทางด้านขวา

5.3.5 กรณีพลิกตะแคงตัวไปด้านซ้าย ทำเช่นเดียวกับข้อ 5.3.4 แต่สลับด้านกัน

5.4 การช่วยลุกเดิน การลุกเดินครั้งแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดหรือภายหลังจากนอนบนเตียงนานๆ จะเกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด และจะเป็นลม โดยเฉพาะในรายที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง อาการนี้เรียกว่าภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า เกิดจากการเปลี่ยนไปอยู่ในท่าขึ้นจะทำให้เลือดจากส่วนบนของร่างกายไหลมากบริเวณอวัยวะส่วนล่าง ความดันโลหิตจึงลดลง และส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จึงเกิดอาการดังกล่าว การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าคือ การออกกำลังกายหลังผ่าตัด และการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ วิธีการช่วยมารดาลุกเดินครั้งแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดมีดังนี้

5.4.1 ประเมินความพร้อมของมารดาและสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตก่อนลุกเดิน

5.4.2 อธิบายให้มารดาและครอบครัวทราบเหตุผล และประโยชน์ของการลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัดท้องคลอดเพื่อให้ความร่วมมือ

5.4.3 ค่อยๆปรับท่าด้วยการ ไขหัวเตียงให้สูงขึ้นช้าๆ จนอยู่ในท่านั่ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า และในขณะที่ไขเตียงควรสอบถามอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ถ้ามีอาการดังกล่าวควรให้มารดาพักจนกว่าอาการดังกล่าวจะทุเลาลง

5.4.4 จัดให้มารดานั่งห้อยขาข้างเตียง แต่ควรระวังไม่ให้เกิดแรงกดบริเวณข้อพับเข่า ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณขาไม่ดี ต่อมาให้มารดาแกว่งขาทั้งสองข้างสลับกัน เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณขา

5.4.5 จัดอุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดกับตัวมารดา เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งและพร้อมที่จะให้มารดาลุกเดิน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น พร้อมเตรียมเก้าอี้หรืออุปกรณ์สำหรับวางเท้า ให้มารดาค่อยๆลุกจากเตียงมาขึ้นข้างเตียงโดยมีพยาบาลคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ เพื่อ

สังเกตอาการและจับชีพจรเป็นระยะๆ ตามอาการ ถ้ามารดาไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ให้เดินรอบๆ เตียง ถ้ามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ให้นั่งพักข้างเตียงสักครู่ แต่ถ้าอาการดังกล่าวไม่ทุเลาลง ควรให้มารดานอนราบบนเตียงทันที และเมื่อมารดามีอาการดีขึ้นจึงเริ่มลุกเดินใหม่

5.4.6 ภายหลังการเดินให้มารดานั่งพักบนเตียง หรือนั่งพักที่เก้าอี้ข้างเตียงสักครู่แล้วจึงนอนบนเตียง และควรกระตุ้นให้มารดาลุกเดินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและเย็น จนกว่ามารดาจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

6. การส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การให้ทารกดูดนมมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดทำได้ลำบากเนื่องจากเป็นระยะที่มารดาปวดแผลและอ่อนเพลียมาก พยาบาลและครอบครัวควรช่วยเหลือมารดาขณะให้นมทารกจนกว่ามารดาจะช่วยเหลือตัวเองได้ดี มารดาที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พยาบาลสามารถนำทารกมาดูดนมมารดาได้เมื่อมารดา รู้สึกตัวดีและมีการตอบสนองปกติ โดยสามารถนำทารกมาให้ดูดนมมารดาได้ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนมารดาที่ได้รับขาระงับความรู้สึกเข้าบริเวณไขสันหลัง สามารถนำทารกมาดูดนมมารดาได้ภายใน ½ - 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทำที่ใช้ในการให้นมมารดา คือ ใน 24 ชั่วโมงแรกควรให้นมในท่านอนหงาย วันที่ 2 หลังผ่าตัดควรใช้ท่านอนตะแคง และวันที่ 3 หลังผ่าตัดควรใช้ท่านั่งและใช้ผ้าหรือหมอนรอง (สุอารีย์ อันตระการ และ ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2546)

7. การส่งเสริมสุขภาพจิตดีของมารดาและสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดจะใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะหลังผ่าตัดท้องคลอดระยะแรกจะมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก สูญเสียความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองลดลง และอ่อนเพลียจากการเสียเลือด ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการแสดงบทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรและสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว

จากการศึกษาความต้องการบริการพยาบาลในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด พบว่า มารดาครรภ์แรกและครรภ์หลังที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอดมีความต้องการบริการพยาบาลในการเลี้ยงดูบุตรในระดับมาก โดยมารดาครรภ์แรกมีความต้องการด้านการรักษาความสะอาดของร่างกายทารกมากที่สุด รองลงมาคือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของทารก ส่วนมารดาครรภ์หลังมีความต้องการส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด รองลงมาคือ การให้นมทารกและการดูแลเกี่ยวกับการนอน (สุริรัตน์ ธาราศักดิ์ พีรภาพ คำแพง และสุพรรณิ วิชกุล, 2543)

ตามที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดเป็นระยะที่มารดาต้องการพึ่งพามากที่สุด พยาบาลควรคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีด้วยการฟังความรู้สึกและความต้องการ ให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดท้องคลอดในทางที่ดี และเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดท้องคลอด รวมทั้งส่งเสริมให้บิดาหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว ซึ่งการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว สามารถทำได้ตั้งแต่มารดาารู้สึกตัวดีและมีการตอบสนองปกติ ด้วยการเปิดโอกาสให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารก โดยการบอกเพศของทารกให้มารดาทราบ ให้สัมผัส ให้อุ้มทารก และให้นมมารดาถ้าไม่มีข้อจำกัด และจัดให้มารดาพักฟื้นในห้องเดียวกับทารก (Rooming-in) เพื่อให้มารดาได้ใกล้ชิดกับทารก และมีปฏิสัมพันธ์กับทารกด้วยความสะอาด (ศรีนวล โอสเสถียร, 2541) เช่น ให้นอนเตียงเดียวกับมารดา ให้นอนเตียงเล็ก (Crib) ใกล้ๆกับมารดา หรืออยู่ในห้องที่มารดาและบุคคลในครอบครัวสามารถมองเห็น เพื่อให้มารดาเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของทารก ได้สัมผัสและให้นมมารดาแก่ทารก แต่ควรมีพยาบาล บิดา หรือครอบครัวช่วยดูแลทารกในเรื่องต่างๆให้กับมารดา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดหลังขับถ่าย และการตอบสนองด้านอารมณ์ เป็นต้น นอกจากนี้ในการให้ๆการดูแลมารดาและครอบครัวควรกล่าวชมเชยมารดาและครอบครัวที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารก เพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

#### การพยาบาลมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง

ในระยะนี้มารดาจะรู้สึกสุขภาพดีขึ้นและอ่อนเพลียน้อยลง พยาบาลควรกระตุ้นให้มารดาช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากขึ้นจนกลับสู่ปกติ รวมทั้งให้คำแนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดท้องคลอดและการเลี้ยงดูบุตร เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทของมารดา การพยาบาลมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

#### การประเมินสุขภาพของมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง

พยาบาลควรประเมินสุขภาพของมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง ในเรื่องต่อไปนี้

##### 1. การประเมินด้านร่างกาย

1.1 **สัญญาณชีพ** ควรประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นรายที่มีภาวะแทรกซ้อน อาจต้องประเมินถี่กว่านี้ ในระยะ 2 วันแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด อุณหภูมิร่างกายอาจเพิ่มสูงขึ้นกว่าปกติได้ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในระยะที่มีการอักเสบต่อการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดหรือการที่ร่างกายสูญเสียเลือดและน้ำจากการผ่าตัด แต่ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสในระยะ 2 วันแรก อาจแสดงถึงภาวะปอดบวม ภาวะถุงลมปอดแฟบ หรือภาวะขาดน้ำ และถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นมากกว่า 37.7 องศาเซลเซียสตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป แสดงว่ามีการติดเชื้อ (Lewis, Heitkemper & Dirksem, 2000) หรือมีอุณหภูมิสูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไปติดต่อกัน 2 วัน แสดงว่ามีการติดเชื้อ (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล รัตนา ไพศาลสันติวงศ์ และมานิต ศรีประโมทย์, 2541) การติดเชื้อหลังผ่าตัดท้องคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มดลูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และเต้านมอักเสบ นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะ

หลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดที่บริเวณหลอดเลือดดำที่ขาหรือบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

**1.2 แผลผ่าตัด** ควรประเมินการเปลี่ยนแปลงของแผลผ่าตัดทุกวัน พยาบาลสามารถประเมินจากอาการแสดง REEDA ประกอบด้วย แผลมีรอยแดง (Redness) บวม (Edema) ข้ำเลือดหรือรอยแตก (Ecchymosis หรือ Bruising) สิ่งคัดหลั่ง (Discharge) เช่น หนองและประเมินการติดของขอบแผล (Approximation) (Gorrie, McKinney & Murray, 1998) นอกจากนี้ควรนำผลอุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้นผิดปกติมาพิจารณา จะช่วยให้วินิจฉัยการติดเชื้อได้เร็ว ทำให้การติดเชื้อยังไม่รุนแรงและใช้ระยะเวลาในการรักษาไม่นาน เช่น การติดเชื้อแอโรบิก (Aerobic organisms) จะมีไข้สูงในตอนกลางวันหรือเย็น และกลับสู่ปกติในตอนเช้า (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000)

**1.3 มดลูก** การประเมินการหดตัวและการเปลี่ยนแปลงของยอดมดลูกด้วยการคลำผ่านผนังหน้าท้อง ควรทำอย่างนุ่มนวลโดยให้มารดาองเข้าและหายใจเข้าออกลึกๆ เนื่องจากการตรวจอาจทำให้มารดาปวดแผลมาก โดยเฉพาะการทำผ่าตัดท้องคลอดที่ผนังหน้าท้องส่วนล่างในแนวตั้งหลังคลอด 1 วันจะตรวจพบยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือหรือเหนือสะดือเล็กน้อย และเอียงไปด้านขวา เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างที่ยึดขยายระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเริ่มกลับสู่ปกติ จากนั้นมดลูกจะลดขนาดลงทำให้ระดับยอดมดลูกลดลง ปกติจะลดลงวันละประมาณ 1 เซนติเมตร จนวันที่ 10-12 หลังคลอดจะคลำได้ที่เหนือหัวหน้าและกลับสู่ปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ระดับยอดมดลูกในมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดระยะแรกอาจลดลงช้ากว่าปกติ

**1.4 น้ำคาวปลา** การเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลาในมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดมีลักษณะเช่นเดียวกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด เพียงแต่ปริมาณของน้ำคาวปลาจะน้อยกว่า เนื่องจากในการผ่าตัดคลอดแพทย์จะใช้ผ้าซับเลือดเช็ดภายในโพรงมดลูก (Pillitteri, 1999) หรือบางรายอาจจะมีน้ำคาวปลานานกว่า โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ไม่ผ่านการเจ็บครรภ์ก่อนทำผ่าตัดท้องคลอด เนื่องจากปากมดลูกยังไม่เปิดการไหลของน้ำคาวปลาจึงไม่ดี การประเมินลักษณะของน้ำคาวปลาจะทำให้ทราบว่าแผลภายในโพรงมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ถ้ามีการอักเสบหรือติดเชื้อของแผลในโพรงมดลูก น้ำคาวปลาจะมีสีแดงไม่จางลงหรือมีกลิ่นเหม็นร่วมด้วย ในระยะนี้สามารถประเมินความผิดปกติได้ด้วยการสอบถามลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด

**1.5 การขับถ่ายปัสสาวะ** ในระยะนี้แพทย์จะให้สำสวนปัสสาวะออก ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นมารดาควรถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังนำสำสวนปัสสาวะออก ถ้ามารดายังไม่ถ่ายปัสสาวะ ควรประเมินการเต็มของกระเพาะปัสสาวะด้วยการสังเกต คลำและเคาะบริเวณท้องน้อย ถ้าเคาะได้เสียงทึบ (Dull) แสดงว่ากระเพาะปัสสาวะว่าง แต่ถ้าเคาะได้เสียงก้อง (Resonant) แสดงว่ากระเพาะปัสสาวะเต็ม และถ้าเคาะได้เสียงก้องมาก (Hyperresonant) แสดงว่ากระเพาะปัสสาวะเต็มมาก สำหรับวิธีการคลำและวิธีการเคาะบริเวณท้องน้อยอาจทำให้มารดาปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้ (Pillitteri, 1999) นอกจากนี้ควรสอบถามอาการผิดปกติในขณะถ่ายปัสสาวะ เช่น



ปีสภาวะกะปริดกะปรอย ปีสภาวะขัด และปวดเวลาปีสภาวะเสร็จ

1.6 การทำงานของลำไส้ ในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอดอาจมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เนื่องจากผลของาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การใช้ยาบางชนิด การสัมผัสลำไส้ในขณะที่ทำผ่าตัดท้องคลอด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกในขณะที่ทำผ่าตัดท้องคลอด และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด มีผลยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้นพยาบาลควรประเมินการทำงานของลำไส้ของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด ด้วยการสอบถามอาการ การสังเกต และการตรวจร่างกาย ดังนี้

1.6.1 ความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้อง (Feeling of fullness) เกิดจากมีการสะสมแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก มารดาบางรายจะแน่นอึดอัดมากจนหายใจไม่สะดวก เนื่องจากกระเพาะอาหารและลำไส้ที่ยืดขยายจะไปคั่นบริเวณช่องอก และขัดขวางการหดตัวเคลื่อนตัวของกะบังลม ในขณะที่หายใจเข้า ทำให้มารดา รู้สึกไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง

1.6.2 การเรอ (Belching) เป็นการขับแก๊สออกจากกระเพาะอาหาร ปกติในระบบทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร ถ้ามีแก๊สอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น จะส่งผลให้มีการยืดขยายและโป่งพองของทางเดินอาหาร ทำให้มีแรงดันในช่องท้องมากขึ้น จึงมีการบีบไล่แก๊สออกจากกระเพาะอาหารและลำไส้ แต่ถ้ากระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวจะไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกมาได้จึงเกิดอาการท้องอืดตามมา

1.6.3 การผายลม เป็นการขับแก๊สที่อยู่ในระบบทางเดินอาหารส่วนล่างออกมาทางทวารหนักจากการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้อย่างรุนแรง ถ้าลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวจะไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกไปได้จึงมีอาการท้องอืด

1.6.4 การตรวจนับการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางผนังหน้าท้อง (Bowel sound) เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เกิดจากการเคลื่อนที่ของน้ำและแก๊สในลำไส้ ทำให้ได้ยินเสียงกรือก-กรือกจากการฟังกด้วยหูฟัง ปกติจะได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทุก 5-10 วินาที (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2543) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่พบหลังผ่าตัดท้องคลอดมี 2 ลักษณะคือ ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น และลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง หรือไม่มีการเคลื่อนไหว (Roberts, 2000) ดังนั้นการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้จึงควรสังเกตจำนวนครั้งต่อนาที ความแรง และระยะเวลา นานของการบีบตัว (พินิจ กุลละวณิช, 2543)

1.6.5 การสังเกตความตึงตัวของผนังหน้าท้อง เป็นการตรวจด้วยการสังเกตความตึงของผนังหน้าท้องและการเคาะบริเวณหน้าท้องเพื่อตรวจสอบว่ามีแก๊สในช่องท้องหรือไม่ ถ้าเคาะได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ แสดงว่ามีแก๊สในระบบทางเดินอาหารมาก (พินิจ กุลละวณิช, 2543) แต่การเคาะหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอดควรระวัง เพราะอาจทำให้มารดาปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น

1.6.6 การขับถ่ายอุจจาระ สามารถประเมินจากสอบถามการถ่ายอุจจาระในระยะ 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด มารดาอาจยังไม่ถ่ายอุจจาระก็ได้ถือว่าเป็นภาวะปกติ แต่ไม่ควรเกิน 4 วัน

หลังผ่าตัดท้องคลอดเนื่องจากมารดายังรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและน้ำไม่เพียงพอ

**1.7 เต้านม** ควรประเมินอาการคัดตึงเต้านมและการไหลของน้ำนม มารดาครรภ์แรกจะมีอาการคัดตึงเต้านมประมาณวันที่ 3 ถึง 4 หลังคลอด มารดาครรภ์หลังจะมีน้ำนมไหลเร็วขึ้นกว่านี้ ส่วนมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดจะเริ่มมีอาการคัดตึงเต้านมและน้ำนมไหลช้ากว่าปกติ เนื่องจากความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ภาวะเครียดหรือความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอด จะมีผลยับยั้งปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม (Let down reflex) (Lauwers & Breck, 2000) ซึ่งในระยะแรกของการคัดตึงเต้านมอาจยังไม่มีน้ำนมออกมาก็ได้เกิดจากการคั่งของน้ำเหลืองและเลือดดำ แต่อาการจะบรรเทาลงภายใน 24-48 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังควรประเมินประสิทธิภาพในการให้นมมารดา ซึ่งพยาบาลอาจนำเครื่องมือ แลช (LATCH scoring) ไปใช้ในการประเมิน เพื่อจะได้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง วิธีการประเมินคือ ให้คะแนน 0-2 ตามเกณฑ์ในแต่ละหัวข้อประเมิน 5 ข้อ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน และแบ่งคะแนนจากการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่า 5 คะแนนจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและควรติดตามดูแลใกล้ชิด 5-7 คะแนนจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ และ 8 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มปกติและติดตามดูแลปกติ

**2. การประเมินด้านจิตสังคม** มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าและนานกว่ามารดาที่คลอดปกติ และยังมีโอกาสเกิดภาวะอารมณ์เศร้า (Postpartum blues) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) มากกว่า เนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าและปรับตัวค่อนข้างลำบาก มารดาในขณะไม่สุขสบายและปวดแผลผ่าตัดมาก (Dickson, Silverman & Kaplan, 1998) โดยเฉพาะกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือผ่าตัดท้องคลอดกรณีฉุกเฉิน หรือตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีผลให้ความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ลดลง เนื่องจากไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ (Nichols & Zwelling, 1997)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด แต่ถ้ามารดาที่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องคลอด จะมีผลให้ความต้องการการพึ่งพามารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมงลดลง และเข้าสู่ระยะกึ่งพึ่งพา (Dependent-independent phase) หรือถ้าเรียกตามแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1961 cited in Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1995) จะเรียกว่า ระยะเทคกิ้ง โฮลด์ (Taking-hold phase) ซึ่งในระยะนี้มารดาเริ่มสนใจช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น ต่อมาเมื่อมารดามีความสุขสบายและช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นแล้ว มารดาจึงพร้อมที่จะเรียนรู้การดูแลทารกเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก และถ้ามารดาสามารถปรับตัวและทำหน้าที่ของการเป็นมารดาได้แล้ว มารดาจะเข้าสู่ระยะพึ่งพาตนเอง (Interdependent phase) หรือถ้าเรียกตามแนวคิดของรูบิน จะเรียกว่า ระยะเลตติ้ง โก (Letting-go phase) ซึ่งเป็นระยะที่มารดากลับบ้านแล้ว มารดาจำเป็นต้องยอมรับว่าทารกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเองอีกต่อไปแล้ว และต้องทิ้งบทบาทอิสระที่ไม่มีบุตรคอยเป็นห่วง (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2541)

ก่อนให้การพยาบาลแก่มารดาและครอบครัว พยาบาลสามารถประเมินข้อมูลจากการพูดคุย

สังเกต และสอบถามเกี่ยวกับความเครียด ความวิตกกังวล การรับรู้ต่อสัมพันธภาพที่ดีและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารก ความพร้อมในการดูแลทารก อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกกับทารกในเรื่อง 1) การสัมผัสทารก (Touch) เช่น การใช้มือสัมผัสร่างกายทารก การอุ้ม และการกอดจูบ 2) การสัมผัสทางตา (Eye to eye contact) เช่น การจ้องตากันระหว่างมารดาและทารก 3) การสัมผัสทางเสียง (Voice) เช่น การร้องเพลงหรือของทารก การพูดคุยกับมารดา 4) การสัมผัสทางกลิ่น (Odor) เช่น การแยกกลิ่นของทารก และ 5) การดื่มนม (Entrainment) เช่น การเล่นกับทารกโดยการโบกมือ ยกศีรษะ ยกเท้า (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1995) นอกจากนี้ยังควรประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นๆ เช่น สภาพทางอารมณ์ที่แสดงออกกับบุคคล ความไว้วางใจบุคคล เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้มารดาสามารถปรับตัวและแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม

### การดูแลสุขภาพมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง

พยาบาลควรดูแลมารดาภายหลังผ่าตัดท้องคลอด 24 ชั่วโมง ในเรื่องต่อไปนี้

1. การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดให้หายเป็นปกติอย่างรวดเร็ว ต้องอาศัยความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดแก่มารดา ดังนี้

1.1 การทำแผล แผลผ่าตัดท้องคลอดเป็นแผลสะอาดจะใช้แอลกอฮอล์ 70-75 เปอร์เซ็นต์ ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆแผลผ่าตัด (Dry dressing) ไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาใดๆทาบนผิวหนังของบาดแผล ยกเว้นกรณีมีก้อนเลือดหรือน้ำเหลืองค้างอยู่บริเวณหน้าแผล อาจใช้สำลีหรือก๊อชชุบน้ำเกลือชนิด 0.9 เปอร์เซ็นต์เช็ดด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อที่สร้างใหม่ ทำให้การหายของแผลช้าลง แล้วปิดแผลด้วยก๊อชสะอาดปราศจากเชื้อ บางสถาบันแพทย์จะให้เปิดทำแผลผ่าตัดท้องคลอด 24-48 ชั่วโมง เพราะการทำแผลจะรบกวนการสร้างเซลล์บุผิวใหม่และเสี่ยงต่อการติดเชื้อทำให้แผลหายช้า บางแห่งเมื่อทำแผลแล้วจะปิดแผลไว้ไม่ต้องทำอีกจนกว่าจะตัดไหม หรือบางแห่งจะปิดแผลแบบสะอาดปราศจากเชื้อจากห้องผ่าตัดด้วย พลาสเตอร์ที่ป้องกันการเปียกน้ำ (Tegaderm™) และไม่ต้องทำแผลจนกว่าจะตัดไหม

1.2 ดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้ามีการเปื้อนซึมของแผลจากเลือด หรือน้ำเหลือง หรือเปียกน้ำ ให้มารดารีบแจ้งพยาบาลให้ทราบเพื่อทำแผลและเปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่

1.3 อธิบายไม่ให้มารดาเปิดแผลเอง หรือแกะขอบแผลเพราะจะทำให้เชื้อโรคเข้าไปในแผลและเกิดการติดเชื้อได้

1.4 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลโดยเน้นอาหารที่มีโปรตีน เหลือแร่ และวิตามิน ซึ่งจะกล่าวในเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการหายของแผล การกลับคืนสู่ภาวะปกติของอวัยวะต่างๆในร่างกายหลังคลอด และการสร้างน้ำนม ในระยะนี้ถ้าการทำงานของ

ถ้าได้เป็นปกติ แพทย์จะให้มารดารับประทานอาหาร เริ่มจากจิบน้ำ ต่อมารับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ โดยมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจะมีความต้องการพลังงานลดลงเท่าระดับก่อนตั้งครรภ์ แต่ในมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นกว่าระยะตั้งครรภ์ประมาณ 200 กิโลแคลอรี (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2541) ดังนั้นควรส่งเสริมภาวะโภชนาการของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด ดังนี้

2.1 รับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มขึ้น สารอาหารชนิดนี้มีกรดอะมิโนและอัลบูมิน ที่เกี่ยวข้องกับการหายของแผล กรดอะมิโนเป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ส่งเสริมการงอกของเซลล์ไฟโบรกลาสท์ การสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) การสร้างเม็ดเลือดแดงเพื่อช่วยนำออกซิเจน ไปเลี้ยงแผลและทำให้แผลหายเร็วขึ้น การสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อช่วยในการทำลายสิ่งแปลกปลอม และการสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน (Collagen) เพื่อช่วยให้แผลมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ส่วนอัลบูมินจะช่วยลดอาการบวมของแผลและรักษาความสมดุลของแรงดันออสโมติก นอกจากนี้โปรตีนยังเป็นส่วนประกอบในน้ำนมที่มีผลต่อคุณภาพและปริมาณของน้ำนม

2.2 รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมันตามปกติ คาร์โบไฮเดรตจะให้กลูโคส เพื่อใช้ในการทำงานของลิโวไซท์และเซลล์ไฟโบรกลาสท์ที่ช่วยยับยั้งการติดเชื้อ ส่วนไขมันจะใช้เป็นพลังงานและรักษาสมดุลของการเผาผลาญอาหารระดับเซลล์ ดังนั้นมารดาควรเลือกรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated fatty acid) ที่จำเป็นต่อร่างกาย

2.3 รับประทานอาหารที่มีเกลือแร่และวิตามิน โดยเฉพาะเกลือแร่และวิตามินที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่

2.3.1 เหล็ก ช่วยในการสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน ซึ่งเป็น โปรตีนที่จำเป็นในการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผิวหนัง เป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่ช่วยนำออกซิเจน ไปเลี้ยงแผล และส่งเสริมเซลล์ลิโวไซท์ในการกำจัดแบคทีเรีย

2.3.2 สังกะสี ช่วยให้ผนังเซลล์อยู่ในภาวะปกติ สังเคราะห์คอลลาเจนและส่งเสริมการเจริญของเซลล์ที่สร้างใหม่

2.3.3 ทองแดงและแมกนีเซียม เป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างไฮคอลลาเจนและอีลาสติน (Elastin) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกายที่ช่วยบำรุงรักษาผิวหนังและทำให้ผิวหนังมีความยืดหยุ่น

2.3.4 วิตามินซี ช่วยในการสังเคราะห์ไฮคอลลาเจน เสริมสร้างความแข็งแรงของหลอดเลือดฝอยที่สร้างใหม่ เป็นองค์ประกอบในระบบภูมิคุ้มกัน ป้องกันการติดเชื้อมีการรักษาผิวของเม็ดเลือดขาวไม่ให้ถูกทำลายง่ายและทำลายเชื้อโรคได้รวดเร็ว รวมทั้งช่วยในการดูดซึมเหล็ก

2.3.5 วิตามินบีรวม ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่กำจัดแบคทีเรียของเม็ดเลือดขาว

2.3.6 วิตามินเค เป็นส่วนประกอบสำคัญในการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดที่ออกที่แผลผ่าตัดแข็งตัวปกติ ไม่เกิดการกั่งค้างในแผลมากและนานจนเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ และ

เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาของเอ็นไซม์ในการสังเคราะห์กรดอะมิโนที่จำเป็นในการสร้างไขคอลลาเจน

2.3.7 วิตามินเอ มีความสำคัญในการสร้างเยื่อผิวคอลลาเจนและความแข็งแรงของผิวหนัง และป้องกันการติดเชื้อ

2.4 ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 8-10 แก้ว หรือจะดื่มนมและเครื่องดื่มต่างๆ ทดแทน

2.5 งดอาหารและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาของเหล้า กาแฟ บุหรี่ สิ่งเหล่านี้สามารถผ่านน้ำนมไปมีผลต่อทารกได้ ถึงแม้นิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่จะผ่านน้ำนมได้น้อย แต่ทารกจะได้รับสารนี้ทางอ้อม (Passive smoking) จากการหายใจขณะมารดาสูบบุหรี่และไปรบกวนการปล่อยออกซิเจนเข้าเนื้อเยื่อของฮีโมโกลบิน ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและแผลหายช้า

3. การดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ควรแนะนำให้มารดาทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำในกรณีที่แผลปิดด้วยพลาสติกกันน้ำ หรือเช็ดตัวในส่วนบนและอาบน้ำในส่วนล่างของร่างกาย และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายทุกครั้ง ส่วนกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ พยาบาลควรดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและเย็น

4. การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มารดาบางรายหลังนำสายสวนปัสสาวะออกแล้ว อาจยังไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ พยาบาลควรช่วยกดเบาๆเหนือหัวหน้าขณะมารดานั่งถ่ายปัสสาวะ หรือแนะนำวิธีการให้มารดาลองกดเอง หรือใช้น้ำอุ่นราดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ถ้ามารดาปัสสาวะไม่ออกอาจต้องสวนปัสสาวะทิ้ง (Intermittent catheter) การสวนปัสสาวะควรใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะและปริมาณปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือมารดาบางรายอาจมีอาการปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะขัด หรือปวดเวลาปัสสาวะเสร็จ ควรแนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร ถ้าไม่มีข้อห้ามให้จำกัดน้ำ เพื่อกำจัดแบคทีเรียออกมาทางปัสสาวะ ไม่กลั้นปัสสาวะไว้ และบริหารกล้ามเนื้อหูรูด กระเพาะปัสสาวะด้วยการขมิบช่องคลอด (Kegel exercise) ซึ่งสามารถทำในช่วงใดก็ได้ที่สะดวก (Olds, London & Ladewig, 2000) หรืออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-20 ครั้ง

มารดาในระยะ 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดส่วนใหญ่จะยังไม่ถ่ายอุจจาระ พยาบาลควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยและดื่มน้ำให้เพียงพอ และให้เวลาในการนั่งถ่ายอุจจาระ แต่ถ้าเกิน 4 วันแล้วยังไม่ถ่ายอุจจาระ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระ

5. การบริหารร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด เมื่อมารดาทุเลา อาการปวดแผลผ่าตัดและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ควรเริ่มบริหารร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติและมีทรงทรงงดงาม การบริหารร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดทำเช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ แต่ออกแรงเบาๆก่อน ส่วนการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือออกกำลังกายหนักๆควรทำหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ (ศิริพร ภัณฑุชะ และคณะ, 2545) การออกกำลังกายในระยะแรกๆ จะปวดแผลผ่าตัดมาก มารดาอาจใช้หมอน 1-2 ใบหนุนศีรษะ ไหล่ และหลัง และใช้หมอนอีกใบรองใต้ต้นขา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนและบรรเทาอาการเจ็บตึงแผล หรือใช้หมอนพุงบริเวณแผลผ่าตัด หรือใช้ผ้ายึดพุงหน้าท้องไว้ และควร

เริ่มด้วยท่าง่ายๆ ไม่ออกแรงมาก ต่อมาจึงค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในการบริหารร่างกายขึ้นเรื่อยๆ และก่อนออกกำลังกายมารดาควรเตรียมตัวให้พร้อม เช่น สวมกางเกงหลวมๆ ถ่ายปิศาจให้เรียบร้อย ให้ทารกคุ้นเคยให้อุ้มหรือบริหารร่างกายช่วงที่ทารกหลับ จะช่วยให้มารดาบริหารร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง

#### ท่าที่ 1 ท่าหายใจด้วยท้อง (Abdominal breathing)

วิธีทำ ให้นอนราบมือทั้งสองข้างวางไว้บนท้องหรือประคองแผลไว้หรือวางไว้ข้างลำตัว สูดหายใจเข้าให้เต็มที่พร้อมทั้งเบ่งให้ท้องโป่งตึง แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก พร้อมแขม่วท้องหรือเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องไว้ นับในใจ 1 ถึง 5 แล้วคลาย ทำท่านี้ 5-10 ครั้ง

ประโยชน์ 1. ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงและลดไขมันหน้าท้อง

2. ช่วยให้ปอดขยายตัวดี

#### ท่าที่ 2 ท่ายกแขน (Arm raises)

วิธีทำ ให้นอนหงายกางแขนออกทั้งสองข้างให้ตั้งฉากกับลำตัว ค่อยๆ ยกแขนขึ้นไปด้านหน้าจนตั้งฉากกับหน้าอก ให้มือสัมผัสกันพักไว้สักครู่ แล้วค่อยๆ ลดแขนลงวางข้างลำตัว ทำท่านี้ 5-10 ครั้ง

ประโยชน์ ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก

#### ท่าที่ 3 ท่ายกสะโพก (Buttocks lift หรือ Pelvic tilt)

วิธีทำ ให้นอนหงายวางแขนทั้งสองข้างไว้ข้างลำตัว ชันขาทั้งสองข้าง แล้วยกสะโพกขึ้นพร้อมเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ช่องคลอดไว้ 2-3 นาที หรือนับในใจ 1 ถึง 5 ค่อยๆ วางสะโพกลงพร้อมผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งไว้ ทำท่านี้ 5-10 ครั้ง

ประโยชน์ 1. เป็นการบริหารกล้ามเนื้อหลัง สะโพก หน้าท้อง และฝีเย็บ

2. ช่วยเพิ่มความสามารถของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเปิดช่องปิศาจ ช่องคลอด และทวารหนัก

#### ท่าที่ 4 ท่าคางแตะอก (Chin to chest หรือ Head raises)

วิธีทำ ให้นอนหงายขาเหยียดตรงหรือชันเข่าทั้ง 2 ข้าง แขนข้างลำตัวหรือหน้าท้องเพื่อประคองแผลผ่าตัด ยกศีรษะขึ้นให้คางจรดหน้าอก แล้วค่อยๆ วางศีรษะลง ทำท่านี้ 5-10 ครั้ง

ประโยชน์ ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงและลดไขมันหน้าท้อง

6. การส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดมีโอกาสล้มเหลวในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสูงกว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ความวิตกกังวลและการให้ทารกดูดนมช้า มีผลให้การกระตุ้นปฏิกิริยาเลตทาวในการหลั่งน้ำนมและสร้างน้ำนมช้าลง โดยเฉพาะกรณีมารดาได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และมารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนจนทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้ ถ้าทารกไม่ได้ดูดนมมารดาภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอดจะมีผลให้การผลิตน้ำนมลดลงและมีผลให้ฮอร์โมน โพรแลคตินกลับสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลควรดูแลช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการให้นม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับมารดา รวมทั้งให้คำชมเชยเพื่อเป็นกำลังใจเมื่อมารดาปฏิบัติได้ดีหรือถูกต้อง ในรายที่ทารกแยกไปอยู่ที่แผนกทารกแรกเกิดป่วย ถ้าทารกสามารถดูดนมมารดาได้ควรกระตุ้นมารดาไปให้นมทารก

หรือบีบน้ำนมไปให้ทารกกรณีที่ทารกยังไม่สามารถดูดนมมารดาเองได้

ในรายที่มีอาการคัดตึงเต้านมแต่ยังไม่มีย่านนมไหล ควรดูแลด้วยการประคบด้วยความร้อนสลับความเย็นหรือวางกระเป๋าน้ำแข็ง ไม่ควรบีบหรือปั้มน้ำนมออกมา เพราะการปั้มจะทำให้เต้านมชอกช้ำและนำไปสู่การอักเสบของเต้านม และใส่เสื้อยกทรงพยุงเต้านม ถ้ามีอาการคัดตึงเต้านมมาก ควรดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น พาราเซตามอล ในรายที่คัดตึงจากการกั่งของน้ำนม ควรกระตุ้นมารดาให้ทารกดูดนมบ่อยๆ และสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 8 ครั้ง และหลังจากทารกดูดนมแล้ว ยังมีอาการคัดตึงมาก ควรบีบหรือปั้มน้ำนมทิ้ง และสวมเสื้อยกทรงพยุงเต้านมไว้ หรือใช้วิธีประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่นก่อนให้นม และประคบเต้านมด้วยผ้าเย็นจัดหรือกระเป๋าน้ำแข็งภายหลังให้นม หรือประคบด้วยความร้อนเย็นประมาณ 20 นาที (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2541) หรือใช้วิธีอาบน้ำอุ่นจะช่วยให้รู้สึกสบายและบรรเทาอาการคัดตึงเต้านมได้

7. การส่งเสริมสุขภาพจิตดีของมารดาและสัมพันธ์ภายในครอบครัว มารดาในระยะหลังผ่าตัดต้องคลอดจะมีพฤติกรรมที่พานานกว่ามารดาคลอดปกติ พยายามควรเข้าใจความรู้สึก ความต้องการ และความสามารถของมารดา รวมทั้งดูแลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกขณะมารดาฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก พร้อมทั้งให้เอกสารเพื่อใช้ประกอบการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก และใช้ทบทวนในขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลหรือความเครียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก

การสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ ในครอบครัว ประสบการณ์ที่เคยได้รับ ทักษะคิดต่อทารก การจำกัดเวลาเยี่ยมและกิจกรรมการดูแลทารก จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกมากที่สุดคือ วุฒิภาวะทางอารมณ์ของบิดามารดา และยังพบว่าครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นและมีการติดต่อสื่อสารที่ดี จะส่งผลให้ทารกมีลักษณะสดชื่นและคล่องแคล่ว (Wilson, et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าบิดาที่มีประสบการณ์การดูแลทารกจะมีคะแนนสัมพันธ์ระหว่างบิดากับทารกสูงกว่าบิดาที่ไม่มีประสบการณ์ (Ferketich & Mercer, 1995) ดังนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างมารดา ทารก และครอบครัวด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับถึงวิธีการเลี้ยงดูทารก และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลมารดาและทารก เช่น เช็ดตัวให้มารดา อาบน้ำทารก รวมทั้งแนะนำให้ครอบครัวพานุตรคนก่อนมาเยี่ยมมารดาและทารก เพื่อให้บุตรคนก่อนรู้สึกมั่นใจว่ามารดาสบายดี ยังรักตนเองอยู่ และยังเป็นกรสร้างควมคุ้นเคยกับน้องใหม่ ส่วนกรณีที่ทารกต้องแยกไปอยู่หน่วยทารกแรกเกิดป่วย พยายามควรกระตุ้นให้มารดาไปเยี่ยมทารกหรือให้นมมารดาแก่ทารกบ่อยๆ และดูแลช่วยเหลือให้มารดาเกิดความมั่นใจ มีทักษะและปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดาได้อย่างมีคุณภาพ

8. การให้คำแนะนำมารดาก่อนกลับบ้าน ถ้ามารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์จะอนุญาตให้มารดากลับบ้านได้ในวันที่ 3 หรือ 4 หลังผ่าตัดต้องคลอด พยายามควรเริ่มให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้องคลอด และการดูแลทารกตั้งแต่มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ เพื่อให้มารดาสามารถ

ดูแลสุขภาพของตนเองและทารกได้อย่างถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ก่อนให้คำแนะนำหรือให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัว พยาบาลควรประเมินความต้องการและความรู้จากการพูดคุยหรือการสังเกต เพื่อให้คำแนะนำได้ตรงกับความต้องการและความสนใจของมารดา วิธีให้คำแนะนำมีหลายรูปแบบควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อเรื่อง เห็นภาพชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น การสาธิตการอาบน้ำเด็กและสาธิตย้อนกลับ การสอนการให้นมมารดาด้วยสื่อโทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ และให้เอกสารแก่มารดาทบทวนเอง หรืออ่านเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาขณะอยู่ที่บ้าน เนื้อหาในการให้คำแนะนำแก่มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด มีดังนี้

**8.1 การดูแลแผลผ่าตัด** ควรดูแลแผลให้แห้งระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้าแผลเปียกน้ำควรทำแผลใหม่ที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือคลินิกใกล้บ้าน ในกรณีที่ปิดแผลด้วยพลาสติกที่ป้องกันการเปียกน้ำมารดาไม่ต้องไปทำแผล ให้รอจนครบกำหนดตัดไหมจึงทำแผลและตัดไหม การตัดไหมต้องพิจารณาตามชนิดไหม ถ้าเป็นไหมละลายไม่ต้องตัดไหม แต่ถ้าเป็นไหมธรรมดาจะนัดตัดไหมเมื่อครบ 7 วันเต็มหลังผ่าตัด รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติของแผลที่มารดาควรรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด เช่น แผลบวม แดง ร้อน มีหนองไหล และแผลแยก เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็วก่อนที่จะมีอาการรุนแรง

**8.2 การพักผ่อนและการทำงาน** ควรพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงจนรู้สึกแข็งแรงเหมือนปกติ มารดาที่เลี้ยงทารกด้วยตนเองจะนอนพักผ่อนในตอนกลางคืนไม่เพียงพอเนื่องจากต้องให้นมทารก มารดาควรหาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวันในขณะที่ทารกหลับให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย ในระยะ 6-8 สัปดาห์แรกมารดาสามารถทำงานบ้านเบาๆ โดยค่อยๆ เพิ่มทีละน้อย และควรงดการทำงานหนัก หรือยกของหนักๆ หรืองานที่ต้องออกแรงเบ่ง เนื่องจากกล้ามเนื้อและเอ็นที่ยึดมดลูกยังต้องรอการหดกลับคืนสู่ปกติ การยกของหนักจะมีผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น จนอาจทำให้มดลูกเคลื่อนต่ำลง (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2541) หรือมดลูกหย่อนได้ตามการหย่อนของเอ็นที่ยึดมดลูก

**8.3 การรับประทานอาหาร** ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกายและความต้องการของทารก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้ทุกชนิด ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 8-10 แก้ว อาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชาคองเหล้า อาหารที่ไม่สะอาด อาหารสุกๆดิบๆ อาหารหมักดอง น้ำชา และกาแฟ นอกจากนี้ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากยาบางชนิดมีผลทำให้ปริมาณน้ำนมลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของทารก และอาจมีผลต่อความสามารถด้านร่างกายและอารมณ์ในการดูแลทารกของมารดา

**8.4 การทำความสะอาดร่างกาย** ในระยะที่ยังไม่ตัดไหม มารดาควรเช็ดตัวในส่วนบนของร่างกายและอาบน้ำในส่วนล่างของร่างกายให้สะอาด แต่ต้องระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ กรณีแผลผ่าตัดปิดด้วยพลาสติกป้องกันการเปียกน้ำมารดาสามารถอาบน้ำหลังผ่าตัดได้ตามปกติวันละ 2 ครั้ง ด้วยวิธีการดักอาบหรือใช้ฝักบัว ไม่ควรแช่ลงไปในห้องอาบน้ำหรือแม่น้ำลำคลอง และสระผมตามปกติ



2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนอวัยวะสืบพันธุ์ควรทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้งและเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆเมื่อชุ่มเหมือนขณะมีประจำเดือน

**8.5 การบริหารร่างกาย** ควรบริหารร่างกายต่อไปอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอดหรือทำมากกว่านี้ตามความจำเป็นหรือความต้องการของมารดาแต่ละคน

**8.6 การมีเพศสัมพันธ์** มารดาควรควมมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดหรือจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก กรณีที่ต้องการจะมีเพศสัมพันธ์ควรให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย และมารดาอาจรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอดได้ เนื่องจากช่องคลอดจะค่อนข้างแห้ง จึงควรใช้ครีมหล่อลื่นช่วยขณะมีเพศสัมพันธ์

**8.7 การมีประจำเดือน** มารดาที่ไม่ได้เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองจะมีประจำเดือนครั้งแรกหลังคลอดประมาณ 7-9 สัปดาห์ แต่ถ้าเลี้ยงทารกด้วยนมตนเองอาจไม่มีประจำเดือนตลอดระยะที่ให้นมทารกหรือมีช้ากว่ามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงทารกด้วยนมตนเอง และเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกหลังคลอดอาจมีมากกว่าปกติ แต่ไม่ควรเกิน 7 วัน ถ้ามีประจำเดือนมากกว่า 7 วันควรรีบมาโรงพยาบาล

**8.8 การวางแผนครอบครัว** มารดาที่มีบุตรเพียงพอแล้วและเลือกทำหมันหญิงจะได้รับการทำหมันพร้อมกับการผ่าตัดท้องคลอด ในกรณีที่ยังต้องการมีบุตรอีก ควรแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ข้อดี ข้อเสีย และวิธีทำหรือวิธีใช้แบบต่างๆ โดยให้มารดาปรึกษากับสามีถึงจำนวนบุตรที่ต้องการและระยะห่างของการมีบุตร แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการ ซึ่งสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมและรับบริการได้ที่หน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาล สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิก

**8.9 การตรวจหลังคลอด** การนัดตรวจหลังผ่าตัดท้องคลอดจะเหมือนหลังคลอดปกติคือ 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อตรวจการกลับคืนสู่ปกติของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap smear) การวางแผนครอบครัว และการปรับตัวของมารดาหลังคลอด การตรวจหลังผ่าตัดท้องคลอดประกอบไปด้วยซั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม ตรวจภายใน และคุมกำเนิด มารดาสามารถไปรับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก

**8.10 อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ได้แก่**

- มีไข้สูง
- แผลผ่าตัดมีลักษณะปวด บวม แดงร้อน มีหนอง หรือแผลแยก
- น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นหรือมีสีแสดตลอดไม่จางลงหรือมีออกมากขึ้น
- ถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือแสบขัดเวลาถ่ายปัสสาวะ
- เต้านมอักเสบ บวมแดง แข็งเป็นก้อน และกดเจ็บ
- หนองบวมแดงและกดเจ็บ

**8.11 การดูแลทารก** ปัจจุบันทารกแรกเกิดจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีครั้งที่ 1 (HB<sub>1</sub>) และวัคซีนป้องกันโรควัณโรค (BCG) วิตามินเค รวมถึงการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะ

ปัญญาอ่อนจากต่อมธัยรอยด์บกพร่อง (Congenital hypothyroidism) และโรคเพนิลคิโตนูเรีย (Phenylketonuria: PKU) พยาบาลจำเป็นต้องอธิบายข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับทารกให้มารดาเข้าใจและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารก ดังนี้

**8.11.1 การดูแลทารกทั่วไป** เป็นคำแนะนำเกี่ยวกับการอาบน้ำ การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การให้อาหารเสริม การตรวจสุขภาพ การรับวัคซีนป้องกันโรค และอาการผิดปกติที่ควรนำทารกมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด การให้คำแนะนำในบางเรื่องควรมีการสาธิตให้มารดาดูและให้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้มารดาเกิดทักษะและมีความมั่นใจ เช่น การอาบน้ำให้ทารก

**8.11.2 การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา** นมมารดาเป็นอาหารที่จำเป็นต่อทารกในช่วงอายุ 4-6 เดือนแรก และสามารถให้ต่อไปจนทารกอายุ 2 ปี (Dickason, Silverman & Kaplan, 1998) พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและจงใจให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังน้อย 4 เดือน มารดาที่ทำงานนอกบ้านจะหยุดพักหลังคลอด เพื่อให้นมได้ไม่ถึง 4 เดือน เช่น ข้าราชการจะหยุดหลังคลอดได้ประมาณ 90 วัน โดยได้รับเงินเดือนเต็ม ผู้ที่ทำงานเอกชนจะลาหยุดหลังคลอดได้ประมาณ 45-60 วัน ดังนั้นเมื่อมารดากลับไปทำงานแล้วยังต้องการให้ทารกดูคนมตัวเองอยู่ สามารถให้ทารกดูคนมทารกได้ก่อนไปทำงาน เมื่อกลับจากทำงาน และตลอดช่วงกลางวัน ส่วนกลางวันให้ป้อนทารกด้วยนมมารดาที่บีบเก็บไว้ในช่วงที่มารดาทำงานอยู่ โดยบีบนมให้เกลี้ยงทั้ง 2 เต้าใส่ขวดพลาสติกที่สะอาด ไม่ควรใช้ขวดแก้วเพราะขวดแก้วจะทำให้แอนติบอดี (Antibody) เกาะข้างขวด (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2545) จากนั้นแช่ตู้เย็นไว้และนำกลับบ้านโดยใส่กระติกน้ำแข็งหรือกล่องโฟม แล้วนำไปแช่ตู้เย็นเก็บไว้ป้อนทารกตอนกลางวันของวันต่อไปโดยไม่ต้องต้ม เพราะการต้มจะทำให้นมจับเป็นก้อนและเสียคุณค่าทางอาหาร น้ำนมที่เก็บไว้ถ้าไม่ใส่ในตู้เย็นจะเก็บได้ 6 ชั่วโมง ถ้าเก็บในตู้เย็นจะเก็บได้ 24 ชั่วโมง (สุสันหา ชัมเข้ม และคณะ, 2545) ถ้าเก็บในช่องแช่แข็งจะเก็บได้ 3 เดือน (Gromada & Spangler, 1998 อ้างในวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2545)

#### วิธีการบีบเก็บนมมารดา

- (1) เตรียมภาชนะที่จะเก็บนมด้วยการต้มในน้ำเดือดอย่างน้อย 10 นาที
- (2) ล้างมือให้สะอาดแล้วใช้ฝ่ามือนวดคลึงเต้านมบ่อยๆ ทั้ง 2 ข้าง
- (3) ใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางที่ขอบนอกของลานนม นิ้วที่เหลือประคองอยู่ใต้เต้านม
- (4) กดนิ้วทั้ง 2 เข้าหาหน้าอกมารดา แล้วบีบนิ้วเข้าหากัน น้ำนมจะพุ่งออกมา จากนั้นคลายนิ้วออกและเริ่มทำซ้ำโดยกด บีบ และปล่อยให้เป็นจังหวะ

(5) การเก็บน้ำนมควรบีบน้ำนมทิ้ง 3 ครั้งก่อน แล้วจึงเก็บใส่ขวดเท่าที่ทารกจะต้องกินในแต่ละมื้อ เมื่อเก็บเสร็จให้ปิดฝาให้สนิททันทีและเก็บใส่ตู้เย็น

#### การป้อนนมให้ทารก

ควรป้อนนมให้ทารกด้วยถ้วยจะดีกว่าให้ทารกดูคนมจากขวด เพราะทารกอาจติดขวดนมจนไม่ยอมดูคนมมารดาอีก วิธีการมีดังนี้

(1) เตรียมแก้วใสที่ขอบไม่หนา สะอาด ขนาดพอเหมาะกับปริมาณน้ำนมที่ทารกจะกินในมือนั้น

(2) ให้ผู้ป้อนอยู่ในท่าสบายและจับทารกให้นั่งบนตัก แล้วใช้ฝ่ามือจับบริเวณต้นคอทารกเพื่อให้ทารกอยู่ในท่าเอนไปด้านหลังเล็กน้อย

(3) ใช้มือจับด้วยแบบที่ใช้นิ้วช่วยกระดกด้วยได้ ให้สันมือแตะที่หน้าอกของทารก วางปากแก้วให้แนบกับปากของทารก เอียงแก้วจนน้ำนมไหลมาแตกที่ริมฝีปาก แต่ห้ามเทนมเข้าปากทารก ทารกจะดูดและกลืนนมเป็นจังหวะตลอดเวลาที่เอียงแก้วอยู่ที่ริมฝีปาก

**8.12 การรับสูติบัตรและการแจ้งบุตรเข้าทะเบียนบ้าน** การรับสูติบัตรจะแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ตลอด บิดาและมารดาสามารถไปรับได้ที่เทศบาล อำเภอ หรือเขตต่างๆ ตามท้องที่ที่สถานที่คลอดบุตรตั้งอยู่ ในการออกสูติบัตรและการเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้านต้องทำภายใน 15 วันนับตั้งแต่วันที่ทารกเกิด และควรเตรียมหลักฐานจากสถานที่คลอด สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าของบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชนของบิดามารดา เพื่อรับสูติบัตรและเพิ่มชื่อบุตรเข้าทะเบียนบ้านของตนในท้องที่ตามทะเบียนบ้าน และตามเวลาที่กฎหมายกำหนด หากไม่แจ้งตามที่กฎหมายกำหนดไว้จะมีความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท

### 3. มาตรฐานการพยาบาลมารดาผ่าตัดท้องคลอดของโรงพยาบาลต้ง

#### มาตรฐานที่ 1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาให้พร้อมที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
  2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
  3. เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาในระยะก่อน และหลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : คลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาด้วยท่าที่เป็นกันเอง
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจโดยพยาบาลรับฟังคำบอกเล่าของมารดาด้วยท่าที่เอาใจใส่สังเกตสีหน้าและพฤติกรรมการแสดงออก
3. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่เกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องผ่าตัด
4. อธิบายการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดพร้อมเหตุผลได้แก่
  - รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
  - พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด
  - อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ปากและฟันเย็นวันก่อนผ่าตัด สระผม ตัดเล็บให้สั้นในรายที่ทาเล็บควรล้างออก

- งดน้ำและอาหารหลัง 24.00 น. ก่อนวันผ่าตัด (หรือก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง)
  - แจ้งให้ทราบว่าจะต้องกลายสวนปัสสาวะเข้าของวันผ่าตัด (คาไว้ประมาณ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด)
  - ถอดฟันปลอม คอนแทค เลนส์ เครื่องประดับต่างๆออกให้หมดในวันผ่าตัด
  - แจ้งให้ทราบว่าต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและแนะนำวิธีปฏิบัติตัวขณะได้รับสารน้ำ
5. เตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ด้วยการอาบน้ำให้สะอาด ปัจจุบัน ไม่มีการโกนขนบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์
  6. ติดตามผลเลือดและผลการตรวจที่เกี่ยวข้องตามแผนการรักษาให้ครบก่อนผ่าตัด
  7. ตรวจใบเซ็นยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนผ่าตัด
  8. ให้กำลังใจมารดาโดยบอกให้ทราบว่า ขณะผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี

เป้าหมายการพยาบาล : มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ภายหลังผ่าตัด

#### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้ โดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรม
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำผ่าตัด เช่น ขั้นตอนในการเตรียมผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก วันเวลาที่ผ่าตัด และระยะเวลาของการทำผ่าตัด โดยประมาณ
3. บอกถึงสภาวะหรือสภาพการณ์ภายหลังผ่าตัด ได้แก่
  - สถานที่พักหรือเตียงที่จะพักฟื้นภายหลังออกจากห้องผ่าตัด สิ่งต่างๆที่ติดตัวมาเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เช่น สายน้ำเกลือ และสายสวนปัสสาวะ
  - ยาระงับปวดที่จะได้รับเมื่อมีความเจ็บปวด , ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เช่น การพลิกตัวหลังผ่าตัด การลุกเดิน โดยเร็ว (Early ambulation) โดยอธิบายให้มารดาทราบว่าภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง มารดาสามารถลุกเดินได้เมื่อสภาพโดยทั่วไปพร้อมที่จะลุกเดินได้

## มาตรฐานที่ 2. การพยาบาลขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์ มารดาและทารกได้รับความปลอดภัยในการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : ปลอดภัยจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

#### กิจกรรมพยาบาล

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างครบถ้วน ส่งเครื่องมืออย่างถูกต้องรวดเร็ว

2. วัดสัญญาณชีพทุก 10-15 นาที
3. ประเมินการสูญเสียเลือดของมารดาโดยการบันทึกจากผ้าซับเลือด และปริมาณเลือดที่สูญเสียโดยรอบบริเวณที่ทำผ่าตัด
4. สังเกตอาการแสดงของการตกเลือดได้แก่ เลือดออกมาก ชีต ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น
5. สังเกตจุดเลือดออกในช่องท้อง ถ้าพบรีบรายงานแพทย์
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
7. สังเกตสีและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกชั่วโมง

เป้าหมายการพยาบาล : ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะอุกมันในระบบทางเดินหายใจ

กิจกรรมพยาบาล

1. ใช้ลูกยางแดงดูดเมือกหรือน้ำคร่ำในจมูกปากและคอ หรืออาจใช้สายยางเล็กๆ สอดลงไปดูดในรายที่มีเมือกหรือน้ำคร่ำอยู่ลึก
2. กระตุ้นให้ทารกร้อง โดยการเช็ดเบาๆ ที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าหรือลูบเบาๆ บริเวณหน้าอก
3. ในรายที่ทารกมีอาการแสดงว่าขาดออกซิเจน เช่น ปากเขียว ผิวคล้ำหรือซีดขาว ควรให้ O<sub>2</sub> mask ไว้จนกว่าผิวทารกจะมีสีแดง หายใจสม่ำเสมอ

เป้าหมายการพยาบาล : ทารกแรกเกิดไม่เกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ใช้ผ้ารับทารกและรีบเช็ดตัว และห่อทารกด้วยผ้าแห้ง
2. ทำการพยาบาลทารกภายใต้ radiant warmer

### มาตรฐานที่ 3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด จะเริ่มต้นจากการเคลื่อนย้ายมารดามาห้องพักฟื้น ภายหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง จนกระทั่งย้ายมาแผนกสูติกรรม(หลังคลอด)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด
2. ช่วยลดความไม่สุขสบายและช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ
3. เสริมสร้างความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา บิดาและทารก
4. ช่วยเหลือให้ครอบครัวเข้าใจและขอรับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องให้ เป็นไปในทางที่ดี
5. เพื่อป้องกันและลดอัตราการอักเสบติดเชื้อของระบบต่างๆ
6. เพื่อช่วยให้ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจให้ดี และเร็วขึ้น

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิตทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชม.จนกว่าจะคงที่
2. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการแสดงของการตกเลือด เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ชีต ตัวเย็น
3. สังเกตอาการซีดของมารดา โดยดูลักษณะของสีผิวหนัง สีเล็บ เยื่อบุตา
4. ตรวจสอบชีพจรและสังเกตลักษณะของเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอดโดยสังเกตจากการชุ่มผ้าอนามัย
5. บันทึกและสังเกตลักษณะ, จำนวนของปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชม.
6. ตรวจสอบและดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

เป้าหมายการพยาบาล : ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเตียงที่มีราวกัน เหล็กและอุปกรณ์ให้พร้อม เช่น ชามรูปไต เสวแขวนสารน้ำ อุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจน
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยการเรียกชื่อ นามสกุล สถานที่ อย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที
3. จัดทำให้อนราบไม่หนุนหมอนคางหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง (ประมาณ 8-12 ชม.) ขึ้นอยู่กับชนิดของยาระงับความรู้สึก
4. ดูแลความปลอดภัยโดยกรวากันเตียงขึ้น 2 ข้าง
5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิตทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชม.จนกว่าจะคงที่
6. สังเกตและบันทึกอาการของการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เล็บมือและเล็บเท้าเขียว หายใจลำบาก ถ้าพบรีบให้  $O_2$  และรายงานแพทย์ทันที
7. เมื่อมารดารู้สึกตัวดีแล้วกระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆช้าๆและไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.

เป้าหมายการพยาบาล : ปวดแผลน้อยลง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสังเกตอาการสีหน้าท่าทาง คำบอกเล่าของมารดา
2. ให้ข้อมูลแก่มารดาถึงสาเหตุของการเจ็บปวด
3. แนะนำให้ใช้มือประคบแผลผ่าตัดขณะไอหรือมีการเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวช้าๆ

4. ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวลและไม่รีบร้อนมากเกินไป
5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Morphine หรือ Pethidine
6. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆและผ่อนลมหายใจออกทางปาก
7. ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายโดยช่วยเช็ดตัว

เป้าหมายการพยาบาล : ปลอดภัยหรือไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม.
2. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีปวดบวมแดงร้อนหรือมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติหรือไม่
3. แนะนำดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ห้ามเปิด แคะเกาแผล
4. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยล้างจากหน้าไปหลัง ไม่ย้อนไปมา
5. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ
6. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. เปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ชุ่ม และล้างมือหลังเปลี่ยนผ้าอนามัย
8. เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าโดยเฉพาะ โปรตีนสูงเช่นนม ไข่ เนื้อสัตว์ ฯลฯ

เป้าหมายการพยาบาล : สุขสบายขึ้น ไม่ปวดแผลผ่าตัดหรือปวดน้อยลง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด
2. แนะนำนอนในท่าศีรษะสูง
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะปวดแผล โดยแนะนำให้เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ประคองแผลขณะลุกหรือเดิน
4. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุย
5. ถ้ามีอาการปวดทุเลาลง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็ว
6. ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Morphine หรือ Pethidine

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีภาวะท้องอืด

กิจกรรมพยาบาล

1. ภายหลัง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกระตุ้นให้มารดาลุกจากเตียงโดยเร็ว และบอกให้รู้ถึงประโยชน์
2. เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ให้เริ่มจากอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาตามลำดับ

3. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มแก๊สในลำไส้ เช่น น้ำอัดลม กะหล่ำปลี ขนมหั้ว ถั่วต่างๆ เป็นต้น
4. กรณีที่อาการท้องอืดมากให้จับลมตามแผนการรักษา

เป้าหมายการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพกับบุตร

กิจกรรมพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลังคลอดทันที โดยการบอกเพศ กระตุ้นให้สังเกตลักษณะเด่นของบุตรหลังคลอดทันที
2. ชี้แจงประโยชน์ของสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะทันทีหลังคลอด 6 ชั่วโมงหลังคลอด
3. แนะนำและสนับสนุนมารดาและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ตลอดจนการดูแลบุตร เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ نرم สัมผัส เป็นต้น
4. กล่าวชมเชยและสมาชิกในครอบครัวสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร เช่น มีการจ้องตาบุตร อุ้มบุตรด้วยท่าที่อบอุ่น
5. สนับสนุนให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

เป้าหมายการพยาบาล : คัดตึงเต้านมหรือไม่คัดตึงเต้านม

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาเข้าใจว่า อาการคัดตึงเต้านมเป็นอาการปกติภายหลังคลอดจะมีอาการเพียง 1-2 วัน อาการคัดตึงเต้านมจะทุเลาลงเมื่อให้บุตรดูดนมเร็วบ่อย และในท่าที่ถูกวิธี
2. จัดให้พักผ่อนบนเตียง
3. การประคบประกองเต้านมด้วยการใส่เสื้อยกทรงที่กระชับเต้านม
4. อาบน้ำอุ่นหรือประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น
5. กรณีที่มารดามีอาการคัดตึงเต้านมและปวดมากให้ประคบด้วยน้ำเย็นหรือน้ำแข็งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
6. แนะนำการให้บุตรดูดนมหรือบีบน้ำนม

เป้าหมายการพยาบาล : มีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดและเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด
2. แนะนำการดูแลแผล โดยไม่ให้แผลถูกน้ำ ห้ามเปิดและเกาแผล สังเกตลักษณะแผลผ่าตัดว่ามีรอยแยกหรือไม่ ครบ 7 วันจึงไปตัดไหมที่คลินิกใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล หลังตัดไหมสามารถอาบน้ำได้ตามปกติแต่ควรซับแผลให้แห้งสนิท



3. แนะนำการทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกวิธี โดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง หลังการขับถ่ายทุกครั้งไม่ย้อนไปมา
4. แนะนำการรับประทานอาหารโดย
  - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าสูงเน้นโปรตีนและธาตุเหล็ก เช่น เนื้อ นมไข่ ผักและผลไม้ ฯลฯ
  - งดอาหารหมักดองและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. แนะนำการออกกำลังกายสม่ำเสมอไม่หักโหม
6. แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
7. งดทำงานหนักหรือยกของหนักหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์
8. งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด
9. แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ชุ่มหรือทุก 3-4 ชั่วโมงและจับใส่ผ้าอนามัยอย่างถูกต้องโดยจับผ้าอนามัยด้านไกลตัวใส่และถอดผ้าอนามัยจากด้านหน้าไปด้านหลังของอวัยวะสืบพันธุ์
10. ให้ความรู้ในเรื่องยาปฏิชีวนะว่าให้รับประทานอย่างต่อเนื่องและให้ครบตามแผนการรักษา
11. เน้นให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
12. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ไข้ แผลบวมแดงหรือแผลแยก ปวดท้องน้อยมาก

## สรุป

การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องการให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะทางด้านจิตสังคมของมารดาและครอบครัวที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอดกรณีฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้อย่างละเอียดเกี่ยวกับการประเมินและการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตสังคมก่อนผ่าตัดท้องคลอด การพยาบาลขณะทำผ่าตัดท้องคลอด และการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด รวมทั้งการให้การพยาบาลแก่ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด โดยนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การพยาบาล และเทคโนโลยีสมัยใหม่มาผนวกเข้าด้วยกัน เพื่อให้การพยาบาลแก่มารดาได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก ช่วยให้มารดาและครอบครัวเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตและกลับสู่ภาวะปกติได้อย่างเร็ว ตลอดจนส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา ทารกและครอบครัว เพื่อให้เกิดความผูกพันภายในครอบครัวต่อไป

#### 4. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอด

การผ่าตัดท้องคลอด เป็นสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงที่ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อช่วยในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอด ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วยรูปแบบของการสอนสาธิต การเป็นแม่แบบ การพูดชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรือกระทำ ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ถูกต้องและเหมาะสมนั้น จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอด นอกจากนี้การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและการให้ความรู้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดท้องคลอดก็จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในมารดาที่จะเข้ารับการผ่าตัดท้องคลอดให้สามารถกระทำพฤติกรรมเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอดได้ด้วยตนเอง (จารุณี นันทวโนทยาน, 2539)

Oetker-Black (1992) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดว่า หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ได้เพื่อให้ตนเองกลับคืนสู่สภาวะปกติ หรือสามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของตน ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสามารถวัดได้จาก1) ความสามารถในการจำแนกเหตุการณ์ก่อนผ่าตัด (Recollection of preoperative event) 2)การขอยาบรรเทาอาการปวด (Requesting pain medication) 3)การหายใจแบบลึก(Depth breathing) และ4)การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Ambulation) โดยพฤติกรรมเหล่านี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความคาดหวังของผู้ป่วยเองว่าตนจะสามารถทำกิจกรรมหลังผ่าตัดได้มากน้อยเพียงใด เช่น

ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมการหายใจแบบลึกได้ 10 ครั้งต่อวัน

ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด

ผู้ป่วยเชื่อว่าในวันแรกหลังผ่าตัด ตนเองสามารถพลิกตะแคงตนเองได้ทุกชั่วโมง

ผู้ป่วยเชื่อว่าใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตนเองสามารถลงมานั่งข้างเตียงได้วันละ 2 ครั้ง

ผู้ป่วยเชื่อว่าใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตนเองจะสามารถลุกเดินได้

ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละข้อด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัด 2 ระดับ คือ ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน) และทำได้แน่นอน (1 คะแนน) ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนจากการประเมินมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดตามความเชื่อมั่นของแต่ละบุคคลได้ (Oetker-Black, 1996)

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดมีผลมาจากองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ซึ่งเป็นความคาดหวังของบุคคลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าพฤติกรรมที่กระทำนั้นจะให้ผลลัพธ์อะไรอย่างเฉพาะเจาะจง และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะนำตนเองไปสู่ความสำเร็จเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ออกมา ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเกิดแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดสูง

เช่นกัน ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การได้รับประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) จากการได้เห็นผู้อื่นปฏิบัติ (Vicarious experience) การได้รับการจูงใจด้วยคำพูดของผู้อื่น (Verbal persuasion) และการกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotional arousal) (Oetker-Black, 1992; 1996; 1997) ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นบริบทที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี และนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้ในที่สุด (สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ, 2544)

#### 4.1 พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่สอดคล้อง

การปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย ที่บุคคลอื่นมองเห็นและสังเกตได้ มีนักวิชาการหลายท่านใช้คำว่าปฏิบัติและพฤติกรรมความหมายใกล้เคียงกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไปไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือ และสามารถบอกได้ว่ามีหรือไม่มี เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ และการเปลี่ยนแปลงความรู้ และเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้วัดและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

เอี่ยมพร ทองกระจาบ (2543) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกอย่าง ที่มนุษย์กระทำเป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตได้โดยพื้นฐานทางจิตวิทยา เชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำย่อมมีสาเหตุ มีจุดมุ่งหมาย ในขณะที่เดียวกันก็มีแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจ ให้กระทำด้วยเหตุที่จุดมุ่งหมายนั้นเป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์ได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการหรือจุดมุ่งหมายแล้ว พฤติกรรมก็สิ้นสุดลง มนุษย์อยู่ในภาวะสมดุล

สรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่ปรากฏออกมามากหรือน้อยที่มีอยู่ภายใน สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่มี

#### การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พฤติกรรมคนนั้น มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามพัฒนาการ ซึ่งมีการพัฒนาตลอดชีวิต รูปแบบการเปลี่ยนแปลงมี 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ เช่น สังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องบังคับ
2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาแบบอย่าง โดยถือเอาตัวบุคคลเป็นแบบอย่าง
3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี การเปลี่ยนแปลงนี้ตรงกับแนวคิดและค่านิยมของตนเอง จึงยึดถือว่าเป็นแนวทางปฏิบัติ เพราะพบว่าสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

Schwartz (1975) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัว โดยที่ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัดท้องคลอด เป็นการทำกิจกรรมของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติหลังผ่าตัดหรือสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพของตน (Oetker-Black, 1992) ต้องการให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ส่งเสริมการหายใจของแม่ กงไว้ซึ่งการหายใจที่เพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ กงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนที่ดี ส่งเสริมความสบาย การพักผ่อนและการบรรเทาความเจ็บปวด การป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด โดยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติคนหลังผ่าตัดท้องคลอดประกอบด้วย การทำกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ 1) การหายใจแบบลึก 2) การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ 3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด และ 4) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งที่เมื่อมีอาการปวด (Oetker-Black, 1992; 1996; Rothrock, 1996; Smeltzer and Bare, 2000) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การหายใจแบบลึก เป็นการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือได้รับยาบรรเทาปวดชนิดเสพติด เช่น มอร์ฟีน เพริดีน ยาที่ได้รับจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการหายใจ ทำให้มารดาหายใจตื้นๆ มีผลให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่ พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง และมีเสมหะกั่งค้างในระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เช่น ถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดบวมเฉพาที่ (Hypostatic pneumonia) การหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ให้เต็มที่ จะช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่และแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนได้ดี ส่วนการหายใจออกยาวๆ จะช่วยขับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ออกสู่ภายนอกได้มากขึ้น วิธีการฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ ทำได้โดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ลึกๆ ให้เต็มที่ รับรู้ว่าการขยายอกตัวขึ้นแต่ไหล่ทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดิม เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วนับ 1-3 ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ยาวๆ แล้วจึงเริ่มหายใจเข้าทางจมูกใหม่ ควรทำอย่างน้อย 10-15 ครั้งใน 1 วัน

2. การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ เนื่องจากมารดาที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือได้รับยาบรรเทาปวดชนิดเสพติดหลังผ่าตัดท้องคลอด อาจจะทำให้มีการกั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งการไอเป็นกลไกป้องกันตนเองของร่างกายวิธีหนึ่งที่ช่วยกำจัดเสมหะในระบบทางเดินหายใจ แต่การไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาสามารถขับเสมหะออกไอได้ดี ทำได้โดยการหายใจเข้าออกลึกๆ ตามวิธีที่กล่าวมาแล้วข้างต้นประมาณ 2-3 ครั้งและครั้งสุดท้าย หายใจเข้าลึกๆ กลับไว้ นับ 1-3 แล้วไอออกมาจากส่วนลึกๆ ของลำคอ 1-2 ครั้ง ในระหว่างไอควรรใช้มือหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไว้ เพื่อลดการสั่นสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด

3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด คือ การพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่า เป็นวิธีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของลำไส้ มารดาหลังผ่าตัดท้องคลอดควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ในขณะที่เปลี่ยนท่าควรรใช้มือหรือหมอนวางทาบบนแผลผ่าตัด เพื่อประคองบริเวณแผล

ผ่าตัดไว้เป็นการบรรเทาการปวดแผลผ่าตัดขณะเปลี่ยนท่า และการออกกำลังขาข้างที่ 2 ข้าง ยังเป็นวิธีช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่บริเวณส่วนล่างของร่างกายให้ดีขึ้น ลดการกั่งของเลือดดำบริเวณส่วนปลายขาป้องกันอาการบวมและการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (Deep vein thrombosis) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้กล้ามเนื้อตึงตัวดี ช่วยให้สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกเดินได้เร็ว ทำให้ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดอาการท้องอืด โดยการกระดกข้อเท้าขึ้นและลง หมุนข้อเท้าตามเข็มนาฬิกา เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ยกขาขึ้นในลักษณะเหยียดขาตรง งอเข่า และวางขาลง ควรปฏิบัติประมาณ 10-12 ครั้ง ทุกๆ 1-2 ชั่วโมง หรือประมาณ 5 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง การลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมารดาในระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบทางเดินอาหาร และส่งเสริมให้แผลหายเร็ว เริ่มจากอยู่ในท่านั่ง นั่งห้อยขา ขึ้นข้างเตียง และเดินตามลำดับอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด การฟังจุตสนใจ และการใช้เทคนิคการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ และค่อยๆผ่อนลมหายใจออก

#### 4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

จากการทบทวนแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอด แต่ทั้งนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ได้แก่

- 1) อายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสมากขึ้น รับรู้ข้อมูลช้าลง ความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยและช้าลง (Kick, 1989)
- 2) ประสบการณ์การผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดจะมีการปรับตัวได้ดีกว่า และความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วขึ้น (Sundberg, 1989)
- 3) ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า เพราะการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลรู้จักคิด ไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหามากกว่า (Hill et al., 1985)
- 4) ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ สิ่ง que แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า ดังได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (สิรินทร ศาสตราบุรุษย์, 2538 อ้างถึงใน ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542)

5) ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาด้าน

จิตวิทยาสังคม พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว (Hettler, 1982) ความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรักษาโรคใดๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถ้าครอบครัวใดมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของตนสามารถรักษาได้ และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นไปในทางบวก แต่ถ้าครอบครัวใดไม่เชื่อถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษานั้น ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ (Hill et al., 1985)

จากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีบางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยทั้งในด้านกาย และจิตสังคมไปพร้อมๆ กัน เพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 5. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

### 5.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการฟื้นคืนสู่สภาพปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด โดยผ่านขบวนการซ่อมแซมหรือการปรับการทำงานด้านกายภาพและสรีรภาพ (O'Toole, 1992; Wolfer, 1973; Wosornu, 1982) ของอวัยวะต่างๆ ให้เข้าสู่การทำหน้าที่ตามปกติ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Burtell, 1992) สามารถดูแลตนเองได้และมีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ (Potter & Perry, 1995) และมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Christensen & Kockrow, 1999) สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นสภาวะที่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยปรับหน้าที่เข้าสู่สภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถดูแลตนเองได้ มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจและปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด นับตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีจะแสดงถึงสภาวะที่ร่างกายหลังผ่าตัดได้รับการซ่อมแซมและกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งด้านกายภาพและสรีรภาพ รวมถึงสภาวะจิตใจด้วย และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ที่จะ 1) ลดความเครียด 2) ส่งเสริมการหายใจของแผล 3) คงไว้ซึ่งการหายใจที่เพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระบบทางเดินหายใจ 4) คงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนที่ดี 5) ส่งเสริมความสุขสบาย การพักผ่อน และการบรรเทาความเจ็บปวด การป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด 6) รักษาความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 7) ภาวะโภชนาการ และ 8) ระบบการขับถ่ายที่ปกติ (Hanucharumkul & Vinya-nguag, 1991)

## 5.2 ประเภทของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Wolfer, 1973) ได้แก่

1. การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เป็นขบวนการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายหรือการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสรีรภาพกลับเข้าสู่สภาวะปกติ ได้แก่ ไม่มีภาวะของอาการอาเจียน ไม่มีการกั่งค้างของน้ำปัสสาวะ ไม่เกิดแผลกดทับ อาการแสดงของการติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ความผิดปกติของบาดแผลผ่าตัด การหายใจปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดและลำไส้ รวมถึงจำนวนครั้งที่มีการลุกหรือเคลื่อนไหวได้เร็ว และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายที่มากขึ้น จำนวนยาแก้ปวดและยานอนหลับที่ได้รับน้อย และจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นลง

2. การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดในทางบวกของผู้ป่วยที่ประสบกับการผ่าตัดและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย มีความหวัง ความเชื่อมั่น ความพึงพอใจ ความไว้วางใจ เปิดเผย ขอมรับ และไม่มีสภาวะอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ตกใจกลัว กระวนกระวาย ซึมเศร้า แยกตัว ไม่พึงพอใจ ไม่รับรู้และหมกมุ่นใจ

### ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (Goralski & Kaempf, 1996; Smith & Watkin, 1985; Wosomu, 1982) ได้แก่

1. ระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (Immediate recovery phase) คือช่วงเวลานับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้น การได้รับขาระงับความรู้สึกสิ้นสุดลง และผู้ป่วยถูกส่งไปยังห้องพักฟื้นหรือถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยแล้ว ระยะนี้มีกอยู่ในช่วงเวลาวันที่หนึ่งของการผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ของขาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย สติสัมปชัญญะเริ่มกลับคืนมา มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับคืนมา (reflex) เคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง หายใจได้เองแต่อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ อาจต้องให้ออกซิเจนและได้รับการดูแลเสมหะ มีสัญญาณชีพคงที่แต่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล มีการประเมินเสี่ยงการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ จังหวะการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต นอกจากนี้ยังมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและอาจมีท่อระบายต่างๆ

2. ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (Early recovery phase) คือช่วงเวลาสัปดาห์แรกของการผ่าตัดร่างกายของผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ มีสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหรือลุกเดินได้ ไม่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนได้ ระยะนี้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นได้ เช่น มีไข้ ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน แผลติดเชื้อ เป็นต้น

3. ระยะท้าย (Late recovery phase) คือช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น ท่อระบายได้รับการเอาออกทั้งหมด รวมถึงแผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมหมดและกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านหรือทำงานได้ตามปกติ

### 5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละคนอาจใช้เวลาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้

1. อายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่จะมีระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสั้นกว่าผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะมีความไวต่อภาวะเครียดสูง มีความไวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยาที่ใช้ก่อนและหลังผ่าตัด มักมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ลดลงหรือเสื่อมลง และความสามารถของร่างกายในการปรับตัวต่อภาวะเครียดของร่างกายจากการผ่าตัดลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานและกายวิภาคของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบการหายใจ ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ (McConnell, 1991)

2. เพศ เพศหญิงจะมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้ากว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความกลัวและความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Wolfer & Davis, 1970) เพราะเพศหญิงจะแสดงความรู้สึกได้มากกว่าชายโดยที่สังคมให้การยอมรับ จึงแสดงความรู้สึกออกมาได้เต็มที่ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความกลัวและความวิตกกังวล เช่น มีการสลายของโปรตีน ขัดขวางการหายของแผล มีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น (Marek & Boehnlein, 1999) และจากการศึกษาของ Grayham & Conley (1971) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นหญิง 50 คน ชาย 320 คน พบว่าเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่สังคมยอมรับให้สามารถแสดงอารมณ์และความรู้สึกได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ Calvin (1998) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยหญิง 14 คนก่อนการผ่าตัดพบว่าสิ่งที่วิตกกังวลมากที่สุด คือ กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึกและกลัวการผ่าตัด

3. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาดำกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีแหล่งความรู้มาก สามารถค้นหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ ได้มากกว่า จึงตระหนักถึงอันตรายจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก สามารถแสดงออกถึงความวิตกกังวลที่มีอยู่ได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า (Domar, Everett, & Keller, 1989) ความวิตกกังวลจะทำให้มีผลกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อ ทำให้ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน ทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอและกระบวนการหายของแผลผ่าตัดใช้เวลานานกว่าปกติ รวมถึงกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผล ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า (Long, 1991)

4. สุขนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่



บุหรี เนื่องจากผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมีการเพิ่มจำนวนของสารคัดหลั่งและเมือกจำนวนมากในปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจ มีการขับเสมหะมากขึ้น การแลกเปลี่ยนแก๊สในทางเดินหายใจไม่ดี ส่วนการคั่งสุราหรือเสพสารเสพติดทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะมีผลทำให้แผลผ่าตัดหายช้า มีความต้องการใช้ยาระงับความรู้สึกและยาบรรเทาอาการปวดสูงในขณะผ่าตัด และการให้ยาเข้าทางหลอดเลือดดำทำได้ยากกว่าปกติเนื่องจากเส้นเลือดมีการตีบแข็ง (Potter & Perry, 1997)

5. ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการจะมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการผ่าตัดและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ปัญหาสำคัญที่พบคือ ภาวะการขาดสารอาหารและโรคอ้วน (Luckmann & Sorensen, 1993) ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารจะทำให้แผลหายช้า ลดการสะสมพลังงานของร่างกายและมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่อ้วนมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจและการทำงานของหัวใจ การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดมีความยากลำบาก นอกจากนี้ยังทำให้แผลหายช้าเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดีและแผลมักจะแยก (Potter & Perry, 1995)

6. โรคประจำตัวของผู้ป่วยและการได้รับการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงอันตรายจากการผ่าตัดและมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ช้ากว่าคนปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ ระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจไม่ปกติ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบการหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิต (Marek & Boehnlein, 1999) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ถูกยิง ถูกแทง ตกจากที่สูง เป็นต้น มักจะมีความเสี่ยงสูงจากการผ่าตัด (Luckmann & Sorensen, 1993) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ได้รับการบาดเจ็บบริเวณอวัยวะที่สำคัญและมีการเสียเลือดมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกและอาจเสียชีวิตได้

7. สภาพจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาอวัยวะที่มีพยาธิสภาพทิ้งไป เช่น ผู้ป่วยที่ต้องตัดแขนหรือขา ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดเอาลำไส้ออกทางหน้าท้อง เป็นต้น ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ (Lewis, Collier & Heitkemper, 1996) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความเครียดและความวิตกกังวลหลังผ่าตัด จะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน และการทำงานของอวัยวะต่างๆ (Clarke & Munn, 1988) ส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดช้ากว่าปกติ

8. ประสิทธิภาพเดิม ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือเคยเห็นบุคคลใกล้ชิดจัดทำผ่าตัด อาจมีความกลัว เช่น กลัวว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวแบบแผนการดำเนินชีวิตจะเปลี่ยนไป เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีความกลัวและความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Luckmann & Sorensen, 1993)

9. ชนิดของการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การผ่าตัดใหญ่มักจะมีความเสี่ยงและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้มากกว่าการผ่าตัดเล็ก (Potter & Perry, 1995) เนื่องจาก

การผ่าตัดใหญ่จะใช้เวลาในการผ่าตัดนานและเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย จึงทำให้การฟื้นสภาพของร่างกายหลังผ่าตัดช้ากว่าการผ่าตัดเล็ก การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเป็นระยะเวลานาน จะเสี่ยงต่อการเกิดกัมตรายต่อร่างกาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการได้รับยาระงับความรู้สึกระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากการใส่ท่อทางเดินหายใจเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการระคายเคืองของหลอดลม เชื้อบุทางเดินหายใจจะแห้ง เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายยังลดและยับยั้งการทำงานของระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจอีกด้วย

10. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลจากการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทันทีหลังการผ่าตัด ทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้าลง (Goralski & Kaempf, 1996) การผ่าตัดแต่ละชนิดมีโอกาสดังกล่าวแตกต่างกันไป เช่น ภาวะตกเลือด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ไข้ ติดเชื้อ เป็นต้น

ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความวิตกกังวลมากที่สุด ความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่อ่อนแอ สับสน และไม่ยอมรับหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993) ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดน้อยลงหรือไม่ถูกต้อง รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ล้วนส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความลำบากและไม่อยู่ในสภาพที่พร้อมจะปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลทำให้การฟื้นสภาพช้า

#### 5.4 การประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมซึ่งถือว่าร่างกายและจิตใจจะต้องรวมกันเป็นหนึ่งเดียวจะแยกออกจากกันไม่ได้ (Wolfer, 1973) การประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดจะมีการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย จึงจะถือว่าเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริง การประเมินการฟื้นสภาพเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการรักษาและการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โดยการประเมิน ประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ (Wolfer, 1973) ดังต่อไปนี้

##### 1. การประเมินการฟื้นสภาพด้านร่างกาย (Physical criterion measure)

การประเมินการฟื้นสภาพด้านร่างกายสามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ การประเมินโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยการสังเกตและการให้คะแนนตามอาการและข้อบ่งชี้ทางคลินิก และการประเมินตนเองของผู้ป่วยโดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความแข็งแรงของร่างกาย ส่วนสิ่งที่ใช้ในการประเมินแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

1.1 ข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Standard clinical indexes) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการลุกเดินหลังผ่าตัด ภาวะไข้ การกั่งของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ คลื่นไส้ อาเจียน การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ นอนไม่หลับ ความรุนแรงและ

ความถี่ของการเจ็บปวด การใช้ยาบรรเทาปวด และยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้ เป็นสิ่งที่สามารถประเมินได้ชัดเจน สังเกตและวัดผลได้ง่าย ผู้ป่วยไม่รู้สึกกำลังถูกประเมิน แต่จะมี ปัจจัยภายนอกอื่นๆ มีอิทธิพลเหนือข้อบ่งชี้เหล่านี้ค่อนข้างสูง เช่น แผนการรักษาของแพทย์และ นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับมาตรฐานทางการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จาก

1.1.1 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและทุเลาอาการเจ็บปวดภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Brunner & Suddarth, 1982) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมักมีความเจ็บปวดแผลที่ รุนแรงและปานกลางและต้องได้รับยาแก้ปวดอยู่เสมอ (Carr, 1990) นอกจากนี้ความเจ็บปวดทำให้ ผู้ป่วยไม่กล้าไอเอาเสมหะออกมา ไม่กล้าหายใจลึกๆ ไม่กล้าพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายหรือออก กำลังกาย (Potter & Perry, 1995) ความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อ และทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกทำลายหลังสารเคมีหลายตัว เช่น สารโพรสตาแกลนดิน อี ทู อีสตามิน เป็น ต้น เป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและมีการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Long, Phipps & Cassmeyer, 1993) เกิดกระแสประสาท (Impulse) นำส่งเข้าไขสันหลังและส่งต่อไปยัง สมองจนเกิดความรู้สึกรับรู้ความเจ็บปวด

1.1.2 ระยะเวลาในการลุกเดินหลังผ่าตัด การลุกเดินภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับระบบไหลเวียนโลหิต ลดการคั่งของระบบไหลเวียนจะ ช่วยให้เกิดการไหลกลับของหลอดเลือดดำส่วนปลายและการไหลเวียนภายในกระแสเลือดดีขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 1995) นอกจากนี้การลุกเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดยังมี ประโยชน์อีกมาก ได้แก่ เพิ่มอัตราและความลึกของการหายใจ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการ ทำงานของระบบขับถ่าย ระบบย่อยอาหาร ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด และทำให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว และมีกำลังใจมากขึ้น (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993) ซึ่งจะส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น จากการศึกษาของเพียว เกษตรสมบูรณ์ (2525) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและลุก เดินได้เร็วในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ เปรียบเทียบการทำงานของระบบ ทางเดินอาหารและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหว และลุกเดินจะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริม

1.1.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่

1) ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular complication) ที่พบบ่อยคือภาวะตกเลือดและภาวะช็อก พบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ภาวะ ตกเลือดเกิดจากการที่ร่างกายมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากออกจากหลอดเลือด สาเหตุอาจเกิดจากความ ผิดพลาดทางเทคนิคในการห้ามเลือดของศัลยแพทย์หรือมีแผลเกิดขึ้นที่หลอดเลือด ในผู้ป่วยที่เสียเลือด ไปมากกว่าร้อยละ 30 ของเลือดในร่างกายหรือประมาณ 1.5-2 ลิตร ในผู้ป่วยผู้ใหญ่จะทำให้เกิดภาวะช็อก ได้ (Jones & Bucher, 1999) โดยผู้ป่วยจะมีชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย ตัวเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อย

นอกจากนี้ยังอาจเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของเขา (Deep vein thrombosis) ซึ่งเกิดจากการตั้งของเส้นเลือดดำ (Venous stasis) บริเวณขา มักพบภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนานๆ และไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด โรคหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ตามมาได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Dincher & Harkness, 1996; Burke & LeMone, 2000)

2) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ (Respiratory complication) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบและภาวะถุงลมปอดแฟบ

ภาวะถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) เกิดจากมีเสมหะอุดกั้นที่แขนงของหลอดลมเล็ก (Bronchioles) ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปยังถุงลมได้ อากาศในถุงลมส่วนปลายมีการดูดซึมทำให้ถุงลมส่วนปลายแฟบ มักพบในผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดบริเวณท้องส่วนบนและทรวงอก ผู้ป่วยจะมีไข้ทันทีหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก มีอาการกระสับกระส่าย หายใจลำบากหรือหายใจหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว (LeMone & Burke, 2000; McConnell, 1991; Monahan, Drake, & Neighbor, 1994)

ภาวะปอดบวม (Pneumonia) เป็นการอักเสบของเนื้อปอดจากการติดเชื้อหรือมีสิ่งแปลกปลอม เช่น เสมหะ หรือสำลักเอาเศษอาหารเข้าไปอยู่ในปอด เป็นต้น พบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคอุดกั้นในปอดเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการไอที่ไม่มีประสิทธิภาพ การนอนบนเตียงนานๆ ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ชีพจรเบาเร็ว หายใจลำบาก ไอ เจ็บหน้าอก หายใจมีเสียงดัง (Wheezes) (McConnell, 1991; Monahan, Drake, & Neighbor, 1994)

3) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร พบมากในผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องหรือบริเวณอุ้งเชิงกราน ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาระงับปวดชนิดนาร์โคติก การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นระยะเวลานานและได้รับยามอร์ฟีน (Morphine) ซึ่งเป็นยาที่ใช้ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกควบคุมความเจ็บปวด ลดความต้องการขาดมสลบ ประกอบกับการได้รับยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัดคือยาเพ็ทิดีน (Pethidine) โดยยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มยา Opioid ที่มีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด โดยสาร Opioid จะกดศูนย์การอาเจียน (Vomiting center) และกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ (Chemoreceptor) ที่บริเวณทริกเกอร์โซน (Trigger zone) ทำให้เกิดการอาเจียน และอาการอาจคงอยู่เป็นระยะเวลานานหลังจากหมดฤทธิ์ยาระงับปวดแล้ว (จิตติมา ชินะโชติ, แสงโสม ปิระขะวรารักษ์, ธราทิพย์ ประณูทรพาล, นุชสโรช เพ็ชฌุไพศิษฏ์ และ พุทธิพรณี วรกิจ โภคาทร, 2541) ส่วนอาการท้องอืดเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาแก้ปวด ยากลากกล้ามเนื้อ ซึ่งฤทธิ์ของยาเหล่านี้จะลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อทางเดินอาหารตั้งแต่กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้ใหญ่ ทำให้อาหารและสารคัดหลั่งต่างๆ คงค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน มีการขยายตัวของกระเพาะอาหารร่วมกับการระคายเคืองของการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง และจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัดส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดได้ (วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และ ผ่องศรี ศรีมรกต, 2545; Smeltzer & Bare, 2000) นอกจากนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กทำให้มีอาการข้างเคียงจากการผ่าตัด คือ อาการท้องเสีย เนื่องจากอาหารผ่านเร็วและเนื้อที่สำหรับการดูดซึมอาหารลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมาได้ (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2542) และอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอาหารที่เข้าสู่ร่างกายในระหว่างการผ่าตัด (LeMone & Burke, 2000) นอกจากนี้อาจพบภาวะของลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) และลำไส้เป็นอัมพาต (Bowel ilius) ภาวะของลำไส้อุดตันพบได้ในระยะหลังๆ ของการผ่าตัด สาเหตุเกิดจากการมีพังผืดยึดหรือรัดลำไส้ ส่วนลำไส้เป็นอัมพาตเกิดจากลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดหรือบีบรัดน้อย อาจพบได้ในระยะ 2-3 วันแรกหลังทำผ่าตัดช่องท้อง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Deters, 1987)

4) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นภาวะที่ทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งได้แก่ กระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะมีการอักเสบติดเชื้อ มีสาเหตุมาจากการคั่งของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ (Urinary retention) การคาสาขสวณในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้สูงเล็กน้อย ปัสสาวะลำบากและมีเลือดปน มีอาการหนาวสั่น (Monahan, Drake, & Neighbor, 1994) อาการมักปรากฏในระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดท่านอนขณะผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การได้รับยาระงับปวดชนิดนาร์โคติค การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะ (Long, Phipps, & Casmeyer, 1993)

5) ภาวะไข้ ภาวะไข้หลังผ่าตัดมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ การตอบสนองต่อความเครียด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด ความดันโลหิตต่ำเป็นระยะเวลานาน เกิดปฏิกิริยาการแพ้ระหว่างการทำสำรน้ำทางหลอดเลือดดำ การอุดตันของระบบทางเดินหายใจ และหลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะไข้เกิดได้ทุกระยะหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับสาเหตุ ถ้าภาวะไข้เกิดใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมักมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด เกิดการอักเสบโดยจะมีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ส่วนภาวะไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียสที่เกิดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง อาจแสดงว่ามีการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป็นต้น (Lewis & Collier, 1992; Luckmann & Sorensen, 1987; Monahan, Drake, & Neighbor, 1994)

6) การติดเชื้อของแผลผ่าตัดและแผลแยก มักมีสาเหตุจากเทคนิคการปิดแผลที่ไม่ดีพอและแผลสกปรก โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมและการคัดกรองผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้อาจเกิดจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เป็นมาก่อนผ่าตัด เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะทุพโภชนาการ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ เป็นต้น (Cooper, 1990; LeMone & Burke, 2000; Monahan, Drake, & Neighbor, 1994) มักพบได้ในวันที่ 2-7 หลังผ่าตัด อาการที่พบ คือ มีไข้ ปวดแผล แผลบวม แดงร้อน และมีหนองไหลออกจากแผล (Hardy, 1988; Milliker & Campbell, 1985) ส่วนแผลแยกเกิดจากการเย็บแผลที่ไม่ดีพอ มีการติดเชื้อของแผล การ

ไอจาม และภาวะขาดสารอาหารมักเกิดวันที่ 5-8 หลังผ่าตัด (Monahan, Drake, & Neighbor, 1994)

1.2 อาการทางคลินิก ใช้สำหรับการให้ระดับคะแนนในสิ่งที่พยาบาลประเมินได้จากการสังเกตอาการทางคลินิก (Observer clinical rating) เช่น จำนวนและชนิดของกิจกรรมของผู้ป่วย ระดับการพึ่งพาตนเองได้ สภาพของผิวหนัง การทำงานของระบบการหายใจ และระบบขับถ่าย เป็นต้น การประเมินการฟื้นสภาพในลักษณะนี้จะได้อินพุตที่เป็นปรนัยและขึ้นอยู่กับมาตรฐานทางวิชาชีพ ข้อมูลที่พยาบาลประเมินได้อาจแตกต่างไปจากความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อให้ผู้ป่วยประเมินตามการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นผู้ประเมินจึงต้องมีทักษะในการสังเกตการณ์และต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้ในการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง (Patients' self rating) เกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย เช่น ความอยากอาหาร ความแข็งแรงและความมีพลัง สภาพของระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย การช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหว เป็นต้น สิ่ง que ผู้ป่วยประเมินจะต้องไม่ซับซ้อนยุ่งยากหรือต้องใช้เทคนิคและเครื่องมือพิเศษในการตรวจวัด เพื่อให้การประเมินนี้ได้อินพุตที่ตรงกับความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยจริงๆ

2. การประเมินการฟื้นสภาพด้านจิตใจ (Psychological criterion measure) เป็นการประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ ทำได้ 2 วิธี คือ การประเมินโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง สิ่งที่ใช้ในการประเมินการฟื้นสภาพด้านจิตใจ ได้แก่

2.1 อาการทางสรีรวิทยาที่แสดงถึงการตอบสนองทางอารมณ์ (Physiological indicators of emotion responses) โดยประเมินเกี่ยวกับอัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต เหงื่อที่ออกตามฝ่ามือ สิ่ง que วัตรระมัดระวังจากการประเมินนี้จะต้องคำนึงถึงว่าอาการแสดงเหล่านี้ อาจเกิดจากอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปได้ ตัวอย่างเช่น ความโกรธกับความกลัว และอาจเกิดจากผลของการใช้ยา ดังนั้นจึงต้องมีทักษะในการแปลความหมายของปฏิกิริยาเหล่านี้และมักใช้ร่วมกับการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและพฤติกรรมที่แสดงออกมา

2.2 สภาพอาการทางจิตของผู้ป่วย ใช้ประเมินโดยพยาบาลเป็นผู้สังเกต (Nurse Observer rating) จะประเมินเกี่ยวกับสภาพอาการทางจิตของผู้ป่วย เช่น การปฏิเสธ การหมดกำลังใจ ความหวาดระแวง ความวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2.3 ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ใช้สำหรับการประเมินตนเองของผู้ป่วย (Patients' self reports) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเอง อาจเกี่ยวกับความพอใจและไม่พอใจของผู้ป่วย โดยจะใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ แต่การประเมินตนเองของผู้ป่วยอาจไม่บ่งบอกถึงปัญหาที่แท้จริงเนื่องจากผู้ป่วยไม่เต็มใจในการตอบหรือไม่กล้าแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา

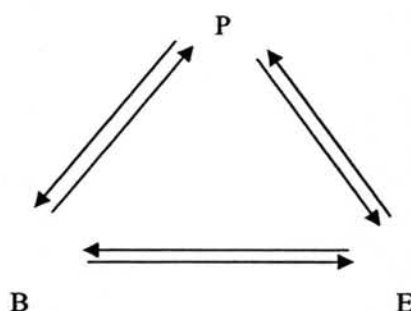
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินเฉพาะการฟื้นสภาพด้านร่างกาย สร้างแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการฟื้นสภาพของสายชล จันทรวิจิตร (2539) โดยใช้แนวคิดของโวลเฟอร์ (Wolfer, 1973) แบบประเมินการฟื้นสภาพด้านร่างกายจะประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความแข็งแรงของร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง เนื่องจากทำให้ได้ผลการประเมินที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

## 6. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้ที่นึกคิด (Self - referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984: 230) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986:317-321; 1190: 19-24)

### 6.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977; 1986; 1997) ได้ให้คำจำกัดความการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factor) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factor) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1997: 6)

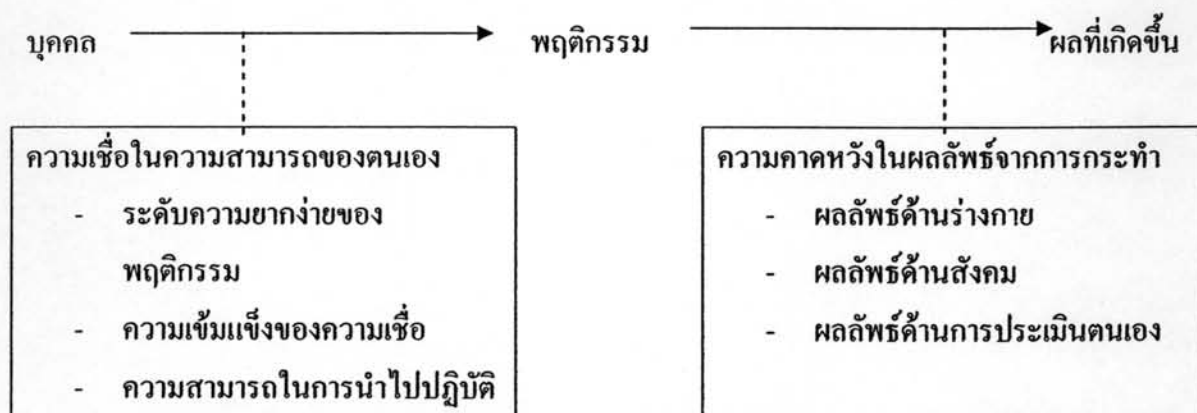
จากการที่ปัจจัยทั้ง 3 ประการทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่เกิดพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541; Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคล

อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกัน ปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการจึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ผลจากการรับรู้ถึงความสามารถของตนและผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่นๆของบุคคลอีก ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977; 1986; 1997) ประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้า โดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกันระหว่างความเชื่อในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (แหล่งที่มา Bandura, 1997:22)



การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำเป็นการตัดสินใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากนี้อิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองสูงและคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และ ไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้นเป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย

## 6.2 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986:393-395) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้

1) การเลือกกระทำพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้นก็จะมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเลือกทำงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตัวเองให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตัวเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวนั้นจะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เศร้า ผิดหวังและทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาเองไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกงานที่พื้นๆและง่ายๆ ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเองและมักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใดๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรค

ต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเท่าใดบุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสบกับความสำเร็จในงานที่ทำทลายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3) รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างการกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์การกระทำภายนอก ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะรู้สึกว่ายากลำบาก ซึ่งมักจะรู้สึกมากเกินไปในความเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด และทำลายความสามารถของตนเอง

4) เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจและเลือกทำงานที่ทำทลายหากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน เมื่อพบกับอุปสรรคจะเลิกล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความท้อแท้ขุ่นเคือง และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

การรับรู้ความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันจะผันแปรไปตาม 3 มิติ (Dimension) ดังนี้ (Bandura, 1977:84 -85; 1986:396-397; 1997:43)

มิติที่ 1 มิติตามขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude of level) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งบางทีอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงาน ที่บุคคลเชื่อว่าสามารถทำได้ และเลือกกระทำในสถานการณ์นั้นๆ การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะอยู่ในระดับใด วัตถุประสงค์โดยเปรียบเทียบระดับความต้องการการทำงานที่แสดงให้เห็นในขั้นที่ทำทลาย หรือมีสิ่งกีดขวางให้การกระทำนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นกิจกรรมนั้นก็จะเป็นสิ่งที่ง่ายต่อการกระทำ และทุกๆ คนจะมีความรู้สึกรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเหมือนกัน

มิติที่ 2 มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำนั้นได้สำเร็จ ถ้าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลมีความเข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอย่างเหนียวแน่น จะมีความอดทนและใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรมนั้น แม้ว่าจะประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากหรือมีอุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อนมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองบางสถานการณ์หรือบางกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งจะผันแปรไปตามจำนวนของมิติที่แตกต่างกัน ระดับความคล้ายคลึงของกิจกรรมรูปแบบที่แสดงออกถึงความสามารถ ลักษณะของสถานการณ์และลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีทำที่ต่อพฤติกรรมนั้นโดยตรง

### 6.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่งดังนี้ (Bandura, 1977:80-82; 1986:399-401; 1997:79-101)

1) การมีประสบการณ์ หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็วจึงจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่ถ้าล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไรก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes)

2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes)

2.3 กระบวนการกระทำ (Production processes)

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes)

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการ

สังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจพฤติกรรมที่แสดงออก ไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ จัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกต พฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำไว้ได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแค้นว่าตนได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ คือ (Bandura, 1997: 80-81)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2541:51) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ คึงดูใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997:89)

3) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและ

มีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and affective states) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จเมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด

#### 6.4 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตีความของบุคคลที่เจาะจงต่อพฤติกรรมเฉพาะอย่างภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) กล่าวว่า ควรเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการกระทำ เพื่อให้ทำให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 อย่าง คือ

- 1) การวัดโดยการประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างสำเร็จหรือไม่
- 2) การวัดโดยการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ในการวัดความเชื่อความสามารถของตนเอง จะต้องประเมินรายละเอียดของทั้ง 3 มิติคือ การรับรู้ในความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Strength) และความสามารถในการนำประสบการณ์ที่เคยได้รับไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ (Generality) แต่การศึกษาส่วนมากอาศัยการวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองมิติเดียว ที่ส่วนใหญ่จะตรงกับมิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ในมาตรฐานของวิธีการวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคล จะปรากฏออกมาในลักษณะเห็นด้วยกับข้อความต่างๆที่บรรยายถึงระดับที่แตกต่างกันของงานที่ต้องการทำ และให้ประเมินความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนเอง ที่จะประสบในกิจกรรมที่ต้องกระทำ ข้อความแต่ละข้อจะใช้คำว่า “สามารถทำได้” (Can do) มากกว่าคำว่า “จะทำ” (Will do) ซึ่ง “สามารถ” คือ การตัดสินใจความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้น “จะ” คือ การแข็งถึงความตั้งใจในการกระทำกิจกรรมนั้น แม้การรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนมากเป็นการตัดสินใจในเรื่องของความตั้งใจ แต่ทั้ง 2 คำนี้มีแนวคิดและหลักการสังเกตที่แตกต่างกัน ความเชื่อในความสามารถมีผลกระทบต่อกระทำโดยตรง และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจ

คำแนะนำในขั้นต้นของแบบวัดจะสร้างการคาดหวังถึงการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งเมื่อถูกถามผู้ตอบจะตัดสินใจการกระทำของตนเองตามความสามารถที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ไม่ใช่จากความสามารถที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในหรือจากความสามารถที่คาดหวังไว้ในอนาคตในกรณีของการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลจะประเมินความแน่นอนของตนเองที่ความสามารถในการกระทำ

กิจกรรมตามที่ระบุไว้ในช่วงเวลานั้นได้ทั้งหมด ระดับความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถวัดได้ 2 แบบ คือ 1) แบบที่มีการตัดสินใจ 2 ครั้ง โดยในครั้งแรกบุคคลจะตัดสินใจว่าตนเองสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้หรือไม่ถ้าตัดสินใจว่างานนั้นสามารถทำได้ หลังจากนั้นให้ประเมินความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้การวัดคะแนนความเข้มแข็งของความสามารถ 2) แบบที่มีการตัดสินใจครั้งเดียวโดยการประเมินความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนอย่างง่าย ๆ จาก 0 ถึง 100 หรือ 0 ถึง 10 สำหรับกิจกรรมในทุกๆ ขั้นที่ให้มา การวัดแบบที่มีการตัดสินใจครั้งเดียวทำให้ได้สาระสำคัญตรงกับเรื่องที่จะบอก ใช้ได้ง่ายและเชื่อถือได้มากกว่า คะแนนความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถที่รวมได้และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดจะบ่งบอกถึงระดับความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับกิจกรรมนั้นการวัดระดับของความสามารถ สามารถหาได้โดยการเลือกจากข้อที่มีคะแนนต่ำ ซึ่งบุคคลจะประเมินตนเองว่าไม่มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่อยู่ในข้อคำถาม

ข้อสังเกตในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ควรจะวัดความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองที่ตรงกับระดับที่แตกต่างกันของงานที่ต้องทำภายในขอบเขตของจิตใจ รวมทั้งช่วงกว้างของงานที่จะทำในแต่ละช่วงที่เลือกมาศึกษา ช่วงกว้างของงานที่จะทำในแต่ละช่วงต้องแยกให้เห็นอย่างชัดเจน ถึงข้อจำกัดสูงสุดของความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองได้ เหมือนกันกับระดับขั้นของความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนเองที่ต่ำกว่าจุดที่กำหนดเนื้อหาของคำถามในแต่ละข้อต้องแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่ก่อให้เกิดการกระทำในระดับที่เฉพาะเจาะจง และต้องไม่รวมเอาลักษณะเฉพาะอื่นๆ เข้าไปไว้ด้วย นอกจากนี้ในการประเมินไม่ควรประเมินร่วมกับรูปแบบความสามารถของพฤติกรรมและข้อคำถามที่ใช้ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรจะมีลำดับจากง่ายขึ้นไปหายาก คำถามในขั้นแรกจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจความสามารถในข้อถัดไป

## 7. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในมารดาผ่าตัดท้องคลอด

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาผ่าตัดท้องคลอด โดยการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมให้มารดาผ่าตัดท้องคลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็ว มีการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อ เนื่องจากสื่อจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาบทเรียนที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ง่ายขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น (Kalish, 1981) โดยจัดกิจกรรมจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ทั้ง 4 วิธี ได้แก่ การใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการ

กระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของ Oetker-Black (1992; 1996) กล่าวว่า การส่งเสริมให้มารดาผ่าตัดท้องคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่น และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง จะมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมของ คศิริรัตน์ สุวรรณ สุจริต (2547) ให้กับมารดาที่ได้รับการกำหนดวันผ่าตัดท้องคลอดล่วงหน้า เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ถูกต้องดังนี้

### 1. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง

โดยการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดท้องคลอด เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดได้ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เป็นที่ไว้วางใจ และให้ข้อมูลหรือให้ความรู้ โดยการสอนเป็นรายบุคคลประกอบสื่อการสอน เรื่อง เตรียมตัวให้พร้อมก่อนผ่าตัดท้องคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดท้องคลอด ขั้นตอนการผ่าตัดท้องคลอด การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดท้องคลอด การให้ยาระงับความรู้สึก 1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดท้องคลอดที่เกิดกับมารดาขณะผ่าตัดท้องคลอด และระยะหลังผ่าตัดท้องคลอด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดไม่ถูกต้อง 1.3 พฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ถูกต้อง เช่น การหายใจแบบลึก การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด และ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด 1.4 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอด คือ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของแผลติดเชื้อ การทำงานของลำไส้เป็นปกติ เช่น ไม่แน่นอึดอัดในท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ทางผนังหน้าท้อง ความตึงตัวของผนังหน้าท้อง และการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ผ่านคู่มือ และภาพพลิก 2) การสนทนาเพื่อให้มารดาได้พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดท้องคลอด ไม่ว่าจะเกิดกับตัวเองหรือได้รับฟังจากคนอื่น

### 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทางอ้อม และคิดว่าตนสามารถทำได้ถ้าตั้งใจและมีความพยายาม โดย

2.1 การสาธิต โดยผู้วิจัย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ถูกต้อง ในการหายใจแบบลึก การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด และใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด พร้อมกับการสังเกตตัวแบบผ่านคู่มือ และภาพพลิก ประกอบการสอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### คู่มือ (Hand book)

คู่มือเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งสื่อการสอน หมายถึง ตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะว่าสื่อการสอน ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมจากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น คู่มือสามารถ

ใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลัก และสื่อประกอบการสอน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการสร้างคู่มือจึงใช้แนวเดียวกับการผลิตสื่อ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) เลือกหัวเรื่อง ศึกษาว่าเนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร
- 2) ประเมินผู้เรียน เพื่อให้ทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน
- 3) กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ของคู่มือว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้ในประเด็นใดบ้างและทำการรวบรวมและจัดเนื้อหา
- 4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนการจัดพิมพ์
- 5) นำไปใช้จริงเมื่อทดสอบแก้ไขปรับปรุงจนมีคุณภาพดีแล้ว จึงนำไปเผยแพร่หรือใช้งานตามที่วางแผนไว้

ในการวิจัยครั้งนี้ สื่อการสอนที่เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอน คือ คู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดซึ่งจะเป็นตัวกลางช่วยในการส่งข่าวสารความรู้ให้แก่มารดาผ่าตัดท้องคลอดในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางในการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### ภาพพลิก (Flip chart)

ภาพพลิก (Flip chart) เป็นทัศนวัสดุในชุดของภาพถ่าย ภาพวาด แผนภูมิ ซึ่งนำภาพหลายๆภาพที่เป็นเรื่องราวเดียวกันรวมไว้ด้วยกัน ภาพต่างก็มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในเนื้อหาตามลำดับ เหมาะในการคิดตัวไปสอนในที่ต่างๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปด้านหลังทีละภาพ การจัดทำภาพพลิกอาจทำด้วยกระดาษวาดเขียนชนิดบางหรือหนาก็ได้ นำมาเย็บติดกันเป็นเล่ม และใช้กระดาษแข็งทำปกให้พอที่จะตั้งและแขวนได้ สำหรับขนาดภาพที่จะนำมาทำภาพพลิกนั้นอาจได้มาจากการเขียน การถ่ายภาพ หรือขยายภาพ (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532:552)

การทำภาพพลิกให้มีลักษณะที่ดีควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้คือ 1) การจัดวางภาพได้สัดส่วน ชวนดูเข้าใจง่าย ให้ความหมายทันท่วงทีที่มองเห็น 2) ใช้ภาพง่ายๆ คำอธิบายควรเป็นประโยคสั้นๆ และง่าย ขนาดตัวอักษรมองเห็นชัดเจน ควรเป็นตัวอักษรแบบเดียวกันทั้งชุด 3) ภาพควรเป็นภาพสี จำนวนภาพควรอยู่ระหว่าง 5-15 ภาพ แต่ละภาพเรียงลำดับต่อเนื่องกัน ขนาดของภาพประมาณ 2 ฟุตx3 ฟุต และ 4) ควรมีสรุปรายตอนท้ายของเรื่อง (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532:552; ฌรงค์ สมพงษ์, 2530:124; นที เกื้อกฤตกิจการ, 2541: 216)

2.2 การสนทนา เพื่อเปิด โอกาสให้มารดาได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการได้ดูแบบอย่างจากการสาธิตให้มารดาได้เห็นพฤติกรรมแบบอย่าง

### 3. การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

โดยการจัดให้มารดาฝึกทักษะการปฏิบัติจริงตั้งแต่อ่อนผ่าตัดท้องคลอด ในการหายใจแบบลึก



การไอเพื่อขับเสมหะออกได้ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด และใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

#### 4. การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์

เพื่อให้มารดาผ่าตัดท้องคลอดรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และแสดงออกซึ่งพฤติกรรมหลังผ่าตัดท้องคลอดที่เหมาะสม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสนทนาเพื่อเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พร้อมกระตุ้นให้มีการระบายความรู้สึก 2) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดท้องคลอดเพื่อประเมินสภาวะทางกาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดท้องคลอดและการฟื้นฟูสภาพใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดท้องคลอด

เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ (Moore, 1990) ดังนั้นจึงนำการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ของมารดาที่ผ่าตัดท้องคลอด ให้มีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมให้มารดาผ่าตัดท้องคลอดเกิดความเชื่อมั่น และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอด น่าจะช่วยให้มารดาผ่าตัดท้องคลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดที่ถูกต้องเหมาะสม และมีการฟื้นฟูสภาพที่รวดเร็ว

#### 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ร่วมกับฝึกปฏิบัติ เพื่อเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรก และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียมเพื่อการคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อการคลอด

ดลนชา อิศริยานันท์ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น จำนวน 40 คนทำการสุ่มโดยการจับฉลาก เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัด สามารถเพิ่มการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยวัยรุ่นได้

นุชนาด สะกะมะณี (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เป็นแนวทางจัดกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการ

คำรบพบพาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมากและสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับคำแนะนำและการสอนปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญฤทธิ์ กิติโร และมาลินี ภูวนันท์ (2540) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับหญิงหลังคลอดครั้งแรก ในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอาบน้ำทารกแรกเกิด การบริหารร่างกายหลังคลอดถูกต้องดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยะนุช ชลธิ์ (2543) ศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาครั้งแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดบุตร และศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด พบว่า มารดาครั้งแรกหลังผ่าตัดท้องคลอดบุตร มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีเจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดอยู่ในระดับดี ส่วนความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ด้านความรู้กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด และด้านเจตคติกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิพัฒน์ พุศรีนวน (2534) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน สามีได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองและโภชนาการในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองร่วมด้วย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน สามีไม่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการจัด โปรแกรมสุขศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพียงเพ็ญ จันทรชนะ (2533) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนนั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

สมทรง คำฝ่าย (2541) ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดใน โรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป และเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง

10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเป็นเวลา 3 วันก่อนจำหน่าย พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้อง หรือเหมาะสมกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สะอาด มุ่งสิน (2537) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น หลังจากการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดมีค่าสูงขึ้น และมีความแตกต่างกับคะแนนก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการปฏิบัติในเรื่องการทำงานของมารดาหลังคลอด และการดูแลทารกหลับนอนของทารก คะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิ หน่งอาหลี (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยการจับคู่ด้านจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ สถานภาพสมรส และประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

อรชร มาลาหอม (2534) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนิ้วในไตและท่อไต จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gross, Fogg and Tucker (1995) ได้ทำการศึกษาด้วยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura มาใช้ในโปรแกรมการฝึกมารดาของเด็กวัยหัดเดิน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่ามารดาจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

Oetker-Black (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดถุงน้ำดี เป็นผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 68 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหายใจเข้าออกแบบลึก การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การจำแนกเหตุการณ์ก่อนผ่าตัด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอรับยาแก้ปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองในมารดาผ่าตัดท้องคลอด

ขั้นที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง โดยการพูดชี้แจง  
อธิบายให้ความรู้และคำแนะนำ ให้เห็น  
ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด  
ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ เรื่อง เตรียมตัวให้  
พร้อมก่อนผ่าตัดท้องคลอดให้มารดาได้พูดคุย  
แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดท้อง  
คลอด

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์  
ของผู้อื่น โดยการสาธิตเกี่ยวกับการหายใจอย่าง  
ถูกวิธี การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหว  
ร่างกายหลังผ่าตัดท้องคลอด และการใช้เทคนิค  
การผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถาม  
ปัญหาหรือข้อสงสัย

ขั้นที่ 3 การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ  
ด้วยตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติกิจกรรมจนเกิดความ  
มั่นใจ

ขั้นที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์  
เพื่อให้ให้มารดา ก่อนผ่าตัดท้องคลอดรับรู้ถึง  
ความสามารถของตนเอง และแสดงออกซึ่ง  
พฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้อง ประกอบด้วย  
กิจกรรม เปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการ  
วางแผนการดูแล พร้อมกระตุ้นให้มีการระบาย  
ความรู้สึก และมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดท้อง  
คลอด เพื่อประเมินสภาวะทางกาย พฤติกรรมการ  
ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดท้องคลอดใน 48 ชั่วโมงหลัง  
ผ่าตัดท้องคลอด และประเมินการฟื้นฟูสภาพใน 72  
ชั่วโมงหลังผ่าตัดท้องคลอด

พฤติกรรมกรปฏิบัติตนหลัง  
ผ่าตัดท้องคลอด โดยประเมินได้  
จาก

- 1) การหายใจอย่างถูกวิธี
- 2) การไออย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) การเคลื่อนไหวร่างกายหลัง  
ผ่าตัดท้องคลอด
- 4) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ทุก  
ครั้งเมื่อมีอาการปวด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดท้องคลอด  
ประเมินจาก

- ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ  
แผลติดเชื้อ
- การทำงานของลำไส้เป็นปกติ เช่น  
ไม่แน่นอึดอัดในท้อง การเรอ การ  
ผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้  
ทางผนังหน้าท้อง ความตึงตัวของ  
ผนังหน้าท้อง และการขับถ่าย  
อุจจาระ