

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอคลอด โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท และการปฏิบัติงานตามบทบาท
3. การอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน
4. สภาวะอนามัยแม่และเด็กในภาคตะวันออกเฉียง
5. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหอคลอด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2526) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของบุคคลเป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและความต้องการในการรับรู้ในเรื่อง ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล กระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกโดยการสัมผัสและความจำ

กวรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2528) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เลือกจัดประเภทและแบ่งความหมายของสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นประสาทรับการสัมผัสและทาดึงข้อมูลที่แปลนี้ไปสู่การกระทำที่มีความหมาย ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้รับอย่างไรขึ้นอยู่กับผลของการทำงานของกระบวนการรับรู้ และการรับรู้ทำให้บุคคลตระหนักถึง ตนเอง บุคคลอื่น สิ่งของและเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และอุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์ (2528) กล่าวว่า การรับรู้คือกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของเรา และการแปลความหมายอย่างไรมันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของเราและสภาพจิตใจในปัจจุบัน เป็นการสร้างความหมายเกี่ยวกับโลกภายนอกให้กับเราเอง

ละออง หุตางกูร (2529) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายสิ่งกระตุ้นมีผลทำให้เรามีปฏิกิริยาตอบสนองและการตอบสนองนั้นคือ พฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะมีพฤติกรรมไปตามที่ได้รับรู้ การรับรู้ พฤติกรรมจึงเป็นภาคปฏิบัติของการรับรู้ พฤติกรรมจะถูกสั่งการและควบคุมโดยการรับรู้

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการเลือกกับการจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็น หรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับในสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ

แกริสัน และมากูน (Garrison and Magoon, 1972) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหมายหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้ทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอะไร มีลักษณะเช่นไร

เคนเดอร์ (Kendler, 1974) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ 2 ประการคือ เป็นกระบวนการตีความจากสิ่งที่ได้สัมผัส และเป็นการเตรียมเพื่อการตอบสนอง

มอลซาห์น และนอร์ทคอต (Molzahn and Northcott, 1989) ให้ความหมายว่าการรับรู้เป็นความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อของบุคคลนั้น

ดังนั้น การรับรู้ หมายถึง การแปลความ หรือให้ความหมายกับสิ่งที่บุคคลได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 และเมื่อเกิดการรับรู้ในตัวบุคคลแล้วจึงนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล โดยการรับรู้ที่เกิดขึ้นจะต้องผ่านกระบวนการรับรู้ในตัวบุคคลทุกครั้ง

## 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาท

อัลพอร์ต (Allport, 1964) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง ดังต่อไปนี้คือ

1. ความคาดหวังในบทบาท (role expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่

2. การรับรู้บทบาท (role perception) เป็นการรับรู้บทบาทของตนว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ที่ เกี่ยวข้องสัมพันธ์

กับความต้องการของคุณคนนั้นเอง ทั้งนี้การรับรู้บทบาทและความต้องการของคุณคนย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของคุณคนที่สวมบทบาทนั้น

3. การยอมรับบทบาทของคุณคน (role acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทความคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในบทบาท และการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะว่าคุณคนไม่ได้ยินยอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือก หรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่ง และมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้น ทำให้ได้รับผลเสียหาย หรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการหรือค่านิยมของคุณคนนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

4. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคุณคน (role performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ทัศนาศา นุญทอง (2525) ได้ให้แนวคิดในเรื่องมโนทัศน์ของทฤษฎีบทบาทว่า บทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งนั้น ได้ถูกคาดหวังจากสังคมรอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ รวมทั้งตัวเราเองด้วย สิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า “กระบวนการทางสังคม” ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ดำรงอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มีความพอดีก็จะเกิดปัญหาต่อความขัดแย้งในบทบาทหรือความล้มเหลวในบทบาทได้ และผลที่ตามมาคือ ความล้มเหลวของงาน ดังนั้นการแสดงบทบาทของคุณคนตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญ ได้แก่

1. ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือต้องปฏิบัติ
2. ประสบการณ์ของผู้ที่ต้องแสดงบทบาท
3. คุณลักษณะของผู้ที่ต้องแสดงบทบาทนั้น

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาท

ทฤษฎี สาธ (2527) ให้ความหมายบทบาทว่า หมายถึง ความมุ่งหมายที่บุคคลอื่นคาดว่าบุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรจะกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ออกมาในสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทนี้จะมีควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงตำแหน่ง อยู่เสมอ

สุพัตรา สุภาพ (2527) กล่าวถึงบทบาทว่าเป็นการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของ สถานภาพ เช่น มีตำแหน่งเป็นบิดา บทบาทก็คือต้องเลี้ยงดูบุตร บทบาทจะช่วยทำให้บุคคลมี พฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพเพราะบทบาทกำหนดความรับผิดชอบของงานต่าง ๆ ที่ปฏิบัติ

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2529, อ้างใน รัชนี๋ ป้อมทอง, 2536) กล่าวว่า บทบาทเป็น องค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งกำหนดว่าบุคคลใดควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร

เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า บทบาทเป็นรูปแบบของ พฤติกรรมมาตรฐานที่คาดหวังว่าบุคคลต้องกระทำตามตำแหน่ง ส่วนพฤติกรรมบทบาทเป็นการ ตอบสนองหน้าที่งานต่อบทบาท หรือสภาวการณ์ของงาน พฤติกรรมบทบาทที่บุคคลกระทำจึง อาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง ในการปฏิบัติงานใดก็ตามองค์การควรกำหนดงานและหน้าที่ รับผิดชอบเฉพาะของตำแหน่งนั้น ๆ มิฉะนั้นอาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งจะก่อให้เกิด ความกังวลใจ และทำให้การปฏิบัติงานด้อยคุณภาพได้

บรูม และฟิลลิปส์ (Broom & Phillips, 1978) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าประกอบด้วย ลักษณะต่าง ๆ 3 ประการคือ

1. บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดให้เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการ กำหนดสิทธิและหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคมไว้

2. บทบาทที่ควรกระทำ เป็นการปฏิบัติที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตาม ตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ หรืออาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมใน ระยะเวลาหนึ่ง ๆ และยังรวมถึงบุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

คลาร์คและคณะ (Clark and et al., 1979) ให้ความหมายของบทบาทว่าเป็นหน้าที่ ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อเข้าครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งรวมทั้งหน้าที่ตามตำแหน่งและ ตามความคาดหวัง

พินเดอร์ (Pinder, 1984) กล่าวถึง บทบาทว่าเป็น สถานภาพหรือตำแหน่งทางสังคม ซึ่งทำให้บุคคลถูกกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตามความคาดหวังของสังคมในตำแหน่งนั้น ๆ มีผล ให้พฤติกรรมส่วนหนึ่งที่แสดงออกของบุคคลเป็นพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวัง

ฮาร์ดี และคอนเวย์ (Hardy & conway, 1987) กล่าวว่า บทบาทหมายถึง ตำแหน่ง กลุ่มของความคาดหวัง หรือกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง

ฮอร์ตัน และ ฮันท์ ; เซเฟอร์ และคณะ (Horton and Hunt, 1984 ; Schaefer and et al., 1992; ช้างใน รัชฎีย์ บือมทอง, 2536) กล่าวว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมที่คาดหวังตามสถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล การแสดงออกของพฤติกรรมตามบทบาทเป็นสิ่งที่คาดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งบางครั้งอาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้หากมีความขัดแย้งในบทบาทนั้น

สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรม ตามสถานภาพหรือตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล หรือตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้น ๆ

### 3. การอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ได้กลายเป็นจุดเน้นสำคัญของการปฏิบัติ การพยาบาลในปัจจุบัน เพราะว่าการพัฒนาสุขภาพของทารกในครรภ์จะมีผลในระยะยาว วัตถุประสงค์สากลของการดูแลสุขภาพหลาย ๆ ข้อ ที่กำหนดขึ้นในปี ค.ศ. 1990 เพื่อให้บรรลุผลในปี ค.ศ. 2000 ได้เน้นอย่างต่อเนื่องในความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ให้ทั่วถึงในทุก ๆ ชุมชน (DHHS, 1991 Cited in Pillitteri, 1995) ซึ่งเป็นความท้าทายต่อพยาบาล และวิชาชีพด้านสุขภาพที่จะต้องปรับปรุงการดูแลไปสู่บุคคลทุก ๆ คน ในสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างเหมาะสม พยาบาลต้องแสดงบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้วัตถุประสงค์นี้ประสบความสำเร็จ (Sherwen, Scoloveno and Weingarten, 1995)

การอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน มีดังนี้ (Bobak and Jansen;1993) ; Dickason, Silverman and Schult;1994) ; Pillitteri 1995. ; Sherwen, Scoloveno and Weingarten ,1995)

3.1 ประชากรแม่และเด็กเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคมมีความแตกต่างของวิถีชีวิตครอบครัว (เช่น ครอบครัวมีขนาดเล็กลง มารดาทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น) มีการปรับปรุงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น และรูปแบบของความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป ซึ่งทำให้พยาบาลแม่และเด็กมีบทบาทเปลี่ยนแปลงไปด้วย

3.2 การประเมินอนามัยแม่และเด็ก ใช้สถิติที่เป็นสากล เพื่อแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ สถิติเหล่านี้มีประโยชน์ในการประเมินความสำเร็จของการพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่

3.2.1 อัตราเกิด (Birth rate) คือ จำนวนการเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน

3.2.2 อัตราตายของมารดา (Maternal mortality) คือ จำนวนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เป็นอัตราตายจากสาเหตุเฉพาะทางสูติกรรม อัตราตายที่ลดลงของมารดาแสดงว่ามีการปรับปรุงการดูแลก่อนคลอด และระหว่างคลอด อัตราปกติเท่ากับ 6.6 / 100,000

3.2.3 อัตราตายของทารก (Infant mortality) คือ จำนวนทารกตายก่อนอายุ 12 เดือน ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราตายของทารกเป็นมาตรฐานที่ใช้เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของแต่ละประเทศ และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุด อัตราปกติเท่ากับ 7.6/1,000

3.2.4 จำนวนของทารกน้ำหนักตัวน้อย (Number of Low-Birth-Weight Infants) ทารกน้ำหนักตัวน้อยจะมีภาวะเสี่ยงต่อการตายเพิ่มขึ้น ด้วยสาเหตุนี้ระบบการดูแลสุขภาพต้องลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับทารกน้ำหนักตัวน้อย เช่น การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก เป็นต้น

3.3 โรคติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อ เอช ไอ วี (HIV) เพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยง การที่จะช่วยป้องกันการแพร่ของ เอช ไอ วี (HIV) ต้องให้ความรู้ การเข็มงวดในหลัก การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precaution) เพื่อป้องกันทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

3.4 การดูแลใช้เทคโนโลยีสูงขึ้น ใช้เทคนิคที่ดีขึ้นในการดูแลมารดาทารก ซึ่งวิทยาการก้าวหน้าเหล่านี้จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นด้วย เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย จึงมีการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น (Early discharge) โดยการช่วยให้มารดาเข้าสู่กิจกรรมปกติโดยเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีการดูแลที่บ้าน (Home care) เพิ่มขึ้น เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการติดตามการดูแลหลังคลอด มีการดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้น พยาบาลจะมีความรับผิดชอบมากขึ้นด้วย

3.5 สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการคลอด ที่เรียกว่า การดูแลมารดาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family - Centered Maternity Care) เช่น การเตรียมการคลอดทั้งบิดาและมารดาบิดาเป็นบุคคลสำคัญในการเป็นผู้เฝ้าคลอด ส่งเสริมบิดาให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด แนวคิดของการให้มารดาและทารกอยู่ในห้องเดียวกัน (Rooming-in) ซึ่งกฎเกณฑ์พื้นฐานของการดูแลมารดา โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีดังนี้ (Gorrie, McKinney and Murray, 1994)

3.5.1 การคลอดเป็นเหตุการณ์ปกติของชีวิตในแต่ละครอบครัว

3.5.2 การคลอดจะส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพต่อกัน

3.5.3 ครอบครัวสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ต้องได้รับข้อมูลและการสนับสนุนจากวิชาชีพอย่างเพียงพอ

3.6 หญิงตั้งครรภ์และทารกทุกคน ควรจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและเพียงพอ สุขภาพและความสมบูรณ์ของมารดาและทารก ควรจะเป็นเป้าหมายต้น ๆ หน่วยงานสังคม ควรจะพัฒนากลยุทธ์ที่เกี่ยวกับการลดอัตราการตายของทารก โดยการขยายความครอบคลุมของการประกัน สุขภาพสู่มารดาทารก

3.7 การเกี่ยวข้องกับด้านกฎหมาย เพราะว่าการดูแลมักจะให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมองไม่เห็นก็คือทารกในครรภ์ หรือผู้ป่วยที่ยังมีอายุไม่ถึงที่จะเห็นความยินยอมกระบวนการรักษาพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยยินยอมเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาล หรือการตรวจต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์

3.8 ด้านจริยธรรม ในด้านกฎหมายและจริยธรรม เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก ทำให้กระบวนการตัดสินใจซับซ้อนขึ้น เพราะว่าการพยาบาลอนามัยแม่และเด็กเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงพบสถานการณ์ที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว ทำให้เกิดผล กระทบต่อคนอื่น เช่น เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บป่วยมาก ครอบครัวต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ หรือให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยเพื่อให้เขามีการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลที่แท้จริง รับฟัง หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลที่ถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด

3.9 การวิจัยด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงผลลัพธ์ของการดูแล และเพื่อความก้าวหน้าของวิชาชีพ ปัญหาต่าง ๆ ที่ควรมีการทบทวน ได้แก่ อัตราตายของทารกสูง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อ เอช ไอ วี (HIV) ระหว่างตั้งครรภ์

เจมส์ พี. แกรนท์ (1991) กล่าวถึงผลการประชุมสุดยอดระดับโลก เมื่อวันที่ 30 กันยายน 1990 ซึ่งในส่วนของเกี่ยวข้องกับแม่และเด็ก มีดังนี้คือ

1. สถิติการเสียชีวิตของแม่ ลมครั้งหนึ่งของสถิติ เมื่อปี 1990 สาเหตุของการเสียชีวิตก็คือ การตกเลือด การติดเชื้อ โสไนตจาง การคลอดมีอุปสรรค และการติดเชื้อเนื่องจากการทำแท้ง

2. สามีภรรยาทั้งคู่จะต้องได้รับการและความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เพื่อที่เขาจะได้สามารถป้องกัน ไม่ให้ฝ่ายภรรยาตั้งครรภ์โดยบังเอิญ หรือมีบุตร "หลายคน และถี่เกินไป" ในขณะที่ผู้เป็นแม่มีอายุน้อยหรือมากเกินไป

3. สตรีทุกคนควรได้รับการดูแล ระหว่างตั้งครรภ์ ได้คลอดบุตรกับผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องวิธีการทำคลอดมาแล้ว และได้รับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น ในกรณีที่มีอัตราเสี่ยงสูงขณะที่ตั้งครรภ์ หรือมีเหตุฉุกเฉินเรื่องการคลอด

4. ให้ทั่วโลกได้ตระหนักว่า สตรีต้องการอาหารและการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เมื่อเป็นเด็กวัยรุ่น ตั้งครรภ์และให้นมลูก

5. ลดอัตราทารกที่น้ำหนักแรกคลอดต่ำ (2.5 กิโลกรัม หรือต่ำกว่า) ลงให้เหลือต่ำกว่าร้อยละ 10

6. ลดอัตราสตรีที่โลหิตจางเพราะขาดธาตุเหล็กลง 1 ใน 3

7. กำจัดความผิดปกติ ที่เกิดจากการขาดวิตามินเอ หรือธาตุไอโอดีน

8. ให้ทุกครอบครัวได้ทราบถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้เป็นแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เพียงอย่างเดียว ตลอด 4-6 เดือนหลังคลอด

9. กำจัดโรคบาดทะยัก ในทารกแรกเกิด (ภายใน ค.ศ. 1995)

10. ให้ภูมิคุ้มกันเด็กอายุ 1 ขวบ อย่างน้อยร้อยละ 85 และพยายามคงอัตราไว้ และให้ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยัก แก่สตรีในวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลก

11. ป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ยุทธวิธีสำคัญที่สุดก็โดยการให้การศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์โดยอาศัยทุกช่องทาง อีกประการหนึ่งสตรีจะต้องมีบทบาทมากขึ้นในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศของตนเอง

นอกจากนี้แนวทางสำหรับความพยายามดังกล่าวนี้ จะต้องมีกรอบอย่างกว้างขวางของจรรยาบรรณด้วย

สำหรับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย ได้กำหนดไว้อย่างแน่ชัดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539 (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535) ดังนี้

ในเด็กวัยทารก (0-1 ปี)

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอด ในปี พ.ศ. 2529

2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 3,000 กรัม มีอยู่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของการคลอดใน พ.ศ. 2529

3. อัตราตายของทารกลดลงเหลือ 23 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (จาก 35 ต่อ 1,000)



### มารดา

1. อัตราตายเนื่องจากการตั้งครรภ์ และการคลอดลดลงจาก 0.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพเหลือ 0.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

2. ร้อยละ 30 ของแม่ อายุ 21 ถึง 35 ปี มีคุณสมบัติเป็นแม่ตัวอย่าง

### เป้าหมายเชิงปริมาณของงานและกิจกรรม

1. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์

2. ร้อยละ 80 ของการคลอด ทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผดุงครรภ์

### โบราณที่อบรมแล้ว

3. ร้อยละ 70 ของมารดาหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์

4. ร้อยละ 70 ของทารกแรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์ ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์

### หมายเหตุ

ก. หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง หมายถึงในช่วง 6 เดือนแรกได้รับการดูแล 1 ครั้ง 7 เดือนขึ้นไป ดูแลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข. มารดาและทารกอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์ ได้รับการดูแลอย่างน้อย 4 ครั้ง

หมายถึง ในช่วง 7 วันแรก ได้รับการดูแลอย่างน้อย 2 ครั้ง

ช่วงสัปดาห์ที่ 2 ได้รับการดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง

ช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 ได้รับการดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง

รัชชัย มุ่งการดี (2534) กล่าวถึง กิจกรรมหลักในการดูแลแม่และเด็กที่กำหนดไว้ คือ การดูแลแม่และเด็กในระยะตั้งครรภ์ การคลอดที่ปลอดภัยทั้งแม่และเด็ก การดูแลและการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตลอดจนการป้องกันโรค ที่จำเป็นในเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี เพื่อให้การดูแลในแต่ละช่วงมีคุณภาพ ลดอัตราป่วยการตายของแม่และเด็ก จึงได้พัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลดังกล่าว ซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในระดับตำบล และอำเภอ ได้แก่

### 1. ระยะตั้งครรภ์

1.1 การให้โภชนาการแก่หญิงมีครรภ์และครอบครัว

1.2 การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

1.3 การฝากครรภ์

1.4 การส่งเสริมการให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในหญิงมีครรภ์

1.5 โรคขาดสารไอโอดีน แก้ไขโดยให้กินเกลือเสริมไอโอดีน กินยาเม็ดไอโอดีน

แนะนำให้กินอาหารทะเล

2. ระยะคลอด ให้บริการการคลอดที่ปลอดภัย ทั้งแม่และลูกโดยผู้ที่มีความรู้

3. ระยะหลังคลอด

3.1 ให้แม่และลูกได้อยู่ใกล้ชิดกันโดยเร็วที่สุดหลังคลอด

3.2 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง

3.3 รวบรวมวิเคราะห์สาเหตุเกี่ยวกับการตายของแม่และทารกปริกำเนิด

3.4 การตรวจแม่หลังคลอดเมื่อ 6 สัปดาห์

3.5 การวางแผนครอบครัว

3.6 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในทารก

### ปัญหาของอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน

กองอนามัยครอบครัว (2537) กล่าวถึงปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ไว้ดังนี้

#### ปัญหาและสาเหตุในกลุ่มก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด

1. การดูแลก่อนคลอดยังไม่ได้คุณภาพ

1.1 ผู้ให้บริการขาดความรู้ ในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง

เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม

1.2 ผู้ให้บริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องมาตรฐานของการให้บริการ

1.3 ผู้รับบริการไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ตามคำแนะนำ

ของเจ้าหน้าที่

1.4 ผู้รับบริการ ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม เช่น สังคม ประเพณี

วัฒนธรรม และความเชื่อดั้งเดิม ซึ่งทำให้ปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง

1.5 มีการย้ายถิ่น ทำให้ได้รับบริการไม่ครบ

2. การดูแลระหว่างคลอดไม่ได้คุณภาพ

2.1 ผู้ให้บริการขาดเครื่องมือที่กำหนดมาตรฐานในการดูแลการคลอด

2.2 ผู้ให้บริการขาดทักษะในการดูแลการคลอดอย่างปลอดภัย

2.3 ผู้ให้บริการขาดความพร้อมในการบริหารจัดการดูแลการคลอด

### 3. การดูแลหลังคลอดยังไม่ครบคลุม

3.1 มารดา ไม่มาตรวจหลังคลอด

3.2 เจ้าหน้าที่ไม่ติดตามเยี่ยมบ้าน เพราะไม่ตระหนักถึงภาวะวิกฤติ ที่จะเกิดแก่  
แม่และเด็กใน 7-14 วัน หลังคลอด

### ปัญหาและสาเหตุในกลุ่มแรกเกิด

#### 1. อัตราตายของทารกสูง และอัตราตายปริกำเนิดสูง

1.1 เด็กขาดออกซิเจนขณะคลอด

1.2 การติดเชื้อ

1.3 ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

1.4 โรคขาดทะเลย์ก โรคเลือดออกในสมอง

#### 2. แม่และเด็กมีแนวโน้มติดเชื้อเอดส์สูง

2.1 คู่สมรสมีแนวโน้มติดเชื้อเอดส์สูง

2.2 ขาดความจริงจังและความต่อเนื่องในการป้องกันการติดเชื้อ

2.3 วิธีการป้องกันการติดเชื้อด้อยประสิทธิภาพ

#### 4. สภาวะอนามัยแม่และเด็กในภาคตะวันออกเฉียง

ฝ่ายแผนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 3 (2537) สรุปผลงานส่งเสริมสุขภาพแม่และ  
เด็กในภาคตะวันออกเฉียงใต้ได้ดังนี้คือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพในเขต 3 พ.ศ. 2535-2536

จังหวัด	เกิดมีชีพ (Live Birth)			
	2535		2536	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ชลบุรี	18,633	20.14	13,257	14.29
จันทบุรี	7,416	16.68	7,265	15.96
ฉะเชิงเทรา	8,270	13.83	8,151	13.74
ตราด	3,262	16.19	3,260	16.17
ปราจีนบุรี	3,389	15.08	13,236	14.82
ระยอง	8,661	18.54	8,473	18.22
เขต 3	59,631	16.92	53,642	15.17

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราทารกตาย อัตรามารดาตายในเขต 3 พ.ศ. 2535-2536

จังหวัด	ทารกตาย				มารดาตาย			
	2535		2536		2535		2536	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ชลบุรี	118	6.33	97	7.32	2	0.11	-	-
จันทบุรี	74	9.98	51	7.02	2	0.13	-	-
ฉะเชิงเทรา	35	4.23	30	3.68	1	1.10	3	0.37
ตราด	31	9.50	31	8.56	1	0.31	1	0.31
ปราจีนบุรี	52	3.75	49	3.70	6	0.45	4	0.30
ระยอง	73	8.43	67	7.91	2	0.23	1	0.12
เขต 3	383	6.42	325	6.06	13	0.22	9	0.17

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2535-2536)

สถานะสุขภาพของประชากร อัตราเกิดของประชากรภาคตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2536 เท่ากับ 15.17 ต่อพันประชากร

สถานะสุขภาพของมารดาและทารก อัตราการตาย และอัตราทารกตาย เป็นดัชนีสำคัญที่บ่งถึงสภาวะอนามัยของประชากร ปี 2535 เขต 3 มีอัตราทารกตาย 6.42 ต่อพันเด็กเกิดมีชีวิต และลดลงเหลือ 6.06 ต่อพันการเกิดมีชีวิตในปี 2536 อัตราการตายก็ลดลงมาเช่นกัน จาก 0.22 ต่อพันการเกิดมีชีวิตในปี 2535 เหลือเพียง 0.17 ต่อพันการเกิดมีชีวิตในปี 2536 (แนวโน้มอัตราทารกตาย และอัตราการตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2536 พบว่ามีแนวโน้มลดลง) ส่วนสาเหตุการตายของมารดา พบว่าเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด ส่วนการตายของทารก พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตายของทารกในระยะปริกำเนิด ซึ่งมีสาเหตุของการตายส่วนใหญ่จากการขาดออกซิเจนในระหว่างการคลอด และทารกพิการแต่กำเนิด

โดยสรุปกล่าวได้ว่าสถานะสุขภาพของประชากรภาคตะวันออกเฉียงใต้ หากประเมินจากสถิติชีพ แล้ว โดยทั่วไปมีลักษณะค่อนข้างดี เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

สำหรับผลงานในด้านกิจกรรมการดูแลก่อนคลอด การทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว และการดูแลมารดาทารกหลังคลอด พบว่าอัตราการดูแลก่อนคลอดของภาคตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2536 มีจังหวัดชลบุรีเพียงจังหวัดเดียว ที่มีอัตราการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (ร้อยละ 75) ส่วนจังหวัดอื่นยังมีอัตราการดูแลก่อนคลอด ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ อัตราการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้วของภาคตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2536 พบว่าทุกจังหวัดมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 (ร้อยละ 80) อัตราการดูแลมารดาทารกหลังคลอดครบ 3 ครั้ง พบว่าเกือบทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 (ร้อยละ 70)

ในด้านโภชนาการในหญิงมีครรภ์ พบว่าภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในหญิง ตั้งครรภ์ของภาคตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2536 ทุกจังหวัดมีอัตราสูงเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งสาเหตุที่พบส่วนใหญ่คือ พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้อง ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและมารดาเป็นโรค ธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

ตารางที่ 3 ภาวะน้ำหนักทารกแรกเกิด จำแนกรายจังหวัดของเขต 3 ปี 2535-2536

จังหวัด	2535		2536	
	น้อยกว่า 2,500 กรัม	ตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป	น้อยกว่า 2,500 กรัม	ตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป
ชลบุรี	9.90	59.17	7.64	59.29
จันทบุรี	10.21	57.05	8.35	58.68
ฉะเชิงเทรา	8.97	59.55	8.24	59.11
ตราด	9.33	52.29	9.66	55.70
ปราจีนบุรี	9.10	52.42	8.68	53.70
ระยอง	8.90	54.61	9.20	52.34
เขต 3	9.48	56.29	8.49	56.74

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

น้ำหนักของทารกแรกเกิดในภาคตะวันออก พบว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 8.49 ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (ไม่เกินร้อยละ 7) เมื่อพิจารณาถึงน้ำหนักทารกแรกเกิด ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป ก็พบว่ายังมีอัตราต่ำกว่าที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) คือ ในปี พ.ศ. 2536 พบอัตราทารกน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัม ขึ้นไป เพียงร้อยละ 56.74 ซึ่งเป็นผลมาจากการพบภาวะโลหิตจาง ในหญิงมีครรภ์ก่อนข้างสูงมากในภาคตะวันออก จึงเป็นผลให้ทารกที่คลอดออกมา มีน้ำหนักน้อยตามมาด้วย

ตารางที่ 4 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ซึ่งตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกรายจังหวัดของเขต 3 ปี  
2533-2536

จังหวัด	ธันวาคม 2533	มิถุนายน 2534	ธันวาคม 2534	มิถุนายน 2535	ธันวาคม 2535	มิถุนายน 2536	ธันวาคม 2536
ชลบุรี	0.3	0.6	1.0	1.1	1.9	2.9	1.7
จันทบุรี	0	1.0	0.5	1.0	3.5	2.0	2.0
ฉะเชิงเทรา	0.7	0	0	1.1	1.9	4.8	0.7
ตราด	0	1.0	0.8	2.5	5.0	1.7	4.4
ปราจีนบุรี	0	1.0	1.6	1.2	4.0	2.1	2.6
ระยอง	2.0	8.1	0.8	7.4	3.1	4.8	10.5
ประเทศไทย	0.3	0.8	0.7	1.0	1.4	1.4	1.9

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงมีครรภ์ในภาคตะวันออก พบว่า เดือนธันวาคม 2536 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ซึ่งตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี เกือบทุกจังหวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละทั้งประเทศ ยกเว้นจังหวัดฉะเชิงเทรา

#### สรุปปัญหาสุขภาพมารดาทารกในภาคตะวันออก มีดังนี้

1. อัตราการดูแลก่อนคลอด ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7
2. อัตราภาวะโลหิตจางเฉลี่ย ร้อยละ 14.93 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 10) และทุกจังหวัดยังเป็นปัญหา
3. อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เฉลี่ยร้อยละ 8.49 และทุกจังหวัดเกินร้อยละ 7
4. อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนัก ตั้งแต่ 3,000 กรัมขึ้นไป เฉลี่ยร้อยละ 56.74 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) และทุกจังหวัดพบว่าผลงานยังไม่ถึงร้อยละ 80
5. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น

## 5. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) กล่าวว่า การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจนต้องอาศัยความเชื่อของพยาบาลที่มีต่อบทบาทของตน และต่อความคาดหวังของสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ตามความเชื่อเดิมมุ่งความสำคัญที่การรักษามากกว่าการพยาบาล ดังนั้นการปฏิบัติงานจะมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา บทบาทของพยาบาลจึงเป็นบทบาทปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เป็นสำคัญและลักษณะงานพยาบาลจะมุ่งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Specialized Nursing) มากขึ้น มุ่งการเชี่ยวชาญโรคมากกว่าเชี่ยวชาญคน ส่วนความเชื่อในปัจจุบันจะให้ความสำคัญแก่พยาบาลมากขึ้น สังคมคาดหวังว่าสุขภาพที่ดีย่อมต้องการการการรักษายาบาลที่ดี พยาบาลจึงต้องวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง บทบาทของพยาบาลจึงเป็นบทบาทของผู้ร่วมงาน แพทย์และพยาบาลจะช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ขอมรับในบทบาทของกันและกัน ซึ่งช่วยให้พยาบาลกำหนดบทบาทที่มุ่งการพยาบาลโดยทั่วไป (General Nursing) ที่มุ่งการพยาบาลคนเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคลมุ่งทำการพยาบาลที่เป็นการสร้างเสริมสมรรถภาพการปรับตัวของคน ให้การป้องกันพร้อมไปกับการเชี่ยวชาญรักษา และเน้นอิสระภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น บทบาทตามความเชื่อใหม่ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามที่คาดหวัง ได้รับการเชี่ยวชาญรักษาพร้อมไปกับระดับระครองจิตใจแล้วยังช่วยให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงานมองเห็นความสำคัญในการทำงาน เพราะมีอิสระในการปฏิบัติและตัดสินใจให้บริการที่เฉพาะเจาะจงและเห็นเด่นชัดตามคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่ควรจะเป็น จึงต้องรวมทั้งบทบาทไม่อิสระ (Dependent Role) ที่มุ่งการเชี่ยวชาญรักษา และบทบาทอิสระ (Independent Role) ที่มุ่งการสนองความต้องการของบุคคลด้วยเช่นกัน

พยาบาลวิชาชีพควรได้ตระหนักว่าอะไรคือกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระหรือเป็นเอกลักษณ์ทางการพยาบาล การปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่จะแสดงเอกลักษณ์และเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจนก็คือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามหน้าที่ที่เป็นอิสระ (นันทนา น้ำฝน, 2538) การศึกษากิจกรรมอันเป็นอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพโดยรวมเห็นว่าสำคัญคือ การดูแลด้านความสุทธบายของร่างกาย และการให้คำแนะนำและช่วยเหลือฝึกฝนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและส่งเสริมสุขภาพ (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2526) และการศึกษาการยอมรับหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นหน้าที่ที่อิสระ ได้แก่ การประเมินข้อมูลผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหา



และความต้องการต่าง ๆ ตามสภาพบุคคล การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการสอดคล้องกับการรักษา และผู้รับบริการปลอดภัย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนโดยใช้ทักษะด้านการสังเกต การสอน การรายงาน การแก้ปัญหา ของผู้รับบริการให้เหมาะสมแต่ละบุคคล และการประชุมปรึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลตามความคาดหวังที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล (ไชแสง ขวศิริ, 2530)

กอร์รี่, แม็คคินนีย์ และเมอร์เรย์ (Gornie, McKinney and Murray, 1994) กล่าวว่า การดูแลมารดาได้เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้ก้าวทันต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ แต่ดั้งเดิม พยาบาลมีบทบาทไม่อิสระ ได้แก่ การช่วยแพทย์ทำคลอด ทำตามคำสั่งการรักษา และให้การดูแลพื้นฐานด้านร่างกายต่อมารดาและทารก แต่ในปัจจุบันนี้พยาบาลมีบทบาทที่เป็นอิสระมากขึ้น เช่น การสอน การให้คำปรึกษา เป็นต้น โบแบ็คและแจนเซน โอคอนเนอร์ (Bobak and Jansen, 1993 : O'Connor, 1994) กล่าวว่าบทบาทของพยาบาลในงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งก็รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดด้วย ได้แก่ บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้สนับสนุนช่วยเหลือ บทบาทผู้จัดการดูแลผู้ป่วย และบทบาทผู้วิจัย

### 5.1 บทบาทผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager)

แลมบ์ และสแตมเพิล (Lamb and Stempel, 1994) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล พบว่า พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญ ให้การดูแลสภาพร่างกาย และสอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง พยาบาลช่วยผู้ป่วยให้จัดการกับปัญหาสุขภาพ และตอบสนองความต้องการของเขา พยาบาลรู้จักหน้าที่ของตน มีความรู้และทักษะที่จะสอนและให้คำปรึกษาให้ข้อมูล เรียกแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการ และสนับสนุนผู้ป่วยภายในระบบการดูแลสุขภาพ พยาบาลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้เวลาค่าใช้จ่ายและทรัพยากรน้อยที่สุด

แนช และคณะ (Naah and et al., 1994) ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการดูแล ผู้ป่วยของพยาบาล พบว่าพยาบาลต้องมีหน้าที่ดังนี้คือ สนใจผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ บอกผู้ป่วยให้ทราบในสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา ผู้ป่วยพบพยาบาลได้เมื่อต้องการพยาบาล มีความสุภาพ มีความเมตตา ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่กับพยาบาล พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยคำที่เข้าใจง่าย อธิบายหรือบอกผู้ป่วยก่อนที่จะทำอะไรให้ ตรวจสอบถามการผู้ป่วยสม่ำเสมอ

ดัฟฟีลด์ เพลเลตตีเออร์ และ โดโนฮิว (Duffield, Pelletier and Donoghue, 1994) กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย

#### 5.1.1 ความรู้สำหรับการดูแล ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ช่วย

ผู้ป่วยให้ตัดสินใจ ประเมินผลการดูแล วางแผนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

5.1.2 คุณภาพของการพยาบาล ได้แก่ เข้าร่วมทีมปรึกษาหารือ (Conference) ประเมินคุณภาพของการพยาบาล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

5.1.3 การสื่อสารในทีม ได้แก่ การรับและส่งเวร การบันทึกรายงาน การปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา

5.1.4 การจัดบุคคลให้ทำงาน ได้แก่ ทำงานตามแผน ดูแลให้มีการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ประสานงานร่วมกัน ใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างคุ้มค่า

กิบบ์ และคณะ (Gibbe and et al., 1995) กล่าวว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการดูแล คือปฏิบัติงานโดยการช่วยเหลือผู้ป่วย ประเมินผลผู้ป่วย การกำหนดทรัพยากร พัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน มีความคิดสร้างสรรค์

โบแบ็ค และแจนเซน (Bobek and Jansen, 1993) กล่าวว่าพยาบาลผู้จัดการแสดงบทบาทสำคัญในการทำวิจัย และใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

ทวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2536) กล่าวว่า การจัดการด้านระบบดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยเทคนิควิธีในการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทของผู้จัดการ มีดังนี้คือ การเสริมสร้าง อำนาจ ความสะดวก (Facilitate) การประสานงาน (Coordination) การบูรณาการ (Integrate) และการสนับสนุน (Support)

สรุปได้ว่า บทบาทผู้จัดการดูแลผู้ป่วย หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยใช้ เวลา วัสดุ อุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุมในด้านผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้สอน ผู้สนับสนุนช่วยเหลือและวิจัย

## 5.2 บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพ (Care Giver)

พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เพื่อสุขภาพของมารดาทารก รวมทั้งการป้องกัน การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของมารดา (Menard, 1987 ; Cited in Bobek and Jansen, 1993)

การคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนกระทั่งเปิดหมดคือ 10 เซนติเมตร ระยะที่สอง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนกระทั่งทารกคลอด ระยะที่สามเริ่มตั้งแต่ทารกคลอดออกมาจนกระทั่งรกคลอด และระยะที่สี่ คือ ช่วงสองชั่วโมงหลังคลอด (Bobek and Jansen, 1993) การคลอดจะดำเนินไปด้วยดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3

ประการคือ มดลูกหดตัวดี ทารกในครรภ์มีขนาดพอเหมาะ อยู่ในท่าปกติและหนทางคลอดเหมาะสม ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งผิดปกติไป ก็จะทำให้เกิดการคลอดยาก พยายามเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดมารดาในระยะคลอด ถ้าพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจที่จะช่วยในการวินิจฉัยการพยาบาล และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที โดยให้การดูแลมารดาในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยให้ทั้งมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัย (เมณฑิรา เขียวยิ่ง, 2535) พยาบาลจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

### 5.2.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด

ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ปากมดลูกเริ่มเปิด ถึงเปิด 3 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (Transitional phase) (ปากมดลูกเปิด 7-10 เซนติเมตร) ส่วนใหญ่มารดาครรภ์แรกจะมาโรงพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent) เพราะว่าไม่มีประสบการณ์มาก่อนและไม่แน่ใจว่าจะมาโรงพยาบาลเมื่อไร (Bonovich, 1990) ส่วนมารดาครรภ์หลังจะมาโรงพยาบาลในระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว (Active) และบางครั้งมา ระยะใกล้คลอด

#### 5.2.1.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

เริ่มตั้งแต่พบมารดาครั้งแรกโดยใช้การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อพิจารณาตัดสินสภาวะของมารดา

การสัมภาษณ์

โดยการถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ตามอาการเจ็บครรภ์ในเรื่องความบ่อย และระยะเวลาที่เจ็บ ตำแหน่งที่เจ็บ และลักษณะของความไม่สบายจากการหดตัวของมดลูก มีการหดตัวของมดลูกอยู่ที่ไหน ๆ ที่เปลี่ยนท่าทางเมื่อเดินหรือนอน มีูกปนโลหิตออกทางช่องคลอด ภาวะของเยื่อหุ้มถุงน้ำ ถ้ามีสารคัดหลั่ง (Discharge) ที่อาจจะเป็นน้ำคร่ำ ต้องถามวันและเวลาที่เริ่มมี ถ้ารวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรมของมารดาจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการได้รับการ ดูแลของมารดา ปัจจัยที่ต้องประเมินได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ด้วยคำพูด มารดาถามคำถามหรือไม่ คุยกับพยาบาลหรือถามคำตอบคำ ในด้านอวัจนภาษา มารดาผ่อนคลายหรือตึงเครียด หลีกเลี่ยงการสบตาหรือไม่ มองดูเหนือยอ่อนหรือไม่ ด้านความสามารถในการรับรู้มารดาเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลพูดหรือไม่ บอกซ้ำในสิ่งที่เข้าใจได้หรือไม่ ในด้านระดับความไม่สบายมารดาแสดงอาการอย่างไรเมื่อมดลูกหดตัว มีการแสดงการเจ็บปวดด้วยอวัจนภาษาให้เห็นหรือไม่ มารดาบอกพยาบาลหรือไม่ มารดาส่วนใหญ่จะมีความกังวล ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพทารก ความเจ็บปวด ระดับความกังวลอาจจะเพิ่มขึ้น เมื่อมารดาไม่เข้าใจคำพูดของพยาบาล

### การตรวจร่างกาย

ระบบหัวใจ ได้แก่ หัวใจ ปอด และผิวหนัง (ดูว่ามีบวมหรือไม่ ที่  
ขา หน้า มือ และก้นกบ) ตรวจจรีเพล็กซ์ (HoHex) สัญญาณชีพและความดันโลหิต

การฟัง การเดินของเสียงหัวใจเด็ก เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับ  
พยาบาลที่จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของตำแหน่งที่ได้ยินเสียงหัวใจเด็กชัดเจน กับส่วนนำของเด็ก  
ซึ่งจะช่วยให้ผู้ทำของเด็กในครรภ์มารดา

การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ความนุ่ม  
บางและระดับของส่วนนำ ระยะที่ 1 ของการคลอด การหดตัวจะเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลา  
ตัว (Duration) จะประมาณ 15-20 วินาที ระยะพัก (Interval) กินเวลานาน จึงหดตัวอีกครั้งหนึ่ง  
ค่าระยะพัก (Interval) ได้ประมาณ 10 นาที ต่อไประยะหดตัว จะนานขึ้นเรื่อย ๆ และระยะพักจะ  
น้อยลง จนปลายระยะที่ 1 หรือต้นระยะที่ 2 ระยะหดตัวของมดลูกจะนานถึง 60-70 วินาที และ  
ระยะพักของมดลูกจะมีเพียงประมาณ 2-3 นาที การคลอดจะก้าวหน้าดีเมื่อปากมดลูกเปิดขยาย  
มากขึ้นเรื่อย ๆ จนเปิดหมด 10 เซนติเมตร และปากมดลูกมีความบางมาก การตรวจระดับของส่วน  
นำในการคลอด เมื่อการคลอดดำเนินไปด้วยดีนอกจากมดลูกจะหดตัวถี่และรุนแรงขึ้น ปาก  
มดลูกบางและเปิดมากขึ้น จะทำให้เกิดแรงดันในโพรงมดลูกสูงขึ้นดันให้ส่วนนำของเด็กเคลื่อนต่ำ  
ลงเรื่อย ๆ การตรวจหาระดับของส่วนนำนั้น ใช้ระดับของกระดูกก้น (Ischial Spine) เป็นหลัก ถ้า  
ศีรษะเด็กส่วนล่างสุดของส่วนยอดศีรษะ (Vertex) (ในราย Normal Labour) อยู่ระดับกระดูกก้น  
(Ischial Spine) เรียกว่าระดับของส่วนนำระดับ 0 (Station 0) ถ้าสูงกว่าระดับกระดูกก้น (Ischial  
Spine) ขึ้นไป ระดับของส่วนนำจะมีค่าเป็นลบ ถ้าต่ำกว่าจะมีค่าเป็นบวก คันนิงแฮม และคณะ  
(Cunningham and et al, 1989) กล่าวว่า ถ้ากระดูกกะโหลกศีรษะแยกกัน (Molding) ไม่ดี หรือถ้าเกิด  
หนังศีรษะบวมขึ้น (Caput) หรือทั้งสองอย่าง จะทำให้ศีรษะไม่มีการเคลื่อนลงต่ำถึงแม้ว่า  
ระดับของศีรษะจะอยู่ที่ระดับ 0 หรือต่ำกว่า

การคลำ (Abdominal Palpation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาขนาดของ  
มดลูกขนาดของทารก ส่วนนำและท่าของทารกในครรภ์

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ได้แก่ ปัสสาวะ ซึ่งจะทราบข้อมูล  
เกี่ยวกับภาวะของสารน้ำ (ความต่งจำเพาะ สี จำนวน) ภาวะโภชนาการ (คีโตน) หรือภาวะแทรก  
ซ้อนที่เป็นไปได้เช่น ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (PIH) (โปรตีน) ผลการตรวจโลหิต เช่น ฮีมา  
โตคริต (Hct.) ฮีโมโกลบิน (Hb.) การแตกของถุงน้ำสามารถเกิดได้ทุกเวลา พยาบาลต้องฟังเสียง  
หัวใจเด็กทันทีหลังถุงน้ำแตก และประเมินน้ำคร่ำในด้านสี ลักษณะ จำนวน

### 5.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เมื่อจะวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลวิเคราะห์การค้นพบที่

สำคัญจากการรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจมีดังนี้ (Mattson and Smith, 1993)

- รูปแบบการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนไป เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของการคลอด

- วัดกบังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด  
 - อ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์ยาวนาน  
 - มีความกลัวความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์  
 - มีความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูก

- มีภาวะเสี่ยงสูง จากการขาดสารน้ำเนื่องจากการได้รับสารน้ำ

ลดลง

- มีภาวะเสี่ยงสูงจากการติดเชื้อ เนื่องจากการตรวจทางช่องคลอดหลังถุงน้ำแตก

### 5.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

ควรตั้งวัตถุประสงค์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด มารดาจะต้องมีความก้าวหน้าของการคลอดที่เป็นปกติ แสดงความพอใจในความช่วยเหลือของพยาบาล บอกถึงความต้องการในการเข้าร่วมการคลอด และเข้าร่วมตลอดระยะการคลอด มีความก้าวหน้าของการคลอดขณะที่เสี่ยงหัวใจเด็กปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Distress) มารดาได้รับสารน้ำเหมาะสม ทั้งทางปากและทางเส้นโลหิต ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปัสสาวะเต็ม มารดาบอกถึงความไม่สุขสบายและบ่งชี้วิธีที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายและช่วยให้ผ่อนคลาย

### 5.2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การแนะนำสถานที่ แนะนำเกี่ยวกับการคลอด

การพยาบาลด้านร่างกายทั่ว ๆ ไป ความสะอาดของช่องคลอด ปาก แม หน้า มือ อาหาร น้ำดื่ม ให้รับประทานได้ตามต้องการ ไม่จำกัดอาหารในรายปกติ แต่ในรายที่อยู่ในปลายของระยะที่ 1 ของการคลอด ที่คิดว่าจะคลอดภายใน 4-6 ชั่วโมง ควรงดอาหาร เพราะเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด การทำงานของลำไส้ และภาวะอาหารขี้าง และเมื่อมดลูกหดรัดตัวจะเป็นสาเหตุให้เกิดอาเจียนได้ หรือในรายที่ต้องทำการผ่าตัดจะได้ไม่เป็น

ปัญหาในการได้รับยาระงับความรู้สึก การถ่ายปัสสาวะควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง การพักผ่อนมารดาควรได้รับการพักผ่อนให้เต็มที่ ท่านอนควรรอนตะแคงซ้าย แต่จากการศึกษาของแอนดรูส์ และชานาวสกี (Andrews and Chrzanowski, 1990) พบว่า มารดาที่อยู่ในท่านอนหลังตั้งตรง (Upright) จะมีระยะเวลาเจ็บครรภ์สั้น มดลูกหดรัดตัวดี ปากมดลูกเปิดขยายเร็วกว่าท่านอนอื่น ๆ

การพยาบาลในสภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Fetal Distress) เสียงหัวใจเด็กลดน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที เสียงไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้ยินเสียงหัวใจเด็ก ควรเปลี่ยนท่านอนมารดาให้อนตะแคงซ้ายบ่อย ๆ ถ้าให้สารน้ำทางเส้นโลหิตควรเพิ่มอัตราเร็ว ให้ออกซิเจน ภาวะมดลูกหดรัดตัวรุนแรง พบว่าระยะเวลาหดตัว (Duration) มากกว่า 90 วินาที ระยะเวลาพัก (Interval) น้อยกว่า 2 นาที ควรเพิ่มอัตราการให้สารน้ำทางเส้นโลหิต จัดท่านอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจน 10-12 ลิตรต่อนาที คลำหน้าท้องและประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ให้ยาตามแผนการรักษา การมีเลือดออกจากช่องคลอดจำนวนมาก ร่วมกับเสียงหัวใจเด็กเปลี่ยนไป หรืออาจมีอาการเจ็บร่วมด้วย ควรรายงานแพทย์และอาจจะต้อง เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้เมื่อพบน้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกายของมารดามากกว่า 38 องศาเซลเซียส ในขณะที่ได้รับสารน้ำเพียงพอ เสียงหัวใจเด็กเต้นมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที เป็นเวลามากกว่า 2 นาที ควรส่งปัสสาวะและน้ำคร่ำตรวจเพื่อเพาะเชื้อ สายสะดือย้อย (Prolapse of Cord) พบถุงน้ำแตกก่อนกำหนด มีน้ำคร่ำมาก (Polyhydramnios) ส่วนน้ำยังลอยอยู่เหนือทางเข้าช่องเชิงกราน มีภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Fetal Distress) มีสายสะดือยื่นออกมาจากช่องคลอด ต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วน รายงานแพทย์ทันที ให้มารดานอนหงายยกกันสูงหรือนอนคว่ำชันเข่าตั้ง ทำการตรวจทางช่องคลอดทันที ผลักดันส่วนน้ำไว้เพื่อไม่ให้กดบนสายสะดือ แล้วจึงค่อย ๆ ใช้นิ้วมือปาดสายสะดือให้ลอดผ่านส่วนน้ำขึ้นไป หรือดันส่วนน้ำไว้จนส่งผู้ปวยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้แพทย์ทำการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องต่อไป

การสนับสนุนมารดา พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนปลอบโยน อธิบายให้ทราบถึงธรรมชาติของการคลอดบุตร เพื่อช่วยให้คลายความวิตกกังวลต่อการคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีการเจ็บครรภ์ทุรนทุราย จะต้องเพิ่มความเอาใจใส่และดูแลใกล้ชิดยิ่งขึ้นกว่าปกติ การช่วยให้กำลังใจจะทำให้มารดาเกิดความเลื่อมใส และให้ความร่วมมืออย่างดี ไจเมเนซ (Jimenez, 1983) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่อยู่ในหน้าที่โดยตรงจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ พยาบาลให้การสนับสนุนมารดาโดยการให้ความสุขสบาย วีเวอร์ (Weaver, 1990) กล่าวว่ามารดาส่วนใหญ่ตอบสนองในทางบวกต่อการสัมผัสเพื่อ

การรักษา (Therapeutic touch) เช่น การนวดหลัง นวดบริเวณก้นกบ โดยพยาบาลสอนบิดาให้ทำ ให้มารดา การให้ความสุขสบาย โดยวิธีที่ไม่ใช้ยา พยาบาลจะสอนเทคนิคต่าง ๆ ให้มารดา ได้แก่ เทคนิคการหายใจ เป็นต้น

#### การเตรียมการคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอดจบลงด้วยปากมดลูกเปิดหมด มารดา ครรภ์หลังมักจะคลอดภายในไม่กี่นาทีหลังจากนี้ มารดาครรภ์แรกจะใช้เวลาเบ่ง 1-2 ชั่วโมงก่อน คลอด พยาบาลต้องเตรียมการคลอด เมื่อมารดาครรภ์หลังปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร

#### 5.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะสะท้อนให้เห็นผลดังนี้คือ มารดามีความก้าวหน้าของการคลอดเป็นปกติ เสียงหัวใจเด็กปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของ ทารก (Fetal Distress) มารดาแสดงความพึงพอใจในการช่วยเหลือของพยาบาล บอกความ ต้องการในการเข้าร่วมในการพยาบาล และเข้าร่วมตลอดระยะการคลอด มีการได้รับสารน้ำที่ เหมาะสม และกระเพาะปัสสาวะว่าง มารดาบอกพยาบาลถึงวิธีที่จะช่วยลดความไม่สบายและ ช่วยให้มีการผ่อนคลาย

#### 5.2.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด

##### 5.2.2.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

เมื่อการคลอดก้าวหน้าเข้าสู่ระยะที่ 2 จะรู้ได้โดยการตรวจการ เปิดขยายของปากมดลูก และมีอาการอื่นที่เห็นได้ เช่น มีเหงื่อออกที่ริมฝีปากบน อาเจียน มูกปน โลหิตออกมากขึ้น ตัน มือไขว่คว้าหาที่ยึดจับ ร้องครวญคราง รู้สึกอยากเบ่ง หรือรู้สึกอยากถ่าย อุจจาระ (Myles, 1985 ; Scott et al., 1990 Cited in Bobak and Jansen, 1993) ตรวจการหดรัดตัว ของมดลูกเป็นระยะสม่ำเสมอ ประเมินกระเพาะปัสสาวะ เพราะถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัด ขวางการเคลื่อนตัวของศีรษะ และมีผลต่อการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจชีพจร และความดันโลหิต พังเสียงหัวใจเด็ก มาฮาน และแมคเคย์ (Mahan and McKay, 1984) กล่าวว่า อาจเกิดภาวะหัวใจ เด็กเต้นช้าลงได้ถึง 90% ในระยะที่ 2 ของการคลอด คันทิงแฮม และคณะ (Cunningham and et al., 1989) กล่าวว่า ถ้าเสียงหัวใจเด็กเต้นช้าลงทันทีหลังจากการหดรัดตัวของมดลูก และหลังจาก หยุดเบ่งถือว่าปกติ พยาบาลต้องประเมินมูกปนโลหิตที่ออกมาว่ามากผิดปกติหรือไม่ น้ำคร่ำมี ซีเทา (Meconium) หรือไม่ กลิ่นและจำนวนที่ออกมา หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ช่วงระยะที่ 2 ของการคลอดถ้าเกิน 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1 ชั่วโมงครึ่ง ในครรภ์ หลังถือว่าผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์

### 5.2.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnoses)

อาจเป็นไปได้ดังนี้ (Vogler, 1993 Cited in Bobak and Janaen,

1993)

- มีความเจ็บปวดจากฝีเย็บโป่งตึง และการเบ่ง
- วิดกกังวลจากความไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระเพราะ

แรงเบ่ง

- มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากท่าทางในการคลอดไม่

เหมาะสม

- มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคลอดยาวนาน

### 5.2.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

ในขณะนี้ควรวางแผนให้เสร็จด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ วัตถุประสงค์อาจมีดังนี้คือ

มารดาเข้าร่วมในกระบวนการคลอด มารดาไม่มีการบาดเจ็บระหว่างกระบวนการคลอด รวมทั้งทารกด้วย มารดาได้รับความสุขสบายและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว

### 5.2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ท่าของมารดา มารดาอาจต้องการท่าคลอดที่หลากหลาย ท่าคลอดมีหลายท่า เช่น ท่านอนเอน (Semi-reclining) เป็นท่าที่ใช้ปฏิบัติกันมากที่สุดในต่างประเทศ ท่านนี้เป็น ท่านอนเอนบนเตียงคลอดพิเศษ ทำมุม 35-45 องศา ถ่างขาออกทั้งสองข้างแล้ว เอาเท้าวางบนที่ พักเท้า เมื่อมีความรู้สึกว่าการกลืนเนื้อมดลูกหดรัดตัว ให้ก้มตัวในท่าตัวอักษร C แล้วให้พยาบาลช่วยดันหลังด้วยมือ หรือใช้หมอนรองด้วย และมารดาใช้มือยึดเตียงคลอด หรือใช้แขนยึดได้เข่าหรือ ขาไว้ ขึ้นอยู่กับความสบาย ท่านี้อาจช่วยให้มารดาหายใจสะดวก มีแรงเบ่งคลอดมากขึ้น เพราะการเอนตัวทำให้ทารกอยู่ในท่านอนลงไปด้วย จึงทำให้คลอดบุตรได้ง่ายขึ้น ท่านอนตะแคงข้าง (Side-lying) ท่านี้อาจเหมาะในกรณีที่ทารกหันหน้าไปทางเดียวกับมารดา (Posterior position) ท่าหมอบหรือคุกเข่าลง (Squatting or Kneeling position) ท่านี้อาจเหมาะในกรณีที่ทารกเคลื่อนลงมาอย่างช้ามาก มารดาอาจนั่งยอง ๆ มีผู้ช่วยดันหลังให้ (มณีรัตน์ สุทธิรัตน์, 2534) ในประเทศไทยนิยมท่านอนหงายชันเข่า (Dorsal position) และท่าชันขาหงาย (Lithotomy position)

การเบ่งคลอด ถ้าเบ่งอย่างถูกวิธีในเวลาที่เหมาะสม จะทำให้กระบวนการคลอดพัฒนาไปอย่างรวดเร็วขึ้น พยาบาลต้องช่วยเชียร์เบ่ง แจงเค้ (Janke, 1992) กล่าวว่า การเบ่งที่ได้ผลดีที่สุดในช่วงระยะที่ 2 ของการคลอด มารดาต้องเบ่งขณะที่มดลูกหดรัดตัว และพักในช่วงมดลูกคลายตัว วิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยมารดา คือ ให้เบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง และจัดท่าที่ดี



ที่สุดสำหรับมารดา เมย์เบอริย์ (Mayberry, 1994) ศึกษาพบว่าทำให้มารดานอนท่าเอน (Semi-reclining) ท่าหมอบหรือคุกเข่าลง (Squatting or Kneeling position) มารดาจะเม่งได้ดีกว่า เพราะมีแรงโน้มถ่วงช่วยในการเบ่งด้วย

ทั้งเสียงหัวใจทารก ถ้าอัตราการเต้นต่ำลง ควรให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อลดแรงดันรอกมดลูกที่กดลงบนเส้นโลหิต เวนา คาวา (Vena cava) และ เอออร์ตา (Aorta) ให้ออกซิเจน 10 -12 ลิตรต่อนาที

ให้การสนับสนุนบิดา หรือผู้เฝ้าคลอด ช่วงระยะที่ 2 ของการคลอด มารดาต้องการการสนับสนุนและการเฝ้าคลอดอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเฝ้าคลอดจะส่งผลให้บิดาหรือผู้เฝ้าคลอดเหนื่อยทั้งร่างกาย และจิตใจ (Jordan, 1990 ; Malestic, 1990 ; Queenan 1990 ; Cited in Bobak and Jansen, 1993) พยาบาลต้องให้คำแนะนำช่วยเหลือสนับสนุน

การเตรียมการคลอดในห้องคลอด การทำคลอด หลังจากทารกคลอด พยาบาลต้องช่วยให้ทารกหายใจได้สะดวกรับออกซิเจนเพียงพอโดยดูดมูก เมื่ออก หรือโลหิตที่อุดตันอยู่ในปาก คอ จมูกของทารกออกให้หมดโดยใช้ลูกสูบยาง จับให้ศีรษะทารกห้อยต่ำลง กระตุ้นให้ร้อง เพื่อช่วยให้ถุงลมของปอดขยายตัวทำให้ทารกหายใจ ประเมินสภาพทารก ใช้หลักของ แอปการ์ สกอร์ (Apgar Score) อาการสำคัญแห่งชีวิต ประเมินลักษณะของทารก ตรวจดูลักษณะและความผิดปกติของร่างกาย ให้ความอบอุ่นแก่ทารก ป้องกันการติดเชื้อ ทารกอาจติดเชื้อได้ ดังนั้นในขณะที่ทำคลอด ควรคำนึงถึงหลักปราศจากเชื้อ การติดเชื้อที่พบได้บ่อยคือ ที่ตา และสะดือ ทันทีที่ศีรษะของทารกคลอดผ่านฝีเย็บออกมา ต้องเช็ดตาด้วย 1% กรดบอริก (Boric acid 1%) และภายหลังคลอดต้องหยอดตาทารกด้วย 1% ซิลเวอร์ไนเตรด (1% AgNO<sub>3</sub>) ส่วนสายสะดือต้องผูกให้แน่น ตัด และทาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ติดป้ายชื่อทารก สนับสนุนปฏิสัมพันธ์มารดา ทารก คลอดและเคนเนล (Klaus and Kennell, 1983) กล่าวว่า ช่วงหลังคลอดทันทีบิดา มารดา จะมีการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพ (Attachment) กับทารกได้อย่างเต็มที่ ต้องการเห็นและสัมผัสทารก พยาบาลควรช่วยสนับสนุนและเริ่มให้ทารกดูคนมารดา

#### 5.2.2.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

พยาบาลจะประเมินในแต่ละวัตถุประสงค์ที่วางแผนไว้ว่าบรรลุหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องเริ่มรวบรวมข้อมูล วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลใหม่

### 5.2.3. ระยะที่ 3 ของการคลอด

#### 5.2.3.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

ประเมินการลอกตัวของรก คือ มีโลหิตออกทางช่องคลอด แสดงว่ารกกำลังมีการลอกตัวเกิดขึ้น มีการเคลื่อนตัวของสายสะดือ แสดงว่ารกลอกตัวโดยสมบูรณ์แล้ว มดลูกมีการหดตัว ยอคมดลูก กลมแข็ง เอียงไปข้างขวา

สภาวะทางร่างกายของมารดา ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างนี้พยาบาลควรสังเกตระดับความรู้สึกตัวของมารดา หรือการเปลี่ยนแปลงทางการหายใจ เพราะจากเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต (เช่น การเพิ่มความดันในสมองระหว่างการเบ่ง และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อเส้นโลหิตในสมองแตกและเกิด พัลโมนารี เอ็มโบไล (Pulmonary Emboli) เสี่ยงต่อ แอมนิโอติก ฟลูอิด เอ็มโบไล (Amniotic Fluid Emboli) เพราะขณะที่รกลอกตัว มีความเป็นไปได้ที่จะมีน้ำคร่ำเข้าสู่การไหลเวียนโลหิตถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี เหตุการณ์เช่นนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อย แต่พยาบาลก็ต้องเตรียมพร้อมไว้

#### 5.2.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ก่อนที่จะให้การวินิจฉัย พยาบาลต้องนำเหตุการณ์ในระยະนี้มาเทียบเคียงกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดา ตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาล เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับทารก มีภาวะเสี่ยงต่อการตกโลหิต

#### 5.2.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และด้านจิตใจของมารดา เป้าหมายอาจมีดังนี้ มารดาเสียโลหิตน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร มดลูกมีการหดตัวดี สนับสนุนปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก ส่งเสริมความปลอดภัยแก่มารดาและทารก

#### 5.2.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การทำคลอดรก และหลังจากรกคลอดแพทย์จะให้ ออกซิโตซิน (Oxytocin) ในสารน้ำทางเส้นโลหิต เพื่อทำให้มดลูกหดตัว ทำให้โลหิตออกจากมดลูกน้อยลง ร่วมกับ เมทเทอร์จิน (Methergin) ทำให้มดลูกหดตัวดี ออกซิโตซิน (Oxytocin) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจากเส้นโลหิต หดตัว ก่อนให้ควรวัดความดันโลหิตเป็นพื้นฐาน (Baseline) ก่อน ไม่ควรให้กับมารดาที่มีความดันโลหิตสูง

ถ้ารกไม่คลอดภายใน 30 นาที รายงานแพทย์ทราบ หลังจากคลอดต้องตรวจรกดูว่าครบหรือไม่ ลักษณะของรก

การช่อมแซมมีเย็บ ตรวจรอยฉีกขาดของมีเย็บ ตรวจและประเมินจำนวนโลหิตที่ออกมา

ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์มารดาทารก ให้มีการสัมผัสกันระหว่างมารดาและทารก พยาบาลต้องแน่ใจว่าทารกมีความอบอุ่น และไม่มีอันตรายจากการพลัดหล่น อาจวางทารกบนหน้าท้องมารดาขณะช่อมแซมฝีเย็บ มารดาส่วนใหญ่ต้องการเริ่มให้นมทารก พยาบาลช่วยสอนให้ เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนนี้ พยาบาลต้องประเมินสภาพทารก

ตรวจสอบสัญญาณชีพหลังช่อมแซมฝีเย็บเสร็จ และคล้ายอดมดลูก หารขนาด ความแข็งตัว และตำแหน่งของมดลูก ชีพจร และการหายใจของมารดา (ปกติ 80-90 ครั้ง/นาที และ 20-24 ครั้ง/นาที ตามลำดับ) ความดันโลหิตอาจจะสูงขึ้นเล็กน้อยจากความตื่นตัวในเหตุการณ์ที่ผ่านมา หรือการได้รับออกซิโตซิน (Oxytocin) สัญญาณชีพควรตรวจทุก ๆ 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก มารดาอาจมีอาการคัน ซึ่งเป็นสิ่งปกติ แต่อาจทำให้มารดาตกใจได้ ควรให้ความมั่นใจแก่มารดาว่าเป็นเหตุการณ์ปกติ

#### 5.2.3.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

พยาบาลประเมินผลในแต่ละวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุหรือไม่ เช่น รกคลอดและเสียโลหิต น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร มารดาไม่มีความวิตกกังวล และเข้ากระบวนการผูกพันและสัมพันธ์ภาพ (Bonding and Attachment) ถ้ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องรวบรวมข้อมูล วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลใหม่

#### 5.2.4 ระยะเวลาที่ 4 ของการคลอด

##### 5.2.4.1 การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

ระบบทั่วไป ได้แก่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิจะคงที่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นในช่วงนี้อาจเกิดจากการขาดน้ำหรืออ่อนเพลีย ความดันโลหิต ชีพจร ควรจะคงที่เท่ากับก่อนคลอดใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ชีพจรอาจเดินช้าลงได้จากผลของการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิตที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอด แรงดันในช่องท้องลดลงอย่างรวดเร็วไม่มีแรงดันต่อเส้นโลหิตดำ เส้นโลหิตดำรองอวัยวะภายในช่องท้องมีโลหิตคั่ง (Splanchnic engorgement) และโลหิตไปสู่หัวใจลดลง เมื่อโลหิตไปสู่หัวใจเพิ่มขึ้นจึงเกิดชีพจรเดินช้าลง (Guyton, 1987) มดลูก ควรจะประเมินความแข็งตัว ตำแหน่งของยอดมดลูก และความสูง การประเมินจะง่ายและแม่นยำเมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง วาร์เนย์ (Varney, 1991) กล่าวว่ายอดมดลูกจะอยู่ระหว่างกระดูกหัวเหน่า (Symphysis pubis) กับสะดือ ประมาณ 2/3 ถึง 3/4 และจะอยู่ที่ระดับสะดือภายใน 1 ชั่วโมง และจะอยู่คงที่ระดับนี้เป็นเวลา 1-2 วัน ก่อนจะลดลง ถ้ามดลูกไม่แข็งตัว พยาบาลจะต้องคลึงและได้ก้อนเลือด (Blood clot) ออกก่อน กระเพาะปัสสาวะถ้าเต็ม จะทำให้มดลูกนุ่ม อยู่เหนือสะดือและเอียงไปทางด้านขวา พยาบาลควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ อาจจำเป็นต้องสวนปัสสาวะให้ การปล่อยให้กระเพาะปัสสาวะเต็มทำให้มารดาไม่สุขสบาย มดลูกหดตัวไม่ดี ตกโลหิตได้ น้ำคาวปลา ต้องประเมินจำนวนและลักษณะที่ออกมา โดยสังเกตที่ผ้าอนามัย ที่เย็บ ช่วงนี้เรียกว่า

โลหีเยย รุบรา (Lochia rubra) จะมีจำนวนปานกลาง และอาจมีโลหิตแข็งตัวขนาดเล็ก ๆ ไม่มีกลิ่นเหม็น ที่ฝัเย็บต้องดูว่ามีโลหิตออกหรือไม่ ซึ่งอาจมีได้จากการฉีกขาดของฝัเย็บ หลังคลอดฝัเย็บอาจบวมได้ พยายามลดต้องประเมินความเจ็บปวดที่ฝัเย็บ อาการบวม เพราะอาจเป็นสาเหตุของโลหิตคั่ง (Hematoma) ได้

มารดาอาจมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับทารก ซึ่งพยายามอาจพบพฤติกรรมดังนี้ (Gray, 1979)

- ปฏิกริยาในทางลบ ทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา เช่น ไม่สัมผัส ไม่อุ้ม หรือพูดด้วยความชื่นชมกับทารก

- ผิดหวังในเพศของทารก
- ไม่ประสานสายตากับทารก

#### 5.2.4.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา ตัวอย่างของการวินิจฉัยการพยาบาลคือ

- เสี่ยงต่อการตกโลหิตจากมดลูกหดตัวไม่ดี หลังจากคลอด
- กระเพาะปัสสาวะเต็มจากผลกระทบของการคลอดต่อความ

รู้สึกบนทางเดินปัสสาวะ

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาด

ประสบการณ์

#### 5.2.4.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

วัตถุประสงค์ในระยะนี้อาจมีดังนี้

- ฝัออนามัยชุ่มโลหิตไม่มากกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมง
- ปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังคลอด
- เริ่มกระบวนการผูกพันและสัมพันธภาพ (Bonding/Attachment)

กับทารกและครอบครัว

- มีความสุขสบายเพิ่มขึ้นหลังจากให้ความช่วยเหลือ

#### 5.2.4.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ระหว่างช่วงที่ 4 ของการคลอดพยาบาลต้องสอนมารดา การสอนต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ ข้อค้นพบจากการรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การป้องกันการตกโลหิต พยาบาลวัดอุณหภูมิ ซีทจว และความดันโลหิต ซีทจวปกติอยู่ระหว่าง 60-70 ครั้ง/นาที ถ้ามากกว่า 90 ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด อุณหภูมิอาจจะอยู่ต่ำกว่าระดับปกติ เพราะมีการสูญเสียความร้อน หรือสูงกว่า 37.2 องศาเซลเซียส เพราะมีการขาดน้ำ หรือการคลอดยาวนาน โดยปกติแล้ว ค่าของแรงดันโลหิตในระยะที่หัวใจบีบตัว

(Systolic pressure) ไม่ควรต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ถ้าต่ำกว่าร่วมกับชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาทีย มักจะเป็นอาการแสดงของภาวะช็อค (Shock) พยาบาลต้องคลั่งมดลูกบ่อย ๆ ตรวจดูผ้าอนามัยว่ามีโลหิตออกมากหรือไม่ การตกโลหิตอาจเกิดจากโลหิตคั่งที่ฝีเย็บ (Hematoma) ซึ่งมารดาจะปวดมากที่ฝีเย็บหรือทวารหนัก พยาบาลควรตรวจฝีเย็บอย่างละเอียด

การป้องกันภาวะบัสสาวะเต็ม ภาวะบัสสาวะเต็มจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เกิดการตกโลหิตได้ พยาบาลกระตุ้นให้มารดาถ่ายบัสสาวะ โดยการนำหมอนอนมาให้ ให้ดื่มน้ำ ถ้ามารดาดื่มได้ หรือเทน้ำอุ่นที่ฝีเย็บ หรือช่วยพาเดินไปห้องน้ำ ถ้าวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผลต้องทำการสวนบัสสาวะให้

ให้มารดามีความปลอดภัย ระวังตกเตียง พิจารณาว่าจะให้มารดาลุกขึ้นได้เมื่อใด โดยดูจากความดันโลหิต จำนวนโลหิตที่เสียไป ชนิดของยาาระงับปวด หรือยาาระงับความรู้สึกที่ได้รับระหว่างการเจ็บครรภ์ และการคลอด ความเจ็บปวดของมารดาที่หลงเหลืออยู่ และความต้องการของมารดา

ให้มารดามีความสุขสบาย มารดาบางคนมีอาการคัน พยาบาลหาผ้าห่มให้อธิบายว่าเป็นอาการปกติ การหดตัวของมดลูกอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายมีความเจ็บปวด พยาบาลต้องอธิบายให้มารดารู้ว่าเป็นเรื่องปกติ ช่วยให้มียุทธศาสตร์บัสสาวะว่าง ให้ยานักปวดตามแผนการรักษา มารดาจะมีอาการปวดแผลฝีเย็บด้วย ลึคนา อิมคูนีย์ และคณะ (2538) ศึกษาผลการลดความเจ็บปวดฝีเย็บในมารดาหลังคลอด และความพึงพอใจระหว่างวิธีแช่แผลฝีเย็บด้วยน้ำอุ่นและน้ำเย็น พบว่าคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังแช่แผลด้วยน้ำอุ่น และน้ำเย็นไม่แตกต่างกัน แต่มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจต่อการแช่ด้วยน้ำอุ่นมากกว่าน้ำเย็น

รักษาความสะอาด โดยเปลี่ยนผ้าอนามัยให้เมื่อเปียกชุ่ม ทำความสะอาดฝีเย็บ สอนมารดาในการทำ ความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอนามัยที่ถูกวิธี เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปียกและเปื้อนออก ให้นอนบนเตียงที่สะอาด

อาหารและน้ำดื่ม ช่วงนี้มารดาจะหิวพยาบาลควรแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ หรือเครื่องดื่ม มารดาบางคนอาจจะไม่ได้รับประทานอาหารเลย ระหว่างปลายระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้เหนื่อยและอ่อนเพลียมากหลังคลอด ดังนั้นจึงควรให้อาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มจะช่วยให้รู้สึกสดชื่นขึ้น เพราะส่วนมากระยะนี้มารดา รู้สึกกระหายน้ำ เนื่องจากเสียโลหิตและเหงื่อในระหว่างการคลอด แต่ถ้ามารดาที่ได้รับการดมยาจะต้องงดอาหารไว้ก่อน เพราะอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลงแล้ว จึงจะเริ่มให้เครื่องดื่มหลังอาหาร แต่รายที่ต้องดมยาสลบนี้มักจะได้น้ำทางเส้นโลหิต ดังนั้นจึงต้องดูแลให้มารดาได้รับตามจำนวนด้วย

การสนับสนุนครอบครัวให้อุ้มทารก ให้มีการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ  
 ตอนมารดาให้นมทารก ช่วงหลังคลอดทันทีทารกจะมี ซักกิ้ง รีเฟล็กซ์ (Sucking Reflex) การให้นม  
 ทารกครั้งแรกจะช่วยส่งเสริมสายสัมพันธ์ ทอมลินสัน, โรเทนเบิร์ก และคาร์เวอร์ (Tomlinson,  
 Rothenberg and Carver, 1991) ศึกษาพฤติกรรมของบิดาที่มีบุตรคนแรกต่อการได้พบทารกครั้งแรก  
 หลังคลอด พบว่าบิดามีพฤติกรรมโดยการจ้องมองและเข้าไปใกล้แล้วกอดทารก ซึ่งจากผลการ  
 ศึกษานี้พยาบาลควรให้ความมั่นใจแก่บิดา โดยการให้อุ้มทารกเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์

#### บันทึกรายงานการคลอด

ย้ายมารดาไปหน่วยหลังคลอด เมื่อมารดามีสภาพทั่วไปแข็งแรง  
 ขึ้น และปลอดภัยจากอันตรายแล้วจะย้ายมารดาไปหน่วยพักหลังคลอด ก่อนย้ายต้องตรวจสอบดู  
 ว่ามารดาอยู่ในสภาพปกติ ชีพจร หายใจ อุณหภูมิ และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหด  
 รั้งแข็งตัวดี ยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ไม่มีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะ น้ำคาวปลา  
 หรือโลหิตออกไม่มากกว่าปกติ และเมื่อคลึงและได้ก้อนโลหิตออก ไม่พบว่ามีก้อนโลหิตค้างอยู่ใน  
 โโพรงมดลูก แผลฝีเย็บไม่บวมไม่ปวด ไม่มีอาการปวดดวงที่แผล ทวารหนัก ซึ่งเป็นอาการของ  
 Hematoma ไม่มีอาการปวดท้อง กดหน้าท้องไม่เจ็บปวด

#### 5.2.4.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ประเมินตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้จะมีดังนี้

- ผู้อนามัยชุมชนโลหิตไม่มากกว่า 1 แขนต่อชั่วโมง
- มารดาปัสสาวะออก เมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม
- มารดาและครอบครัวเริ่มกระบวนการผูกพันและสัมพันธ์ภาพ
- มารดามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น หลังจากได้รับความช่วยเหลือ

จากพยาบาล

### 5.3 บทบาทผู้สอน (Educator)

พยาบาลเป็นผู้สอนที่สำคัญที่สุดในทีมสุขภาพเพราะมีการติดต่อกับผู้ป่วยมากกว่า  
 สมาชิกอื่นในทีม การสอนเป็นหน้าที่พื้นฐานของพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพราะจุดมุ่งหมาย แรกของการ  
 พยาบาลมารดาทารกคือ การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคลและครอบครัว พยาบาล  
 ต้องเข้าใจกฎของการสอนและการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้การสอนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล  
 มีดังนี้คือ (Gorrie, McKinney and Murray, 1994)

#### 5.3.1 การเรียนรู้ที่แท้จริงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้เรียน

5.3.2 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้เรียนมีส่วนร่วม โดยตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน และมีเวลาในการถามคำถาม และอธิบาย

5.3.3 การให้ฝึกทักษะซ้ำจะทำให้ผู้เรียนทำได้ดี เช่น การให้บิดามารดาอาบน้ำให้ทารก มากกว่า 1 ครั้ง จะทำให้ทำได้ดีมากขึ้นเมื่อกลับบ้านไปแล้ว

5.3.4 การสนใจให้มีการเรียนรู้โดยการให้คำชมเชย ซึ่งมีความสำคัญมากเมื่อให้ลองทำสิ่งที่ยาก เช่น การให้ทารกที่ไม่ค่อยตอบสนองของดูคนมมารดา

5.3.5 การแสดงให้ดูเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ

5.3.6 ความไม่เห็นด้วย และการทำตามไม่ได้จะขัดขวางการเรียนรู้ พยาบาลต้องตระหนักถึง เช่น บิดามารดาไม่เห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งต้องทำให้มีการยอมรับก่อน การสอน

5.3.7 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นเมื่อสอนเรื่องง่ายก่อนเรื่องซับซ้อน เช่น สอนการดูแลสะดือทารกก่อน สอนการอาบน้ำ การสระผม

5.3.8 วิธีการสอนที่หลากหลายเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งความสนใจ ได้แก่ ทัศนคติ ไปสเตอร์ การอภิปราย เป็นต้น

#### 5.4 บทบาทผู้สนับสนุนช่วยเหลือ (Advocate)

ความหมายของการสนับสนุนช่วยเหลือ

โดโนฮิว (Donohue, 1978) กล่าวว่า การสนับสนุนช่วยเหลือ คือ การที่พยาบาลห่วงใยผู้ป่วย และการปฏิบัติเป็นตัวแทนของผู้ป่วย

กาโดว์ (Gadow, 1980) กล่าวว่าคือ การทำหน้าที่ทางจริยธรรมเพื่อส่งเสริมเอกลักษณ์ของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยให้รู้คุณค่าของตนเอง

อโรสคาร์ (Aroskar, 1982) กล่าวว่า พยาบาลผู้ทำหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต้องบอกผู้ป่วยเพื่อความยินยอมในการผ่าตัด และเป็นผู้ปกป้องสิทธิของผู้ป่วย

คริสทอปป์ (Christoph, 1988) กล่าวว่า พยาบาลสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างประชากรของการวิจัย โดยพยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้ทำการวิจัยได้อธิบายกระบวนการที่จะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยจนเข้าใจและแน่ใจว่าผู้ป่วยยินยอมที่จะเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

โฟร์เมอร์ ; เบรเดน และไพร์ซ์ (Fromer, 1980 ; Braden and Price, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยคือ พยาบาลส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยค้นพบด้วยตนเอง จะสามารถวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

สอดคล้องกับ เมซีย์ และคณะ (Mezey and et. al., 1994) กล่าวว่า พยาบาลถูกคาดหวังว่าต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีเอกลักษณ์ในการตัดสินใจ

คาร์เปอร์ ; เฟลเฮอร์ตี้ ; เคอร์ทิน (Carper, 1979 ; Flaherty, 1981 ; Curtin, 1983) กล่าวถึงแนวคิดของการสนับสนุนช่วยเหลือคือ การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้ เป็นบทบาททางวิชาชีพ เป็นพื้นฐานของจริยธรรมทางการพยาบาล และการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การสนับสนุนช่วยเหลือ (Advocate) หมายถึง การเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ช่วยปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้คุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

พื้นฐานหลักของการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลคือ การที่พยาบาลสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย (Faherty, 1993) ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมและกฎหมายของการดูแลสุขภาพ (Evans, 1992) ผู้ป่วยมีสิทธิและสิทธิของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับบุคคลสำคัญ ที่จะปกป้องดูแลเพื่อสิทธิของพวกเขา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะเรียกร้องสิทธิ พยาบาลเป็นตัวแทนได้โดยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นหูเป็นตา แรน จา ของผู้ป่วย ถือว่าผู้ป่วยทุกคนมีความเท่าเทียมกัน (Bandman and Bandman, 1990)

ในปรัชญาของการพยาบาลมารดาทารกกล่าวไว้ว่า พยาบาลสนับสนุนช่วยเหลือโดยปกป้องสิทธิของมารดาและสมาชิกครอบครัวทุกคน รวมทั้งทารกด้วย (Pillitteri, 1995) ซึ่งการที่พยาบาลให้การสนับสนุนช่วยเหลือจะส่งผลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ดีของบุคคลรุ่นปัจจุบันและในอนาคต (Bobak and Jansen, 1993) พยาบาลต้องสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ในคลินิก เมื่อมารดาพบกับแพทย์และนักเขียนแพทย์หลายคนที่ต้องทำการตรวจมารดา (Dickason, Silverman and Schult, 1994)

### 5.5 บทบาทผู้วิจัย (Researcher)

พยาบาลทุกระดับมีบทบาทในการพัฒนาศาสตร์การพยาบาลและนำความรู้สู่การปฏิบัติ การใช้การวิจัยเป็นสื่อในการแสดงถึงการมีศาสตร์ของพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำได้โดยไม่ต้องอธิบายความหมายโดยละเอียดของการพยาบาลเฉพาะกรณี ทุกกรณีไป พยาบาลทุกคนอาจจะมีโอกาสได้ทำวิจัยไม่เท่าเทียมกัน เมื่อใดก็ตามที่มีโอกาสดังกล่าวจะทราบว่า ปัญหาชนิดใดที่จะนำมาทำวิจัยได้ เมื่อใดที่ทำวิจัยก็ควรจะยึดมั่นในจรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยที่ดี ซึ่งหลักการสำคัญก็คือ การไม่ล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ถูกวิจัย และมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย นอกจากนั้นถ้าไม่มีโอกาสได้ทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างมีไหวพริบก็จะทำให้การ



ทำวิจัยของพยาบาลมีความหมายขึ้น ในเรื่องของการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ได้มีความหมายเพียงให้พยาบาลอ่านงานวิจัยเข้าใจ แต่การอ่านนั้นต้องอ่านอย่างมีวิจารณญาณ คือสามารถประเมินคุณภาพของงานวิจัยและเข้าใจในสถานการณ์ที่ทำวิจัยอย่างถูกต้อง การนำผลการวิจัยไปทดลองใช้จึงจะไม่เป็นอันตราย และได้ผลสมความมุ่งหมาย นั่นก็คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนควรฝึกฝนตนเองในทักษะการอ่านและการทำวิจัย นอกจากนั้นควรฝึกลักษณะของการเป็นนักวิจัยที่ดี เพื่อให้การมองการวิจัยมีคุณค่าขึ้น (ยวดี ภาฯ, 2537) ดังนี้

5.5.1 เป็นคนมีความกระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อมตน อยากรู้ว่า ใคร อะไร ทำอะไร อย่างไร ที่ไหน ของเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ ไม่พอใจกับคำอธิบายที่ไม่มีละเอียดละเอียดไปถึงแก่นของปัญหา ไล่ต้อปัญหาต่าง ๆ รอบตัว

5.5.2 ชอบประเมินผลเทคนิคหรือวิธีการที่ตนใช้อยู่ ไม่พอใจที่จะใช้วิธีการเดิมที่เคยได้ผลอยู่จำเ แม้จะเคยได้ผลดีมาแล้ว เพราะความที่ไม่ชอบอยู่นิ่ง มักจะคิดหาวิธีการใหม่ๆ มาทดลองใช้เพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้น

5.5.3 ชอบใช้หลายวิธี หลายกระบวนการเพื่อยืนยันว่าข้อค้นพบที่ได้เชื่อถือได้ ไม่รับด่วนสรุปเมื่อได้ข้อค้นพบเพียงครั้งเดียว ต้องทดลองซ้ำแล้วซ้ำเล่าหรือทำทุกวิถีทางที่จะทำได้ ให้เป็นการยืนยันว่า ข้อค้นพบนั้นถูกต้องแน่นอน

5.5.4 ชอบสังเกตไปถึงต้นตอของข้อมูล การจะได้ข้อมูลสิ่งใดมา ต้องการข้อมูลที่ตนได้ยินกับหู ได้รู้ด้วยตา ได้สัมผัสด้วยมือ ไม่เชื่อคำบอกเล่าต่อ ๆ กันมา เลือกลงใช้หลักฐานใหม่สุดและถูกต้องที่สุดมาพิจารณา

5.5.5 เป็นคนใจกว้าง ยอมรับหรือคิดเห็นของผู้อื่น พยายามปรับปรุงแก้ไขความคิดเห็นและข้อสรุปของตนเสมอเมื่อได้หลักฐานใหม่เพิ่มเติม

พยาบาลที่ให้การดูแลมารดาควรนำผลการวิจัยมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ทำการวิจัยและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับปรุงการพยาบาล ความรู้ในกระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นดังนี้ (NAACOG, 1991 Cited in Bobak and Jansen, 1993) คือช่วยให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ใช้ผลการวิจัยอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาลใช้ผลการวิจัยเป็นพื้นฐานให้ตรงกับมาตรฐานการพยาบาล

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการปฏิบัติจริง มีดังนี้

กฤษณี ก้องสมุทร (2532) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในด้านบริหาร บริการและวิชาการ กลุ่มตัวอย่างคือหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนใน 24 จังหวัดทางภาคกลาง

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

1. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับดี ทั้งด้านบริหาร บริการ วิชาการ และรวมทุกด้าน
2. การรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกันตามอายุ และมีข้อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการไม่มีความแตกต่างกันตามอายุของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน
3. การรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ดำรงตำแหน่งนาน 6 - 10 ปี มีความแตกต่างกันในด้านบริการ ส่วนด้านบริหารและวิชาการไม่มีความแตกต่างกัน
4. การรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส

ชุติมา คุณาทอง (2533) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทในงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวของแม่ตัวอย่างที่อบรมแล้วในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

1. การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัวของแม่ตัวอย่างที่อบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาท ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส

ราณี วิริยะเจริญกิจ (2535) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

1. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านการบริหารจัดการมีการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรม

2. ประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในทุกบทบาท

3. ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในบทบาทด้านการบริหารจัดการ

รัชนีษ์ ป้อมทอง (2536) ศึกษาบทบาทตามความคาดหวังและที่เป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

1. พยาบาลวิชาชีพมีความคาดหวังต่อบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก 4 บทบาท คือ การปฏิบัติกรพยาบาล การสอน การให้คำปรึกษา และการนิเทศ ส่วนบทบาทอื่นมีความคาดหวังในระดับปานกลาง ได้แก่ การประสานงาน การนำ การเปลี่ยนแปลง และการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมีความคาดหวังและการปฏิบัติจริงต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ดังนั้นจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บัญญัติที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือ

1. อายุและประสบการณ์ มีผลต่อการรับรู้ในบทบาทของตนเอง โดยเมื่อบุคคลที่เข้าสู่ในองค์การระยะแรก ๆ พวกเขาจะค่อย ๆ รับรู้บทบาทของตนเองตามที่องค์การกำหนด และพยายามปรับบทบาทให้มีความสอดคล้องกับความมุ่งหวังของตนเอง (เฮงชัย สันติวงศ์ และชัยยศ สันติวงศ์, 2526) การที่บุคคลจะรับรู้สิ่งใด ๆ นั้น จะขึ้นอยู่กับอายุและประสบการณ์ของบุคคลนั้นมาก่อน

2. สถานภาพสมรส บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น เพราะครอบครัวเป็นแหล่งของความรักมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน (ละออ หุตางกูร, 2529) ดังนั้น บุคคลที่มีสถานภาพสมรสต่างกันย่อมมีวุฒิภาวะต่างกัน ซึ่งทำให้การรับรู้แตกต่างกัน เพราะวุฒิภาวะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้าของบุคคล (เกรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2528)

3. การอบรมเฉพาะทาง เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคลในหน่วยงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสอนให้บุคคลได้เรียนรู้และเข้าใจในวิชาการ และวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องทันสมัยและเหมาะสม ซึ่งเป็นการส่งเสริม

คุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (อุทัย นิรัญโต, 2523) และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจชัดเจนถึงบทบาทของตนเองและงานต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภูมิ

### กรอบแนวคิด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย