

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัว
ด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด



นางดวงตา ภัทโรพงษ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-3253-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING EMPOWERMENT PROGRAM ON MATERNAL ROLE
ADAPTATION DURING POSTPARTAL PERIOD



Mrs. Duangta Pattaropong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science


Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

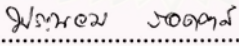
ISBN 974-14-3253-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัว
ด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
โดย นางดวงตา ภัทโรพงษ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรกรณ์)

ดวงตา ภัทโรพงค์: ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด (THE EFFECT OF NURSING EMPOWERMENT PROGRAM ON MATERNAL ROLE ADAPTATION DURING POSTPARTAL PERIOD)

อ. ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภางรี, 127หน้า. ISBN 974-14-3253-4

การวิจัยศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ กับมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ได้รับบริการฝากครรภ์ และได้รับการดูแลหลังคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ทำการจับคู่ตามช่วงอายุและระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 60.0) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75.0) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 85.0) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แผนการสอน คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด และแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

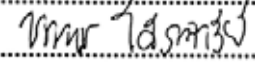
ระดับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.86, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในส่วนของสัมพันธภาพและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($t = -4.03$ และ $t = -4.55, p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดสูงขึ้น และเสนอให้เห็นแนวทางการนำไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล การศึกษา และการวิจัย

ภาควิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อนิสิต..... 

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... 

4577641636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: NURSING EMPOWERMENT PROGRAM / MATERNAL ROLE ADAPTATION /
POSTPARTAL PERIOD

DUANGTA PATTAROPONG: THE EFFECT OF NURSING EMPOWERMENT
PROGRAM ON MATERNAL ROLE ADAPTATION DURING POSTPARTAL PERIOD.
THESIS ADVISOR: CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., 127 pp. ISBN 974-14-3253 -4

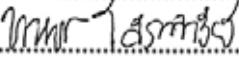
The purpose of this quasi-experimental research was to compare maternal role adaptation during the postpartal period between primigravidas who received Nursing Empowerment Program (NE program) and those who received conventional nursing care. The sample was obtained from primigravidas who attended the prenatal clinic and were admitted to the postpartum ward at Suratthani Hospital. Twenty subjects each were randomly assigned to either the experimental or control group. The groups were matched with regard to age and educational level. Majority of the subjects was adult mothers (60.0%), completed high school or less (75.0%), and had average monthly family income less than ฿10,000 (85.0 %). Research instrument included 1) NE Program lesson plan and handbook and 2) maternal role adaptation questionnaire. The instruments were content validated and tested for reliability (Cronbach ` alpha 0.82). Data were analyzed by using independent t-test

The finding revealed that the maternal role adaptation during the postpartal period in primigravidas who received NE Program was significantly higher than those who received conventional nursing care ($t = -4.86, p < .05$). Furthermore, the maternal role adaptation in the aspects of mother–infant attachment and infant care were significantly different between the experiment and control group ($t = -4.03$ and $t = -4.55, p < .05$). The finding suggests that NE Program could be implemented in order to enhance maternal role adaptation during the postpartal period especially for the primigravidas.

Field of study.....Nursing Science.....

Academic year..... 2005.....

Student's signature..... 

Advisor's signature..... 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ และสนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรภรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณา ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กรรม หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้าห้องฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ วิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และที่สำคัญคือ มารดาครรภ์แรกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็น อย่างดียิ่งในการเป็นกลุ่มตัวอย่างเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อถาวร บุญยวรรณ คุณพ่อที่ล่วงลับไปแล้วและ คุณแม่ปราณี บุญยวรรณ ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนใฝ่รู้และเห็นความสำคัญของการศึกษา ขอขอบคุณ คุณชำนาญ ภัทโรพงษ์ ที่ให้ความช่วยเหลือทุกด้านตลอดระยะเวลาการศึกษา และลูกสุดที่ รักทั้งสองคน คือ ดช.กัญจนิน ภัทโรพงษ์ และ ดช.พรชยงค์ ภัทโรพงษ์ ที่เป็นกำลังใจสำคัญ รวมทั้ง ขอขอบคุณเพื่อนๆ และทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและ เป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	9
1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1 การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา.....	12
2.2 มารดาในระยะหลังคลอด.....	16
2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา.....	17
2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	33
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
3.3 การดำเนินการทดลอง.....	65
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะการวิจัย.....	81
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	82

บทที่	หน้า
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	83
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอเก็บรวบรวม ข้อมูล.....	98
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง ใบยินยอมและข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน การวิจัย ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ การศึกษา ราย ได้.....	60
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแหล่งพลังอำนาจมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง.....	72
3	เปรียบเทียบค่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที่ (Independent t –test).....	76
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรโดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที่ (Independent t –test).....	77
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร โดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที่ (Independent t –test).....	78

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย.....	36
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลในสังคมเป็นการตอบสนองความต้องการและเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านสังคม เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปตามปกติ (Andrew and Roy, 1991: 348 - 349) มารดาหลังคลอดก็เช่นกัน ภายหลังจากคลอดสิ้นสุดลง นอกเหนือจากการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคมแล้วยังเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอด (พรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2531) การที่มารดาจะปฏิบัติบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้นไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณทันที แต่เกิดจากการเรียนรู้ในลักษณะที่ค่อยเป็นค่อยไปตามประสบการณ์ วุฒิภาวะทางอารมณ์ ความคิดเห็น ค่านิยม และบุคลิกใกล้ชิด (Rubin, 1967: 237, Steels & Pollack, 1968 cited in Jensen & Bobak, 1985: 776) อีกทั้งบทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นบทบาทที่สลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์จนถึงระยะหลังคลอด เป็นบทบาทที่มารดาจะต้องปฏิสัมพันธ์ต่อบุตร เป็นพฤติกรรมของมารดาที่ต้องแสดงออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพในการดูแลบุตร เช่น การให้นม การดูแลเรื่องความสะอาด การขับถ่าย ซึ่งมารดาจะต้องเรียนรู้และปรับตัวปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบให้เหมาะสม (Jensen & Bobak, 1985: 783 - 785; Mercer, 1986: 9 - 32; Grace, 1993: 431 - 439; Young, 1986: 259 - 272) และการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปสู่บทบาทการเป็นมารดา ถือว่าเป็นช่วงสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงมีการปรับตนเองให้เข้ากับสถานภาพและบทบาทให้เปลี่ยนสถานภาพจากการเป็นภรรยาแต่เพียงอย่างเดียวมาเป็นมารดา ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สำคัญของบุคคลในการมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ และความเป็นผู้หญิงโดยสมบูรณ์ (Hurlock, 1980: 310)

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่สำคัญ หากมารดาสามารถแสดงบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะนี้ได้เป็นอย่างดีเหมาะสม มารดาจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง โดยเริ่มจากมารดาสามารถแสดงการมีสัมพันธภาพกับบุตรได้ตั้งแต่วันแรกของชีวิตบุตร (Klaus & Kennell, 1982: 72 - 82) โดยทั่วไปมารดาจะแสดงพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุตรด้วยการสำรวจร่างกายของบุตร สัมผัสจับต้อง พูดยคุย มองสบตากับบุตร สร้างความคุ้นเคยกับบุตร มีความเต็มใจและตั้งใจในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมตนเอง ทำให้บุตรได้รับความรัก ความอบอุ่น นอกจากนี้ในการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องการดูแลบุตรนั้น มารดาต้องมีการปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

เกี่ยวกับบุตร เช่น การให้อาหาร การนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลปกป้องบุตรให้พ้นจากอันตราย และการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม (Mercer, 1985: 198 – 204) หากมารดาสามารถปรับตัวได้ในการรับบทบาทการเป็นมารดา ก็จะช่วยให้การเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุตรได้รับความรัก ดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสมส่งผลให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรงและเจริญเติบโตได้ดี (Martin Mastroianni & Reeder, 1980: 421)

การที่มารดาหลังคลอดจะสามารถปรับตัวในบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม นั้นมารดาจำเป็นต้องมีการเรียนรู้อย่างถูกต้อง และเพียงพอ ซึ่งพัฒนาการของการเรียนรู้บทบาทมารดาเกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ลึกซึ้งทางปัญญา และสังคม การแสดงบทบาทการเป็นมารดา นอกเหนือจากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด แล้วยังเป็นกระบวนการที่มารดาที่มีความสามารถในการกระทำบทบาทเป็นผลสำเร็จ และสามารถผสมผสานพฤติกรรมบทบาทมารดาเข้ากับบทบาทอื่น ๆ ได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา และสามารถแสดงเอกลักษณ์ของการเป็นมารดาได้ (Mercer, 1985: 198) ระยะหลังคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของมารดาและบุตร คือเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญหรือเป็นภาวะวิกฤตตามวุฒิภาวะในชีวิต (Maturational crisis) ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเพราะมารดาไม่เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเท่านั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทอีกด้วย (Nussbaum, 1981: 123 – 139) อาจกล่าวได้ว่าในระยะหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของครอบครัว (Sheehan, 1981: 19) มารดาต้องปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ให้อยู่ในสภาวะสมดุล ปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการคลอดทั้งในด้านการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปจากการคลอด ปรับตัวในการดูแลบุตร ทั้งในด้านการเรียนรู้ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลบุตร

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอด ต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น อายุ การศึกษา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อม หากปัจจัยดังกล่าวไม่เอื้ออำนวยให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้มารดาไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้มารดาเกิดความเครียด และวิตกกังวลต่อการแสดงบทบาทของตน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจภายในบ้านได้เนื่องจากต้องดูแลบุตร ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ เนื่องจากร่างกายต้องพักฟื้นจากการคลอด (Fawcett, 1981: 373 – 375) อาจส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าผู้อื่นหมดความไว้วางใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงซึ่งพฤติกรรมที่มารดาแสดงออกอาจเป็นพฤติกรรมซึมเศร้า หรือมีอาการทางจิต จนในที่สุดอาจทำให้ชีวิตสมรสอับปางถึงขั้นหย่าร้างในที่สุด (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2531: 45) นอกจากนี้ อาจส่งผลให้มารดาบรู้อาชีพบุตรเป็นต้นเหตุให้เกิดความทุกข์จนอาจทำร้ายบุตรได้ (Kaplan & Sedney, 1980: 288) คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการดูแลบุตร มีความคิดว่าตนเองตอบสนองความต้องการของบุตรไม่ได้ ไม่สามารถให้

ความสุขแก่บุตรของตนเองได้ ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกสับสน รู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ขาดความมั่นใจในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า และอาจล้มเหลวในบทบาทหรืออาจห่างเหินบุตรได้ ซึ่งผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การที่มารดามีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในระยะหลังคลอดจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุตรเมื่อโตขึ้น Gaffney (1986: 91) พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีอาการวิตกกังวลสูง แสดงให้เห็นถึงการขาดพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต โดยจะไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันที่มีต่อบุตร เช่น การพุดจาหยอกล้อกับบุตร การอุ้มบุตร การให้นมบุตร ซึ่งมีลักษณะเดียวกับมารดาที่มีอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด (Gotlib, et al., 1991: 122; Kumar & Robson, 1984: 35; Stein, et al., 1991: 46) ซึ่งมักไม่สนใจที่จะให้นมและอาหารแก่บุตร มีผลทำให้บุตรเจริญเติบโตช้า (O' Callaghan & Hull, 1978: 788) รวมทั้งแสดงพฤติกรรมต่อบุตรในลักษณะเชิงซ้ำ ตัดสินใจซ้ำ ตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการของบุตร (Field, et al., 1985: 1152) บุตรขาดความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากมารดาส่งผลให้บุตรมีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย อาจถูกทำร้าย หรือถูกทอดทิ้งได้ (Cropley, 1979: 13 – 14)

นอกจากนี้หญิงหลังคลอดที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดความเครียดในบทบาทและมีปัญหาด้านสุขภาพ (อวยพร ตันมุขยกุล, 2535) เช่น อาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ วิตกกังวล เครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ซึมเศร้า ส่งผลเสียต่อการเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ตลอดจนความผาสุกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีบุตรคนแรก จะทำให้มารดาประสบปัญหาในการปรับตัวมากขึ้นหรือมักจะรู้สึกว่าไม่มีความสามารถเพียงพอ ซึ่งเป็นการขาดแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก ในการทำหน้าที่บทบาทมารดาได้สมบูรณ์ (Grace, 1993: 431 – 439) มีความสับสนวิตกกังวลเกี่ยวกับการแปลความหมายพฤติกรรมการแสดงออกของบุตร และการตอบสนองความต้องการของบุตร (Bull, 1981: 393 – 394) แสดงถึงการขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต และการรับรู้ด้วยสติปัญญา เนื่องจากขาดความรู้ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ขาดความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา (Reeder., et al., 1983:27) ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ และอัตมโนทัศน์เชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุสันหา ยิ้มยิ้ม (2530) พบว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางร่างกาย ความรู้ และการรับรู้ด้วยปัญญา จะสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้ดีกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ และจะมีความมั่นใจ สามารถดูแลทารกดีกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Gross, 1989 : 1-9)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้การพยาบาลหลังคลอดจะมีการให้ความรู้และสอนทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การปฏิบัติตนในระยะหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แต่พบว่าความรู้และทักษะที่ได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอแก่ความต้องการของมารดาหลังคลอด

รวมทั้งยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจนและเหมาะสม โดยเฉพาะกับมารดาครรภ์แรก นอกจากนี้การให้ความรู้และสอนทักษะส่วนใหญ่ยังเป็นในลักษณะที่มุ่งเน้นเนื้อหาที่บุคลากรด้านสุขภาพคิดว่ามีความจำเป็นสำหรับมารดา ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและวิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้มีการมุ่งแสวงหาแนวทางที่จะปรับปรุงคุณภาพการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดให้เป็นที่พึงพอใจ ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยไม่ต้องเพิ่มบุคลากร และเป็นการลดค่าใช้จ่ายลงด้วย ทำให้ระยะพักฟื้นหลังคลอดในโรงพยาบาลสั้นลง (McGregor, 1996: 191-196) โดยเฉพาะในรายที่คลอดปกติหรือคลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะใช้เวลาเพียง 24-48 ชั่วโมง เป็นผลให้การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และคำแนะนำในระยะก่อนกลับบ้านเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Abriola, 1990: 114; Lemmer, 1986: 230) และมารดามีโอกาสน้อยในการฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นม การอุ้ม การอาบน้ำ สระผม เช็ดตัว จากการศึกษาของมณฑล จงกั๋ว (2537) พบว่าความต้องการการพยาบาลด้านการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดที่มีมากที่สุด คือการให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายบุตรหลังการขับถ่าย และการฝึกปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับการอุ้มบุตร การอาบน้ำ การเช็ดตัว และการเช็ดสะดือบุตร แต่พบว่าการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนน้อยกว่าคะแนนความต้องการการพยาบาลเกือบทุกกิจกรรมพยาบาล รวมทั้งจากการศึกษาพบว่า หญิงครรภ์แรกมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงดูบุตร และการให้นมและอาหารบุตรมากที่สุด (จินตนา วัชรสินธุ์, 2533) อีกทั้งมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอดสูง มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงภายหลังคลอดทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเองได้ (พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวเกิดจากมารดาหลังคลอดขาดพลังอำนาจในตนเอง โดยการขาดพลังอำนาจนั้นทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ เกิดความรู้สึกซึมเศร้า การนับถือตัวเองลดต่ำลง ขาดทักษะ ความรู้ในการดูแลตนเอง (ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) การที่มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ มารดาเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด สูญเสียความสามารถ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง พฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้มาจากการแสดงออกเพื่อชดเชย หรือป้องกันตนเอง การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความเพียรพยายาม มั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างดี (อรพรรณ ลือบุญชัชชัย, 2541) และจากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Lipetz et al., 1990) ควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะการดูแลทารกแรกเกิด (May and Mahmeister, 1994) เพื่อให้มารดาครรภ์แรกสามารถ

ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ครบถ้วน ด้วยเหตุผลดังกล่าวหากมีการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลมารดาที่มีปัญหาในการปรับตัวหรือปรับตัวไม่ได้จะช่วยให้มารดามีพลังอำนาจในการปรับตัวซึ่งจะก่อให้เกิดความสามารถในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดได้

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) พลังอำนาจหมายถึง แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งแหล่งพลังอำนาจมีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่งโดยความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในบุคคล และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล, 2546) คือ 1) ความเข้มแข็งทางร่างกาย (Physical strength and reserve) ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย/ปัญหา 2) ความเข้มแข็งทางจิต (Psychological stamina) ช่วยให้การดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวัง รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ช่วยให้บุคคลให้ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการพึ่งพา หรือช่วยเหลือซึ่งรวมถึงด้านร่างกายและจิตใจ 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self - concept) ช่วยบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถ หรือศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วย/ปัญหาที่มีต่อตนเอง 4) พลังงาน (Energy) ช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกาย การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงาน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ช่วยบุคคลรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม และบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องมาจากการเจ็บป่วย/ปัญหา ช่วยให้บุคคลตัดสินใจ สร้างทางเลือก 6) แรงจูงใจ (Motivation) ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะกระทำเพื่อสุขภาพของตน การเรียนรู้ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และ 7) ความเชื่อ (Belief) ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับการเจ็บป่วย/ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตน การมีประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสุขภาพ การแสวงหาวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน และการได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงการประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาสุขภาพมากขึ้น การรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลในการจัดการกับการเจ็บป่วย/ปัญหา และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย/ปัญหา ซึ่งนับว่าเป็นการปรับตัวให้เหมาะสม (Readaptation)

จากการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า มีความสัมพันธ์โดยตรงในการส่งเสริมการปรับตัว เช่น การศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี สามารถปรับตัวในด้าน

บทบาทหน้าที่การเป็นมารดา (Maternal role adaptation) ได้ดีขึ้น (Jirapaet, 2000) และหากพิจารณาถึงแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาทั้งสิ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีงานวิจัยอื่น ๆ ได้ใช้องค์ประกอบส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในการปรับตัว เช่น จากการศึกษาของนุชนาถ สะกะมะณี (2541) พบว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านการรับรู้ด้วยปัญญา ทำให้มารดามีความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกในระดับมาก ส่วนการศึกษาของ พนิดา วราชนนท์ (2541) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากคู่สมรสซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจการสนับสนุนทางสังคมและอัตมโนทัศน์เชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ผู้ป่วยยอมรับและเกิดความเชื่อในความสามารถของตนที่จะจัดการกับปัญหา รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกว่ามีพลังและสามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตได้มากขึ้น สามารถปรับตัวได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวหากมีการ เสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมทั้ง 7 แหล่ง มาใช้ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาในการปรับตัวหรือปรับตัวไม่ได้จะทำให้มารดาเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมด้วยความเพียรพยายาม มั่นใจว่าตนมีพลังอำนาจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งพยาบาลสามารถนำศักยภาพของมารดาที่มีอยู่มาเสริมสร้างพลังอำนาจในการที่จะสนับสนุนหรือช่วยเพิ่มความสามารถ ได้วิเคราะห์รู้จักข้อดีข้อด้อยของตนเอง สามารถพัฒนาทักษะ แก้ปัญหา เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ โดยการให้คำปรึกษา การสนับสนุน การให้ความรู้ ข้อมูล การสอน เพื่อให้เกิดทักษะ (รวมพร คงกำเนิด, 2541) รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ให้คนได้เข้าใจข้อความรู้สึกล้วนได้พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และเมื่อทำได้ก็จะทำให้คนตระหนักในความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และนำไปสู่ความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง ในที่สุด (นิตย์ ทัศนียม, 2545)

ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลมารดาหลังคลอด จึงมีความสนใจในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาหลังคลอด โดยการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารกซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล

คำถามการวิจัย

มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่แตกต่างจากมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจ (Power resources) ของ Miller (1992) แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอดของ Jensen และ Bobak (1985) และการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

จากแนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power resources) ของ Miller (1992) แหล่งพลังอำนาจในบุคคลมี 7 แหล่ง คือ 1) ความเข้มแข็งทางร่างกาย (Physical strength and reserve) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina & Social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self – concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) และ 7) ความเชื่อ (Belief) ซึ่งแหล่งของพลังอำนาจจะมีอิทธิพลต่อการจัดการแก้ปัญหาหรือความเจ็บป่วยของบุคคล โดยความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจจะสามารถช่วยให้บุคคลจัดการกับความเจ็บป่วยหรือปัญหาได้เหมาะสม

ส่วน Jensen และ Bobak (1985) กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดประกอบด้วยกรรมสัมพันธ์กับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลบุตร โดยมารดาต้องมีการสร้างสัมพันธ์กับบุตร ยอมรับบุตรที่เกิดตรงกับความต้องการหรือไม่ ต้องปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรทั้งในด้านการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตรายตลอดจนต้องเข้าใจความต้องการของบุตรจากพฤติกรรมที่บุตรแสดงออกและตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปรับตัวในระยะหลังคลอดนี้ มารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการด้านจิตใจ

การศึกษาผู้วิจัยพัฒนา โปรแกรม โดยใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจของ Miller(1992) และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอดของ Jensen & Bobak (1985) โดยใช้โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนของ ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งกระบวนการสร้างพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งพลังอำนาจ เป็นกระบวนการร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง โดยผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา วางแผน

ปฏิบัติการ และประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลโดยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน สามารถอธิบายได้ 3 ระยะคือ 1) ระยะรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยและวางแผน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คือการค้นหาสถานการณ์จริง การสร้างสัมพันธภาพ และความร่วมมือ 2) ระยะปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 3 ถึงขั้นตอนที่ 6 คือการสร้างพลังในการแก้ปัญหา สร้างเสริมแหล่งของอำนาจ เสริมสร้างพลังด้วยตนเอง สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ 3) ระยะประเมินผลเป็นการกระตุ้นการเสริมสร้างอำนาจและประเมินพลังอำนาจซึ่งมีรายละเอียดเสนอ ดังนี้

สัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้มารดารู้สึกถึงความรับผิดชอบ ตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1991) โดยแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) ในขณะ การค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา ยอมรับรวมทั้งช่วยให้เข้าใจถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของบุคคล (Stapleton, 1997) กระตุ้น ให้มารดาพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน เป็นการพยาบาลทำให้บุคคลยอมรับ เหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง

ส่วนการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการช่วยให้มารดาพยายาม ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มี พลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การมองปัญหา ประเมินและคิด วิเคราะห์ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนจะเป็นการนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Gibson, 1995) และการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ เช่น การสนับสนุน เอื้ออำนวยด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ การฝึกทักษะ แหล่งสนับสนุน จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวย ต่อการปฏิบัติ ซึ่งความต้องการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรซึ่งเป็นแหล่งพลัง อำนาจของผู้ป่วยนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง (Orem, 2001)

ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่นั้นมารดาต้องดำเนินการด้วยตนเองโดยมารดาตัดสินใจเลือก วิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการตอบสนองความต้องการของตนเองและ แก้ปัญหาด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ (Gibson, 1995) ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดารู้สึกรับผิดชอบต่อตนเอง จึงเป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดามี ความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีความเชื่อมั่นยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมีหลายวิธีและ แต่ละวิธีมีระยะเวลาที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่แตกต่างกัน เช่น จารูวรรณ จินตนามงคล (2541) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความสามารถในการ จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Jirapaet (2000) การ เสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้การปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่ของมารดา คุณภาพชีวิตและการจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตรดีขึ้น

รวมถึงจากการศึกษาของคาร์ณี จามจรี (2544) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลในเวลา 2 สัปดาห์ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและการศึกษาของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสูงขึ้นหลังจากได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาเฉลี่ยจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งมีความเหมาะสมกับลักษณะของประชากรที่ศึกษาตั้งแต่อายุครรภ์ 32 -34 สัปดาห์ขึ้นไป โดยใช้ระยะเวลาในการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอดรวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านกรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. มารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
2. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ คลอดและได้รับการดูแลในระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 4.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจในมารดาหลังคลอด 7 แหล่ง ซึ่งมี 6 ขั้นตอนโดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะเวลารวบรวมข้อมูล วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และการวางแผน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือเป็นกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล โดยการแนะนำตัวเองให้ข้อมูลเบื้องต้น ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปรับตัว และหาข้อมูลเพิ่มเติม รับฟังความเชื่อและค่านิยม มีกิจกรรมคือการแนะนำตัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับตัวของมารดา ยอมรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นพร้อมสร้างแรงจูงใจ และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้มีการปรับตัวได้ถูกต้อง 2) การค้นหาสถานการณ์จริงของมารดาครั้งแรกเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินพฤติกรรม การขาดพลังอำนาจ ค้นหาบุคคลที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา โดยมีกิจกรรมการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในมารดาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการปรับตัวตามสภาพความเป็นจริง รวมทั้งให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 3) สร้างพลังอำนาจในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์เสริมสร้างแรงจูงใจให้มารดาเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอวิธีแก้ไขปัญห โดยให้มารดาคิดและพูดก่อน พยาบาลให้ข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้มารดามีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมาย 4) สร้างเสริมแหล่งของอำนาจ ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจ สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะในการเลี้ยงดูบุตร โดยใช้ตัวแบบบุตรที่มีชีวิตจริงในการสาธิต มีกิจกรรมคือเปิดโอกาสให้มารดาพูดถึงความต้องการสนับสนุน เช่น ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร หลังจากให้ความรู้มีการฝึกทักษะ และทดลองปฏิบัติจริง 5) มารดาเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง โดยการกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง ให้กำลังใจ ชมเชย หากมารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มีกิจกรรมโดยให้มารดาเสนอความคิดเห็นว่าเมื่อกลับบ้านจะสามารถปฏิบัติและปรับตัวได้หรือไม่ 6) สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับการปรับตัว ช่วยให้มารดาพบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล สนับสนุนให้มารดานำความรู้ ความสามารถที่ได้ไปใช้ด้วยความมั่นใจ มีกิจกรรมเปิดโอกาสให้มารดาได้กล่าวความรู้สึก ส่งเสริมให้มารดาและญาติมั่นใจว่าสามารถปรับตัวและปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจเสริมกำลังใจให้กันและกัน ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนการกระตุ้นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ และการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Miller (1992) และการปฏิบัติการ การพยาบาลร่วมกับแนวคิดบทบาทหน้าที่มารดาระยะหลังคลอดของ Jensen และ Bobak (1985)

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด หมายถึง การแสดงออกของมารดาในรูปของการกระทำ หรือการแสดงความรู้สึกในการดูแลบุตรในระยะหลังคลอด ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับบุตรและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรมีดังนี้ 1) การมีสัมพันธภาพกับบุตร ซึ่งหมายถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำของมารดาที่แสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพันที่มีต่อบุตร การยอมรับบุตร การเอาใจใส่ดูแลบุตร การกอดรัดอุ้มชู ให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตร การสัมผัสใกล้ชิดซิด การพูดคุยหยอกล้อกับบุตร การใช้เวลากับบุตร 2) การปฏิบัติกิจกรรมการ

ดูแลบุตร หมายถึง การที่มารดาสามารถกระทำ หรือแสดงความรู้สึกรู้สึกได้เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตร ได้แก่ การให้อาหาร การนอนหลับ การจับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมพัฒนาการ การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย และการปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม เช่น หิว ร้องไห้ เป็นต้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิคตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์ซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตลอดจนกิจกรรมการดูแลมารดาหลังคลอดบุตรที่รักษาไว้ในหอผู้ป่วยหลังคลอด การดูแลด้านความ สุขสบายทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม 1 – 2 ครั้ง เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปฏิบัติตัวหลังคลอด อาการผิดปกติที่พบในมารดาและทารก

ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เด็กและรกคลอดครบจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดามีการปรับตัวทั้งด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและภาวะจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพเหมือนขณะไม่ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวด้านบทบาทของการเป็นมารดา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการมารดาหลังคลอด เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของมารดาในด้านบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการศึกษา สามารถทำผลวิจัยเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้แก่ นักศึกษาพยาบาล ในการช่วยเหลือให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกสามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอดได้อย่างถูกต้องต่อไป
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทบาทการเป็นมารดาครรภ์แรกหลังคลอดต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา
2. มารดาในระยะหลังคลอด
3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 มโนทัศน์ของบทบาทการเป็นมารดา
 - 3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
 - 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
 - 3.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.2 แหล่งพลังอำนาจ
 - 4.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.4 การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาหลังคลอด
 - 4.5 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

การเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา เป็นพัฒนาการหลังจากมีการยอมรับการตั้งครรภ์ Rubin (1967) ได้กล่าวถึงระยะในการสร้างเสริมบทบาทการเป็นมารดานั้น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะปฏิเสธ (Rejection)
- 2) ระยะจินตนาการถึงบทบาทของตนในอนาคต (Fantasizing oneself in the role)
- 3) ระยะแสวงหาข้อมูลและแบบอย่างของบทบาท (Actively seeking information and role model)

ส่วน Moore (1983: 198-199) ได้กล่าวถึงกระบวนการทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นในการรับบทบาทเพื่อเตรียมตัวเป็นมารดานั้น ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้คือ

- 1) เศร้าโศก (Grief)
- 2) การนึกคิดและจินตนาการ (Fantasy)
- 3) การสังเกต (Observation) และการฝึกบทบาท (Role playing)

รายละเอียดสรุปได้ดังนี้

เศร้าโศก: ในระยะแรกของการตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจในการที่ต้องละทิ้งบทบาทเดิมในบางเรื่อง สำหรับคู่สามีภรรยาที่ต้องการมีบุตรความรู้สึกเศร้าโศกนี้เกิดจากการสูญเสียอิสรภาพ การเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุตรคนก่อนหรือปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกนี้อาจจะทำให้มารดาที่มีการวางแผนเตรียมสำหรับการตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกผิด และบางรายอาจทำให้เกิดความรู้สึกปฏิเสธโดยทั่วไปแล้วมักไม่มีปัญหาในการยอมรับการเป็นมารดา

การนึกคิดและจินตนาการ: เป็นพฤติกรรมหนึ่งในความพยายามทางด้านจิตใจที่จะยอมรับต่อบทบาทใหม่ หญิงตั้งครรภ์จะมีจินตนาการถึงการที่ได้อุ้มและกอดรัดบุตร การร้องเพลงกล่อมให้บุตร บางครั้งอาจนึกถึงการอบรมสั่งสอนบุตรในเรื่องต่างๆ เช่น การสอนบุตรหญิงถึงวิธีการปรุงอาหาร หรือการตัดเย็บเสื้อผ้า ในขณะที่เดียวกันสามีอาจนึกถึงการเล่นฟุตบอลกับบุตรชายและการเล่าถึงการล่าสัตว์ต่างๆ หรือเฝ้ามองบุตรหญิงเล่นในโรงเรียน สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ผิดปกติ เพราะจินตนาการนั้นจะทำให้ผู้เป็นบิดามารดาได้นึกถึงความรู้สึกว่าอะไรคือการเป็นบิดามารดา สำหรับการตั้งครรภ์ครั้งหลังๆ นั้น ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี รวมทั้งบุตรคนก่อนก็จะจินตนาการว่าชีวิตครอบครัวจะเป็นอย่างไรเมื่อเห็นสมาชิกใหม่

ในจินตนาการนั้นนอกจากหญิงตั้งครรภ์หรือสามีจะมีจินตนาการเกี่ยวกับบุตรของตนเองแล้ว ยังมีจินตนาการถึงพฤติกรรมของอีกฝ่ายที่มีต่อบุตรในอนาคตด้วย โดยที่อีกฝ่ายอาจจะไม่ได้มีความนึกคิดเช่นนั้น ตัวอย่างเช่น สามีอาจจะนึกถึงการที่ภรรยาให้นมแก่บุตร ดังที่เคยได้รับรู้หรือเห็นจากการปฏิบัติสืบเนื่องกันมาจากครอบครัวเดิม ในขณะที่ความคิดเหล่านี้อาจจะไม่เกิดขึ้นเลยในตัวของผู้หญิงตั้งครรภ์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์เองอาจจินตนาการถึงสามีกำลังเล่นฟุตบอลกับบุตรขณะที่ตนเองกำลังเตรียมอาหารเย็น ทั้งที่หญิงตั้งครรภ์ทราบดีว่าในปัจจุบันนี้สามีไม่ได้เป็นนักกีฬา แต่ก็คิดว่าการมีบุตรชายอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสิ่งเหล่านี้ได้ ดังนั้นในระยะตั้งครรภ์ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีจึงต้องการที่จะแลกเปลี่ยนจินตนาการซึ่งกันและกัน

Pittitteri (1983: 129-131) กล่าวถึงความผิดปกติในการนึกคิดและจินตนาการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือบุตรในครรภ์อาจเกิดขึ้นได้ดังนี้

1) การนึกคิดเกี่ยวกับบุตรในลักษณะที่อยู่ในวัยเด็กมากกว่าวัยทารก ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ก็มักจะมีอารมณ์เศร้าโศกในขณะที่บุตรอยู่ในวัยทารก ซึ่งจะต้องให้การดูแลอย่างมากเพราะทารกไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องการความพึงพาผู้ใหญ่มากกว่าบุตรในวัยเด็กที่เคยจินตนาการไว้

2) จินตนาการอาจจะเป็นการแสดงถึงการไม่ยอมรับความเป็นบุคคลของบุตรหรือภาพที่แท้จริงของบุตรที่จะเกิด เช่น การวาดมโนภาพนึกว่าบุตรชายที่เกิดมาจะต้องมีท่าทีสง่าผ่าเผยเช่นเดียวกับ สามี หรือคิดว่าบุตรหญิงคงจะมีเท้าที่เรียวเล็กเช่นคุณยายของบุตร การนึกคิดเหล่านี้ของหญิงตั้งครรภ์ดูเหมือนว่าเป็นความพยายามที่จะสนองความต้องการของตนเองที่มีต่อบุตรมากกว่ายอมรับว่าบุตรเป็นบุคคลที่มีชีวิตของเขาเอง

3) ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความนึกคิดอย่างฝังแน่นเกี่ยวกับเพศของบุตรมากเกินไป อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมาเมื่อบุตรที่เกิดมามีเพศตรงกันข้าม

การสังเกตและการฝึกบทบาท: ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์และสามีจะเริ่มสนใจและสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบิดามารดาที่มีบุตรแรกเกิด รวมทั้งมีการฝึกบทบาทของการเป็นบิดามารดา เพื่อเตรียมตัวให้พร้อม หญิงตั้งครรภ์จะมีพัฒนาการในการเสาะแสวงหาข้อมูลและแบบอย่างของบทบาทการเป็นมารดาหลายประการ ดังต่อไปนี้

1) การเลียนแบบ (Mimicry) การเลียนแบบของหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะคล้ายกับการเลียนแบบบทบาททางเพศในวัยเด็ก ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์เริ่มใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพูดคุยปรึกษาและจะติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์อื่นๆ หรือมารดาในระยะแรกหลังคลอด แต่หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับมารดาของตนเอง และมีการเลียนแบบการกระทำ คำพูด และงานต่างๆ ของมารดาที่เห็นจากแบบอย่าง

2) การฝึกบทบาท (Role playing) หญิงตั้งครรภ์อาจลองฝึกบทบาทการเป็นมารดาโดยการอาศัยบุตรของเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง ดังนั้นในครอบครัวเดี่ยวจึงมีโอกาสนำหญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกบทบาทได้น้อยกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีโอกาสในการเลียนแบบและการฝึกการอุ้มเลี้ยงบุตรของญาติพี่น้อง

นอกจากนั้น Rubin (1967) ยังได้เปรียบเทียบขั้นตอนในการเตรียมบทบาทเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ที่กล่าวมาข้างต้นว่าเหมือนกับขั้นตอน Introjection-Projection-Rejection ดังนี้คือ (Pititteri, 1983: 131)

1) Introjection เป็นระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อความต้องการที่จะเรียนรู้การเป็นมารดา

2) Projection เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มค้นหาแบบอย่างการเป็นมารดาจากเพื่อน ญาติพี่น้อง หรือบุคคลภายในครอบครัว และมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้เป็นแบบอย่างใกล้ชิด แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตัวเองว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

3) Rejection ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์พบว่าแบบอย่างนั้นไม่เหมาะสมสำหรับตนเอง หญิงตั้งครรภ์จะปฏิเสธแบบอย่างเดิม และเลือกหาแบบอย่างของบทบาทใหม่อีก ขั้นตอนจะเป็นเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะพบแบบอย่างที่เหมาะสมกับตนเอง

Griffin (1991) กล่าวว่า การเตรียมตัวเพื่อการเป็นมารดาสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกประกอบด้วย การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ (การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอด) การดูแลทารก (การส่งเสริมคุณภาพของทารกในครรภ์ พฤติกรรมและความต้องการของทารก) ดังรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ และการเตรียมตัวคลอด

1.1 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก เพื่อแสวงหาความปลอดภัยให้กับตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติตัวด้านโภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย ความปลอดภัย การทำงาน การรักษาความสะอาด (ร่างกาย เต้านม ปากและฟัน) การตรวจตามนัด การรักษาสุขภาพจิต เพศสัมพันธ์ การใช้ยาและสารอื่นๆ

1.2 การเตรียมตัวคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกต้องเตรียมตัวเพื่อคลอดโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับ อาการใกล้คลอด (Premonitory signs) อาการเจ็บครรภ์เตือน (False labor pain) อาการเจ็บครรภ์จริง (True labor pain) กระบวนการคลอด (Birth process) เทคนิคการหายใจเพื่อควบคุมการเจ็บปวดและการคลอด (Breathing technique) โดยหญิงตั้งครรภ์จะเริ่มสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด วิธีการคลอดในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ โดยการค้นหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ คู่มือทบทวน พูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ตลอดจนการเข้าร่วมการอบรมในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

2. การส่งเสริมคุณภาพของทารกในครรภ์ และการดูแลทารก

2.1 การส่งเสริมคุณภาพของทารกในครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ เพื่อให้ทารกที่คลอดออกมาเป็นเด็กอารมณ์ดี ไม่ร้องกวนและปรับตัวเข้าหาสิ่งแวดล้อมได้ดี เสริมสร้างพัฒนาการทารกในครรภ์ในด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญา โดยการส่งเสริมคุณภาพทารกในครรภ์ยึดหลักการส่งเสริมให้สอดคล้องตามการเรียนรู้และความสามารถโดยธรรมชาติของทารกในครรภ์

2.2 การดูแลทารก และการตอบสนองความต้องการของทารกหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นครรภ์แรกต้องเตรียมตัวในเรื่องพฤติกรรม และความต้องการของทารกแรกเกิดเพื่อให้สามารถให้การดูแลและการตอบสนองความต้องการของทารกแรกเกิดได้ ซึ่งประกอบด้วยอาหารสำหรับทารก การนอน การร้องไห้ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า การเล่น และการรักษาความสะอาดทั่วไป

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของมารดานั้นได้เริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และเมื่อเข้าสู่ช่วงไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การเป็นมารดาอย่างชัดเจน (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543: 119)

2. มารดาในระยะหลังคลอด

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ให้ความหมายของระยะหลังคลอดไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

Bobak และ Jensen (1991) กล่าวว่า ระยะหลังคลอด (Postpartum period or puerperium) หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่หลังจากคลอดเด็กจนกระทั่งอวัยวะสืบพันธุ์กลับเข้าสู่ภาวะเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ บางครั้งเรียกว่าระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์ (The fourth trimester of pregnancy) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระบางอย่างเกิดเป็นพิเศษ เช่น การสร้างน้ำนม บางอย่างเปลี่ยนจากขณะตั้งครรภ์กลับสู่ภาวะปกติ มีการเปลี่ยนแปลงมากมายที่มารดา ระยะหลังคลอดต้องเผชิญในช่วงนี้ ทั้งเรื่องระดับพลังงานของตนเอง ความไม่สุขสบายต่าง ๆ สุขภาพของบุตรและการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับ Sherwen, Scoloveno และ Weingarten (1995) ได้ให้ความหมาย ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดไปจนถึง 6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่หน้าที่ทางสรีระของร่างกายมารดาหลังคลอดกลับเข้าสู่ภาวะปกติ และปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่ภาวะปกติด้วย นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่ยังเป็นเวลาที่บิดามารดาได้พัฒนาสัมพันธ์กับบุตร

ส่วน Cunningham และคณะ (1997) ได้ให้ความหมาย ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดจนถึง 6 สัปดาห์ เป็นช่วงที่กายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์กลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนขณะไม่ตั้งครรภ์ และรวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเริ่มมีการตกไข่ของมารดาที่ไม่ได้ให้นมตนเองแก่บุตรด้วย นอกจากนี้ Pillitteri (1999) ได้ให้ความหมายของ ระยะหลังคลอด หมายถึง ช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดเด็ก เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การเข้าสู่ของมดลูก การกลับคืนสู่สภาพปกติของช่องคลอด และการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้น เช่น การสร้างน้ำนม การกลับคืนสู่รอบเดือนปกติ และการเริ่มต้นบทบาทการเป็นมารดา การดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของ

มารดาหลังคลอดช่วงนี้เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์ เพียงพอที่จะช่วยดูแลบุตรและครอบครัวได้ ในช่วงนี้อาจเรียกว่า ระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์

สรุปได้ว่าระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เด็กและรกคลอดครบจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มีการปรับตัวทั้งด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและภาวะจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพเหมือนขณะไม่ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวด้านบทบาทของการเป็นมารดา อาจเรียกระยะนี้ว่าเป็นระยะไตรมาสที่ 4 ของการตั้งครรภ์

เนื่องจากระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างนาน คือ 6 สัปดาห์หลังจากเด็กและรกคลอดครบ ดังนั้นมารดาหลังคลอดจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ จึงแบ่งระยะหลังคลอดเป็น 2 ระยะตามลำดับความเสี่ยงที่พยาบาลต้องให้การดูแลดังนี้คือ (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2545; ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2544)

2.1 ระยะแรก (Immediate puerperium) เป็นระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก มารดาหลังคลอดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด บางรายจะมีอาการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ ในระยะนี้มารดาหลังคลอดจะอ่อนเพลียจากการใช้พลังงานในการเบ่งคลอด ทำให้ต้องการพักผ่อนและในขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกตื่นเต้นในการปรับบทบาทการเป็นมารดา ต้องการทราบเพศ และสำรวจรูปร่างลักษณะของบุตร เป็นช่วงเริ่มต้นในการสร้างความรักความผูกพันกับบุตรในระยะนี้ควรส่งเสริมให้บิดามารดาและบุตรได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกัน

2.2 ระยะหลัง (Late puerperium) เป็นระยะหลังจากระยะแรกจนถึง 6 สัปดาห์ มารดาหลังคลอดเริ่มปรับตัวได้ดีขึ้น โดยความต้องการระยะนี้คือ ต้องการให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ และต้องการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกใหม่ ตลอดจนปรับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับสมาชิกใหม่ ในระยะนี้มารดาควรได้รับคำแนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีความหมายของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดดังนี้

3.1 ความหมาย

Mercer และ Ferketich (1994: 38) อ้างถึง Mercer (1981) และ Rubin (1984) ว่า บทบาทการเป็นมารดาเป็นกระบวนการที่มารดาบรรลุผลสำเร็จในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการเป็นมารดาด้วยความมั่นใจ และประสานกับบทบาทมารดาที่ได้รับอย่างกลมกลืนตามครรลองของวัฒนธรรม แบบแผนครอบครัว และลักษณะเฉพาะของมารดาและทารก

Leaderman (1984) กล่าวว่า บทบาทการเป็นมารดาเป็นขั้นตอนพัฒนาการจาก บทบาทภรรยาไปสู่บทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแนวคิดจากบุคคลคนเดียวสู่ระบบร่วมระหว่างมารดาและทารก

Ziegel และ Cranley (1984: 467) กล่าวว่า งานการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด เกี่ยวข้องกับการปรับตัวตามความรู้สึกลึกซึ้ง และการยอมรับในสภาพความเป็นจริงของบุตรไม่ว่า จะเคยคิดฝันอย่างไรต่อบุตร การมีสัมพันธภาพกับบุตรอย่างต่อเนื่องจากระยะตั้งครรภ์ การปรับตัว เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง การเรียนรู้ทักษะการดูแลบุตร และการปรับบทบาท ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตรวมทั้งสัมพันธภาพที่เคยมีมาก่อนภายในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกใหม่คือ บุตรเข้ามาในครอบครัว

Mercer (1985: 198) หมายความว่า บทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นการปฏิบัติใน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และตอบสนองความต้องการของบุตร ได้เหมาะสมตามสภาพของบุตร ขณะนั้น เช่น ขณะที่หิว หรือร้องไห้

Nesson และ May (1986: 894) ให้ความหมายว่า เป็นการยอมรับบุตรที่เกิดมาและการ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อให้บุคคลในครอบครัวยอมรับสมาชิกใหม่คือบุตรได้

Bobak และ Jensen (1987:145) กล่าวว่า บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด ต้องแสดงออกถึงสัมพันธภาพที่มีต่อบุตร การให้การปกป้อง บำรุงเลี้ยงดูบุตร ซึ่งแสดงด้วยความ ตั้งใจและความต้องการเรียนรู้ในการปฏิบัติเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นม การอุ้ม การสวมเสื้อผ้า และ การทำความสะอาดร่างกายบุตร เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา ใน ระยะหลังคลอดหมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมของมารดาในเรื่องการยอมรับบุตร การมีสัมพันธภาพกับบุตร การตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม การสร้างทักษะ ในการเลี้ยงดูบุตร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ยอมรับบุตรที่เป็น สมาชิกใหม่ โดยการปรับตัวของมารดานั้นเป็นการแสดงถึงการเป็นมารดาที่ดี และช่วยให้ชีวิต ครอบครัวสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.2 มโนทัศน์ของบทบาทการเป็นมารดา

การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม (Psychosocial adaptation) ซึ่งแสดงถึงความพร้อมของมารดาที่จะแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา โดยการดูแล ทารกได้เหมาะสมกับสถานะของทารก จากแนวคิดของ Mercer (1985) การประเมินการแสดง บทบาทการเป็นมารดาสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถ ของมารดาแต่ละคนที่จะแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่ (Koniak-Griffin, 1993: 258; Mercer, 1985: 198-204)

3.2.1 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร เป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกของมารดาที่ แสดงถึงการยอมรับบุตร เอาใจใส่และมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรเป็น

สิ่งจำเป็นที่จะต้องเริ่มแสดงตั้งแต่ขณะที่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล และต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือเจ็บป่วยตั้งแต่แรกคลอด จะมีปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับบุตร เนื่องจากมารดากับทารกแยกจากกันทันทีหลังคลอด และอาจแยกจากกันเป็นเวลานานจากการที่ทารกต้องได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเกิดในแผนกทารกแรกเกิด ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกห่างเหินกับทารก มารดาจะเกิดความรู้สึกเป็นมารดาที่ต่อเมื่อได้สัมผัส และดูแลทารกด้วยตนเอง นอกจากนั้นผลกระทบด้านจิตใจของมารดาต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความวิตกกังวล ภาวะเศร้าโศกเสียใจจะไปขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ ในขณะที่ลักษณะร่างกายและพฤติกรรมของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือเจ็บป่วยไม่ถึงจุดและมีการตอบสนองน้อยขณะมีปฏิสัมพันธ์กับมารดา ก็สามารถนำไปสู่ความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรได้ อย่างไรก็ตามหากมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือเจ็บป่วยสามารถยอมรับในข้อจำกัดต่าง ๆ ดังกล่าว และปรับพฤติกรรมหรือความรู้สึกในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรให้เหมาะสม อีกทั้งได้รับการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพกับทารกจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ มารดาจะสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างสัมพันธภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา โดยมารดานำทักษะการดูแลทารกมาใช้ในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งทักษะในบทบาทจะต้องประกอบด้วยทักษะการปฏิบัติ (Motor skill) เช่น ความสามารถในการอาบน้ำ การอุ้ม หรือการให้นม เป็นต้น และทักษะในทางปัญญา (Cognitive skill) คือ ความสามารถในการแปลพฤติกรรมของบุตรว่า พฤติกรรมที่บุตรแสดงออกนั้นมีความหมายอย่างไร ซึ่งทารกแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในการแสดงออกในการประเมินความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา นอกจากประเมินได้จากพฤติกรรมของมารดาที่แสดงออกมาแล้ว สามารถประเมินได้จากความมั่นใจในการกระทำบทบาทมารดา นั่นคือการรับรู้ความสามารถ

3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

การที่มารดาจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้น ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณทันที หากเกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาตามลำดับขั้นตอนในลักษณะที่ค่อยเป็นค่อยไป ตามประสบการณ์ที่ได้รับในวัยเด็ก วุฒิภาวะทางอารมณ์ ความคิดเห็น ค่านิยมทางสังคมและบุคคลใกล้ชิด (Steels & Pollock, 1968 cited in Jensen & Bobak, 1985: 776) ในระยะหลังคลอดนั้นบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเป็นอย่างมาก มารดาจะต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการคลอด และการปรับตัวต่อความเป็นจริงในบทบาทการเป็นมารดา และบทบาทการเป็นแม่บ้าน ซึ่งผลลัพธ์ของกระบวนการนี้จะมีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาและครอบครัวในระยะต่อไป โดยมีผู้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดไว้หลายท่านซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

Rubin (1977 cited in Pillitteri, 1995: 605) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดา ในระยะหลังคลอดว่ามารดาจะมีพฤติกรรมการปรับตัวตามระยะของการปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ เทกกิง-อิน ระยะเทกกิง-โฮลด์และระยะเลตติง-โก มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 ระยะเทกกิง-อิน (Taking-in phase) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 วันแรก ภายหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาขังนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลมารดาจะมีพฤติกรรมพึ่งพา (Dependence behavior) มากที่สุด ไม่ต้องการกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง ในระยะนี้มารดาจะสนใจแต่ความต้องการของตนเองในด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารเพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปในการคลอด มากกว่าคิดถึงความต้องการของทารก มารดาต้องการการปกป้องดูแลและบำรุงร่างกายทั้งนี้เพราะมารดาจะเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการคลอดบุตร เช่น ปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก มีความเหน็ดเหนื่อยจากการคลอดที่เพิ่งผ่านพ้น รวมทั้งความตึงเครียดทางจิตใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่เข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอด นอกจากนั้นมารดาส่วนใหญ่ต้องการพูดคุยถึงเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองในระยะคลอดและการคลอด เพื่อผสมผสานขบวนการในระยะคลอดและการคลอดเข้ามาในประสบการณ์ของชีวิต ต้องการค้นหารายละเอียดเพื่อเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เคยคาดหวังกับประสบการณ์จริงและต้องการเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของมารดาคนอื่น ๆ เพื่อประเมินถึงความสามารถของตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบในระยะเวลาดังกล่าว (Jensen & Bobak, 1993: 680 – 681) โดยสามีและญาติควรรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่มารดาเล่าจะช่วยให้อัมพันภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นไปด้วยดีและสามารถผ่านเข้าสู่ระยะที่สองของการเปลี่ยนแปลงได้อย่างสมบูรณ์

3.3.2 ระยะเทกกิง-โฮลด์ (Taking-hold phase) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในช่วง 3-10 วัน ภายหลังคลอด ซึ่งในวันที่ 3 หลังคลอด เป็นระยะที่มารดาจะเริ่มมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมความสมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ หลังจากที่ได้รับคำตอบสนองความต้องการในระยะเทกกิง-อิน อย่างครบถ้วน มารดาจะเริ่มมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทใหม่คือ บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด มารดาจะเริ่มมีความกระตือรือร้นที่จะจัดการกับตนเองและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อันเป็นภาระหน้าที่ของมารดาได้ตามความต้องการของมารดาในระยะนี้มารดาจะสนใจอย่างมากในการเลี้ยงดูบุตร เริ่มซักถามถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตร สนใจเกี่ยวกับการให้นมบุตร โดยพยาบาลควรเปิดโอกาสให้มารดาได้รับการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการสาธิตการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การอุ้ม การอาบน้ำสระผมทารกด้วยตนเองภายใต้การดูแลของพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรให้กำลังใจและให้คำชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้องก่อนที่มารดาจะกลับบ้าน ซึ่งถ้ามารดาได้รับการช่วยเหลือในการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองก็จะทำให้มารดาไม่มีความอดทน รู้สึกประสบความล้มเหลว ไม่มีคุณค่าพอที่จะเป็นมารดาของบุตร ในช่วงสุดท้ายของระยะนี้งานและการปรับตัวในงานประจำวันจะเริ่มเป็นแบบแผน

ยิ่งขึ้น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ เช่น ปัญหาการให้นม ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น จะต้องได้รับการแก้ไข ถ้าปัญหาต่าง ๆ หดไปก็จะเป็นการสิ้นสุดของระยะนี้ (Jensen & Bobak, 1993: 680-681) และมารดาจะต้องก้าวไปสู่การปรับตัวในระยะต่อไปซึ่งผลสำเร็จในระยะนี้เป็นเหตุการณ์สำคัญในการพัฒนาความอบอุ่นและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Christin, 1965 อ้างถึงใน อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, 2539 : 19)

3.3.3 ระยะเล็ดทิ้ง-โก (Letting-go phase) เป็นระยะที่ต่อเนื่องกับระยะที่สองโดยเริ่มต้นภายหลังคลอดไปแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ เป็นระยะที่มารดาจะรู้สึกเศร้าลึก ๆ ต่อการสูญเสียสิ่งที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายคือ ทารก มารดาเริ่มยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งที่แยกจากตนเองมีบุคลิกลักษณะแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเองที่มีนิสัยการกิน การนอน การร้องไห้ เฉพาะตัวในระยะนี้มารดาต้องปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัวจากสองคนเป็นสามคน ปรับตัวในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสามีให้กลับมีลักษณะเหมือนก่อนที่จะคลอดบุตร เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือและกระทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในด้านการดูแลบุตร การทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับสร้างหน่วยของครอบครัว (Jensen & Bobak, 1993: 680-681)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า Rubin (1977) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดว่า มารดาจะต้องมีการปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการคลอดทั้งในด้านการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปจากการคลอด ต่อจากนั้นจึงมีความสนใจต่อทารก โดยมีการปรับตัวในการดูแลบุตรทั้งในด้านการเรียนรู้ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลบุตร ได้แก่ การอุ้ม การทำความสะอาดร่างกายบุตร การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้มารดาต้องปรับตัวในการสร้างสัมพันธภาพกับสามี เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือและกระทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในด้านการดูแลบุตร การทำงานบ้านและการปฏิบัติกิจกรรมในสังคม

Lederman และคณะ (1981: 201-227) ได้อธิบายว่าในระยะหลังคลอดมารดาจะต้องมีการปรับตัวตามพัฒนาจิตต่อบทบาทและความรับผิดชอบของการเป็นมารดา และเป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวโดยรวม ทั้งนี้สามารถแบ่งเป็นการปรับตัวของมารดาในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดาต้องมีการปรับตัวเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ทั้งในด้านปฏิสัมพันธ์ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ และการตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะการมีบุตรมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กล่าวคือ เวลาที่เคยมีให้แกกันและกันอย่างเต็มที่นั้นลดน้อยลงเนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรซึ่งต้องการการเอาใจใส่ตลอดเวลา โอกาสที่คู่สมรสจะปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ มีน้อยลง ประกอบกับการงดเว้นเพศสัมพันธ์ในระยะที่มารดาพักฟื้นจากการคลอด ทำให้มารดามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับตัวเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

2) การรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของคู่สมรส มารดาจะมีการรับรู้ถึงความสนใจ การเอาใจใส่ที่คู่สมรสมีต่อบุตร และการใช้เวลาสำหรับบุตร ทั้งนี้ในระยะแรกภายหลังคลอดบุตรเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุตรอย่างยิ่ง การรับรู้ที่ถูกต้องถึงการเอาใจใส่ดูแลบุตรของคู่สมรสจะทำให้มารดายอมรับต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น หากมารดาขาดการรับรู้ถึงความช่วยเหลือดูแลบุตรของคู่สมรสจะทำให้มารดาประเมินว่าคู่สมรสไม่เอาใจใส่หรือไม่ยอมรับบุตร จะส่งผลให้มารดาเกิดความคับข้องใจต่อบทบาทการเป็นมารดาไม่สามารถประสานบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่ประสบตามความเป็นจริงรวมทั้งปฏิสัมพันธ์ของมารดากับบุตรอาจเป็นไปได้

3) ความพึงพอใจของมารดาที่มีต่อประสบการณ์ในระยะเจ็บครรภ์ และการคลอด มารดาจะต้องปรับตัวต่อประสบการณ์ที่ได้รับในระยะคลอดและขณะคลอด ซึ่งอาจตรงกับความคิดหวังของมารดานั้น ๆ หากมารดาไม่สามารถปรับตัวยอมรับต่อประสบการณ์ในระยะคลอดแล้ว จะส่งผลให้มารดาเกิดความคับข้องใจ ประเมินว่าตนเองไม่มีความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่แน่ใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดาในระยะต่อไป นอกจากนั้นแล้วมารดาที่รับรู้ถึงประสบการณ์ที่ไม่ดีในระยะรอคลอด และระยะคลอด อาจเห็นว่าบุตรเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานของมารดาเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุตรทำให้ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรได้

4) ความพึงพอใจของมารดาต่อสภาพชีวิต และฐานะของครอบครัว การมีบุตรทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงในภารกิจประจำวัน สภาพที่พ้ออาศัย รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น มารดาที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นจะเห็นว่าบุตรเป็นสาเหตุของความยุ่งยาก ความเหน็ดเหนื่อย และมีความวิตกกังวลต่อสภาพในบ้านที่ไม่สามารถจัดการให้คงสภาพเรียบร้อยได้

5) ความมั่นใจของมารดาในการปฏิบัติพัฒนาภพตามบทบาทการเป็นมารดา มารดาจะต้องมีการตัดสินใจ มีความเชื่อมั่นที่จะแสดงบทบาทตามความรู้ ความเข้าใจของตนต่อหน้าที่ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร โดยมารดาที่ปรับตัวได้จะเรียนรู้ถึงการผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อบทบาทการเป็นมารดา เข้าใจถึงความต้องการของบุตร วิธีการดูแลบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม

6) ความพึงพอใจในการเลี้ยงดูบุตร มารดาจะต้องมีการปรับตัวต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลบุตร เช่น การให้นม การดูแลเรื่องความสะอาด การกอดรัดอุ้มชูบุตร และสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างมีความสุข

7) การรับรู้ถึงการสนับสนุนที่ได้จากญาติและเพื่อน ๆ ในระยะ 6-8 สัปดาห์ ภายหลังจากคลอดบุตรนั้น มารดาจะประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและญาติพี่น้องรวมทั้งเพื่อน ๆ ถึงความคาดหวังในการยอมรับจากบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าวในบทบาทมารดาที่ตนแสดง ทั้งนี้การรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ และการแนะนำในบทบาทที่แสดงด้วยความเอื้ออาทรต่อบทบาทที่

ใกล้ชิด จะทำให้มารดาสามารถปรับตัวต่อบทบาทได้เหมาะสมยิ่งขึ้น หากมารดาไม่สามารถปรับตัวยอมรับคำแนะนำต่างๆ โดยเห็นว่าเป็นการตำหนิติเตียนในหน้าที่มารดาที่บกพร่องของตนเอง จะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างมารดากับบุคคลต่างๆ เหล่านั้น ทำให้มารดารู้สึกขาดผู้ช่วยเหลือ รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดรูปแบบบทบาทที่จะเรียนรู้ ทำให้ประสบกับความยุ่งยากในการปรับตัวในระยะต่อไปได้

จากแนวคิดของ Lederman และคณะ (1981) ที่กล่าวมาข้างต้นได้อธิบายว่า ในระยะหลังคลอดมารดาจะต้องปรับตัวตามพัฒนาการต่อบทบาทและความรับผิดชอบของการเป็นมารดา และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวโดยรวม ซึ่งมารดาต้องสร้างสัมพันธภาพกับสามีเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ปรับตัวจากประสบการณ์ในระยะการเจ็บครรภ์และระยะคลอด ปรับตัวต่อสภาพชีวิตและฐานะของครอบครัว ปรับตัวในการดูแลบุตรรวมทั้งมารดาต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรตลอดจนปรับตัวในการรับรู้ถึงการสนับสนุนที่ได้จากญาติและเพื่อน ๆ

นอกจากนี้แนวคิดของ Ziegler และ Cranley (1984: 467-468) กล่าวว่าบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะหลังคลอด เกี่ยวข้องกับการปรับความรู้สึกนึกคิดของมารดาในการดูแลบุตร มารดาจะต้องยอมรับในสภาพความเป็นจริงของบุตรไม่ว่าจะเคยนึกฝันอย่างไร การมีสัมพันธภาพกับบุตรอย่างต่อเนื่องจากระยะตั้งครรภ์ การปรับตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เข้มแข็ง การเรียนรู้ทักษะในการดูแลบุตร และการปรับบทบาทต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตรวมทั้งคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกใหม่ คือ บุตรเข้ามาในครอบครัว

Mercer (1985: 198- 04, 1986: 9-32) ได้ทำการศึกษาการแสดงบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาโดยทำการศึกษาติดตามเป็นระยะ 1 ปีภายหลังคลอดพบว่า มารดาจะมีบทบาทหน้าที่ที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยบทบาทหน้าที่ของมารดาประกอบด้วย

1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร เป็นความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อบุตร โดยการแสดงการยอมรับบุตร เอาใจใส่และมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเริ่มแสดงตั้งแต่บุตรอยู่โรงพยาบาลและต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมของการเป็นมารดา โดยมารดานำทักษะการดูแลทารกมาใช้ในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาซึ่งทักษะในบทบาทจะต้องประกอบด้วยทักษะการปฏิบัติ (Motor skill) เช่น ความสามารถในการอาบน้ำ การอุ้ม การให้นม เป็นต้น และทักษะในทางปัญญา (Cognitive skill) คือความสามารถในการแปลพฤติกรรมของบุตรว่าพฤติกรรมที่บุตรแสดงออกนั้นมีความหมายว่าอย่างไร

3) การแสดงความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกของมารดาที่มีต่อการแสดงบทบาทของตนเอง เกิดจากการที่มารดาได้กระทำบทบาทและได้รับการตอบสนองที่ดีจากทารกทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองเกิดความกลมกลืนและสอดคล้องกับบทบาท

ทั้ง Ziegle และ Cranley (1984) และ Mercer (1985, 1986) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในระยะหลังคลอดไว้คล้ายคลึงกัน คือเป็นพฤติกรรมที่มารดาต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ประกอบด้วยบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลบุตรทั้งในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกายบุตร รวมทั้งสามารถแปลความหมายของพฤติกรรมที่บุตรแสดงออก จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในที่นี้เน้นการดูแลบุตรเพียงด้านเดียว

ส่วน Jensen และ Bobak (1985: 783-784; 816-818) กล่าวว่าในระยะหลังคลอดมารดาต้องมีพัฒนาการ (Developmental tasks) เกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อบทบาทต่าง ๆ โดยมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอยู่เดิม และอาจมีการเพิ่มพฤติกรรมใหม่เพื่อให้บทบาทหน้าที่การเป็นมารดาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยตลอดเวลาของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดานั้นมารดาจะต้องปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมในช่วงเวลาดังนี้

1) ระยะแห่งการเริ่มต้น (Early period) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในระยะแรกภายหลังคลอดบุตร โดยมารดาต้องมีสัมพันธภาพกับบุตรของตน ปรับตัวในการยอมรับบุตรของตนเองโดยการปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรตามความนึกฝันของตนเองเข้าสู่ความเป็นจริง เช่น นึกฝันว่าบุตรต้องมีเพศ นิสัย รูปร่างหน้าตาอย่างไร เป็นต้น ถ้าบุตรที่เกิดมามีความแตกต่างจากบุตรที่เคย นึกฝันไว้อย่างมาก มารดาอาจจะยอมรับบุตรของตนล่าช้า หรือบางรายอาจจะไม่ยอมรับบุตรเลย นอกจากนี้มารดาต้องปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรรวมทั้งต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ การให้อาหาร การดูแลความสะอาด การจับถ่าย การอุ้มชูกอดรัดให้ความอบอุ่นแก่บุตร การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย การส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตรอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมารดาต้องมีการเรียนรู้การแสดงออกของบุตรและสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม โดยมารดาจะแปลการตอบสนองของบุตรที่มีต่อตนเองว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตรของตนเอง ซึ่งการตอบสนองของบุตร ได้แก่ การร้องไห้ การมีน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นหรือลดลง การนอนหลับ เป็นต้น ถ้ามารดาเชื่อว่าบุตรของตนตอบสนองไม่ดีก็จะทำให้มารดาห่างเหินจากบุตรและเป็นผลเสียต่อบุตรได้ ในระยะนี้มารดาจะมีความตั้งใจในการเรียนรู้และต้องการที่จะเป็นผู้เลี้ยงดูบุตร ในกรณีที่มีมารดามีบุตรคนโตมารดาต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่บุตรของตนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้สามี ภรรยาจะมีบทบาทและหน้าที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในฐานะสามี ภรรยาเป็นการแบ่งปันความรัก ความเอาใจใส่แก่บุตรของตนซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัว

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในระยะแห่งการเริ่มต้น (Early period) ตามแนวคิดของ Jensen และ Bobak (1985) นั้น มารดาต้องปรับตัวในการดูแลบุตรทั้งในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การยอมรับบุตร การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกายบุตร การจับถ่าย การกอดรัดอุ้มชูให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตร การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย การส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง

มารดาต้องตอบสนองความต้องการของบุตร ได้อย่างเหมาะสม หลังจากนั้นมารดาจะก้าวไปสู่ใน
ระยะต่อไป

2) ระยะแห่งความมั่นคง (Consolidation period) เป็นระยะที่เชื่อมต่อกับระยะแห่ง
การเริ่มต้น ในระยะนี้มารดาจะแสดงถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร
และมีความรู้สึกไวต่อพฤติกรรมของทารก นอกจากนี้มารดาจะต้องรวบรวมและสร้าง หน่วยของ
ครอบครัวรวมทั้งความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับการเข้ารูปเข้ารอยของภาระงาน
ต่าง ๆ ในครอบครัว ทั้งในการเป็นผู้ดูแลบ้านเรือน (Housekeeper) การมีปฏิสัมพันธ์หรือให้การ
ช่วยเหลือสมาชิกภายในครอบครัวในงานต่าง ๆ ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสามีเพื่อที่จะ
ดำรงไว้ซึ่งความเป็นครอบครัว

จะเห็นได้ว่าในระยะแห่งความมั่นคง (Consolidation period) ตามแนวคิดของ
Jensen และ Bobak (1985) นั้น บทบาทหน้าที่ของมารดาจะเพิ่มขึ้นทั้งนี้เพราะมารดาต้องแสดงถึง
ความสามารถในการดูแลบุตรของตน นอกจากนี้มารดาจะต้องรวบรวมและสร้างหน่วยของ
ครอบครัวทั้งในด้านการเป็นผู้ดูแลบ้านเรือน การมีปฏิสัมพันธ์หรือการให้ความช่วยเหลือสมาชิกใน
ครอบครัว ตลอดจนมารดาต้องสร้างสัมพันธภาพกับสามีเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความเป็นครอบครัว

3) ระยะแห่งการเจริญเติบโต (Growth period) เป็นระยะที่ต่อเนื่องไปในระยะยาว
โดยมารดาและบุตรจะมีความก้าวหน้าในบทบาทของตนต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งบุตรโต สร้าง
ครอบครัวใหม่ และตายจากกันไป สิ่งสำคัญมากที่สุดในระยะนี้คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์
ระหว่างมารดาและบุตรที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเจริญงอกงามอย่างสม่ำเสมอ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า จากแนวคิดของ Jensen และ Bobak (1985)
ได้กล่าวว่า ในระยะแรกภายหลังคลอดมารดาต้องปรับตัวในการดูแลบุตรทั้งในด้านการสร้าง
สัมพันธภาพกับบุตร การยอมรับบุตร การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ต่อจากนั้นมารดาจะเริ่ม
สร้างหน่วยของครอบครัว รวมทั้งความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านการเป็นผู้ดูแล
บ้านเรือน การมีปฏิสัมพันธ์หรือให้การช่วยเหลือสมาชิกภายในครอบครัวในงานต่าง ๆ ตลอดจน
ต้องสร้างสัมพันธภาพกับสามีเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความเป็นครอบครัว หลังจากนั้นมารดาและบุตร
จะเข้าสู่ความก้าวหน้าในบทบาทหน้าที่ของตนต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งบุตรโต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาถึงการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะ
หลังคลอด โดยทำการศึกษาในหญิงครรภ์แรก ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ของมารดา พบว่า
บทบาทหน้าที่ของมารดาอยู่ในระยะแห่งการเริ่มต้น (Early period) และระยะแห่งความมั่นคง
(Consolidation period) ตามแนวคิดของ Jensen และ Bobak (1985) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย
จึงใช้กรอบแนวคิดของ Jensen และ Bobak (1985) เป็นแนวทางในการประเมินการปรับตัวด้าน
บทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด โดยผู้วิจัยได้สรุปบทบาทหน้าที่ของมารดาตามแนวคิด
ของ Jensen และ Bobak (1985) ไว้ 2 บทบาทคือ บทบาทการเป็นมารดาในการดูแลบุตรและ
บทบาทการเป็นแม่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) บทบาทการเป็นมารดา หมายถึง พฤติกรรมที่มารดาแสดงออกในรูปของการกระทำหรือการแสดงความรู้สึกในการดูแลบุตร ประกอบด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุตรและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การมีสัมพันธภาพกับบุตร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือ การกระทำของมารดาที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร โดยการแสดงถึงการให้ความรัก ความผูกพันต่อบุตร โดยมารดาต้องยอมรับบุตรของตนเองและต้องปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรที่นึกฝันไว้ให้ตรงความเป็นจริง มารดาบางคนอาจมีความนึกฝันเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป เพศ นิสัยและสภาพร่างกายของบุตร หากบุตรที่เกิดมามีความแตกต่างจากบุตรที่เคยนึกฝันไว้อย่างมากอาจมีการยอมรับบุตรของตนล่าช้าหรือบางคนอาจไม่ยอมรับบุตรเลย โดยจะสังเกตได้ว่ามารดาขาดความสนใจบุตร มีความโศกเศร้า แสดงความผิดหวังในเพศของบุตร ปฏิเสธการอุ้ม ไม่ซักถามเกี่ยวกับบุตร ตัดสินใจไม่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในทางตรงกันข้ามหากมารดายอมรับบุตรมารดาจะให้ความสนใจในการดูแลบุตรมีความสุขที่ได้สัมผัสบุตรและตัดสินใจเลี้ยงดูบุตรด้วยนมตนเอง (Pilliteri, 1995: 108; Olds et al., 1984 อ้างถึงใน อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ, 2540: 19) นอกจากนี้มารดาควรให้การเอาใจใส่ดูแลบุตรโดยการกอดรัดอุ้มลูบให้ความรัก ความอบอุ่นแก่บุตร มีการประสานสายตากับบุตร (Eye to Eye Contact) ทั้งนี้เพราะการประสานสายตากับบุตรเป็นสื่อที่มีผลอย่างมากในการเริ่มต้นพัฒนาความเชื่อมั่นและความสัมพันธ์ที่ทารกมีต่อผู้อื่น เมื่อมารดาและทารกสบตากันความรู้สึกของมารดาและทารกจะถ่ายทอดซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด ความสุขใจสบายใจจะเกิดขึ้นทั้งมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982: 76-77) มารดาควรมีการสัมผัส กระตุ้น (Touch and Tactile) ที่นุ่มนวล โดยมารดาควรเริ่มสัมผัสบุตรด้วยการใช้นิ้วสัมผัสแขน ขา หลังจากนั้นควรบีบนิ้วเบา ๆ แล้วจึงใช้ฝ่ามือสัมผัสตามลำตัวของบุตร (Klaus & Kennell, 1982: 71-82) มารดาควรพูดคุยหยอกล้อกับบุตรแม้ว่าบุตรยังพูดไม่ได้ จากการศึกษาของ Condon และ Sander (Condon & Sander cited in Klaus & Kennell, 1982: 76-77) ขณะที่มารดาพูดคุยกับบุตรบุตรจะมีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสัมพันธ์กับน้ำเสียงของมารดา นอกจากนี้มารดาควรสนใจฟังเสียงอ้อแอ้ของบุตร และมีปฏิกิริยาโต้ตอบโดยการยิ้มและพยักหน้ารวมทั้งควรใช้เวลาอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอกับบุตร หากมารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรก็จะสามารถให้การเลี้ยงดูบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective care taking) ทำให้บุตรได้รับความรัก ความเอาใจใส่อย่างถูกต้องเหมาะสม บุตรมีสุขภาพแข็งแรง และมีการเจริญเติบโตดี ในทางตรงกันข้ามหากมารดามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุตร อาจมีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้บุตรขาดความรัก การดูแลเอาใจใส่จากมารดา สุขภาพ ไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย การเจริญเติบโตล่าช้าตลอดจนบุตรอาจถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้งในที่สุด (Cropley, 1979: 15) นอกจากนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบทางพัฒนาการในด้านบุคลิกภาพ ทำให้ทารกผู้นั้นกลายเป็นบุคคลที่ขาดความมั่นคงด้านจิตใจหรือมีความวิตกกังวลสูง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอและภายใต้ภาวะเครียดด้านจิตใจเหล่านี้ก็จะทำให้ทารกผู้นั้นพัฒนาไปสู่ความเป็นบุคคลที่มีอาการทางประสาทได้ง่าย (Dizen, 1984 : 28)

1.2) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร หมายถึง การที่มารดาสามารถกระทำ หรือแสดงความรู้สึกได้เหมาะสมในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลบุตรเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจต่อบุตร โดยมารดาต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรที่เหมาะสม ทั้งในด้านการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การนอน การขับถ่าย การส่งเสริมพัฒนาการ การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย รวมทั้งมารดาจะต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของบุตรในขณะนั้น เช่น ในขณะที่หิวหรือร้องไห้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1) การให้อาหาร อาหารที่เหมาะสมสำหรับบุตรแรกเกิดคือ นมมารดา เพราะนมมารดามีประโยชน์มากมายสำหรับทารก เช่น มีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันต้านโรค ป้องกันการติดเชื้อ สะอาด สะดวกและประหยัด (Pilliteri, 1992: 689-690) นอกจากนี้บุตรยังได้ อาหารทางจิตคือ ความอบอุ่นจากมารดาที่จะทำให้การเจริญเติบโตทางร่างกายของเด็กประสานกลมกลืนไปกับพัฒนาด้านจิตใจและสมองอย่างเหมาะสม (ดารณี สายะวัน, 2538 : 72-87) การให้นมบุตรควรให้ตามเวลาทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามเวลาที่บุตรหิว หลังจากให้นมบุตรทุกครั้งควรทำให้บุตรเรอโดยการลูบหลังเบา ๆ เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด

1.2.2) การทำความสะอาดร่างกาย บุตรควรได้รับการดูแลความสะอาดร่างกายทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การอาบน้ำควรเริ่มจากบริเวณที่สะอาดก่อนโดยเริ่มตั้งแต่ เช็ดตา หน้า แขน ขา ลำตัว อวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนักตามลำดับ การอาบน้ำให้ทารก มีประโยชน์หลายประการคือ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ผิวหนังสะอาดป้องกันการ ติดเชื้อและทำให้ บุตรสุขสบาย และในขณะที่อาบน้ำ มารดาสามารถสำรวจดูความผิดปกติต่าง ๆ ของบุตรได้อีกด้วย (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุข, 2531: 195) ก่อนการอาบน้ำมารดาควรเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนและควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสมกล่าวคือ ควรมีที่กว้างพอควร มีแสงสว่าง ไม่มีลมโกรก หากสะดือของบุตรยังไม่หลุดควรใช้ไม้พันสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดทำความสะอาดสะดือภายหลังการอาบน้ำทุกวันจนกระทั่งสะดือหลุด (ชมขนาด พจนานาตร์, 2532: 36-37) นอกจากนี้ มารดาต้องสวมเสื้อผ้าบุตรให้เหมาะสมกับสภาพของอากาศเพื่อป้องกันผดผื่น

1.2.3) การขับถ่าย ในระยะแรกเกิดบุตรจะถ่ายอุจจาระและปัสสาวะบ่อย ดังนั้นมารดาควรหมั่นสังเกตอยู่เสมอโดยเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่บุตรถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ นอกจากนี้ควรเช็ดด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดแล้วเช็ดให้แห้งทุกครั้ง ไม่มีคราบอุจจาระเปื้อนอยู่ หรือเปียกชื้น เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแดงและเปื้อน เรียกว่าผื่นผ้าอ้อม (Diaper rash) ซึ่งเป็นแหล่งของเชื้อโรคได้ง่าย (วิลพรธณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2546: 67)

1.2.4) การนอนของบุตร ทารกแรกเกิดจะใช้เวลาส่วนใหญ่นอนหลับ โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 12-16 ชั่วโมง จะตื่นเฉพาะหิวหรือถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ลักษณะการนอนของทารกมักไม่แน่นอน คาดคะเนไม่ได้แต่จะเริ่มมีรูปแบบที่แน่นอนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (ชมขนาด

พจนานามัตร์, 2538: 41) ในขณะที่บุตรนอนมารดาควรจัดทำให้บุตรนอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง และภายหลังให้บุตรควนมารดาจัดให้บุตรนอนตะแคงขวาเพื่อให้การไหลของน้ำนมลงสู่เต้าได้ดีขึ้น

1.2.5) การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตราย มารดาควรให้การปกป้องคุ้มครองบุตรให้พ้นจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งอันตรายเหล่านี้อาจเกิดจากสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้าน ที่อยู่อาศัย หรือจากโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น มารดาควรจัดเตรียมสถานที่ให้บุตรในสถานที่ที่ปราศจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ เช่น ยุง แมลงวัน มด สัตว์เลี้ยงต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสัตว์เหล่านี้อาจเป็นพาหะนำโรคมารับบุตรได้ นอกจากนี้มารดาควรสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร เช่น มีไข้สูง ซึม ไม่ควนนม ท้องอืด ถ่ายเหลวติดต่อกันหลายครั้ง อาเจียน เป็นต้น หากบุตรมีอาการดังกล่าว มารดาไม่ควรซื้อยาให้บุตรรับประทานเองควรรีบนำบุตรมาพบแพทย์ทันที (พรรณพิไล ศรีอรุณ, 2537: 157) รวมทั้งมารดาไม่ควรพาบุตรไปในสถานที่ชุมชนต่าง ๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้าต่าง ๆ เป็นต้น (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสาธาณสุข, 2531: 195) นอกจากนี้มารดาควรนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคเมื่อถึงเวลานัด ทั้งนี้เพื่อให้บุตรมีสุขภาพ แข็งแรง และมีภูมิต้านทานโรค

1.2.6) การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากพัฒนาการเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของแต่ละคนซึ่งเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่เกิดขึ้นหรือเพิ่มขึ้นของเด็ก และเป็นความสามารถในการปรับตัวของเด็กต่อสภาพแวดล้อม โดยการส่งเสริมพัฒนาการจะเป็นการส่งเสริมหรือพัฒนาระบบประสาทรับความรู้สึก (Sensory) ให้มีการพัฒนาขึ้นโดยวิธีการส่งเสริมพัฒนาการของบุตร (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2532: 92-93) เช่น การมอง การได้ยิน การสัมผัส การไต่ก่ลิ้น การรับรส การเคลื่อนไหว

1.2.7) กิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุตร มารดาควรมีการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของบุตรในขณะนั้น เช่น การร้องไห้ของบุตร เนื่องจากการร้องไห้เป็นการติดต่อสื่อสารอย่างเดียวของบุตร มารดาต้องมีความละเอียดอ่อนในการสังเกตการร้องไห้ของบุตรว่าต้องการอะไร โดยทั่วไปการร้องไห้ของบุตรนั้น มีสาเหตุเกิดจากความหิว ความกลัว ความเปียกชื้นจากปัสสาวะ อุจจาระหรือความต้องการการโอบอุ้มสัมผัส เป็นต้น (Marlow & Reeding, 1988, อ้างถึงใน โสภิต สุวรรณเวลา, 2532: 24) ดังนั้นมารดาจึงควรเรียนรู้ถึงความต้องการของบุตรและสามารถแปลพฤติกรรมของบุตรว่าพฤติกรรมที่บุตรแสดงออกนั้นมีความหมายอย่างไร เพื่อที่จะทำให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม

2) บทบาทการเป็นแม่บ้าน หมายถึง พฤติกรรมที่มารดาแสดงออกในรูปของการกระทำหรือการแสดงความรู้สึกในภาระหน้าที่ของแม่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย หน้าที่ภรรยา การดูแลบ้าน และสมาชิกในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

2.1) หน้าที่ภรรยา เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำของมารดาหลังคลอดในภาระหน้าที่ของภรรยาโดยแสดงออกถึงความรักใคร่ ผูกพัน การให้ความสนใจต่อสามี ทั้งนี้เพราะ

ความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกันเป็นปัจจัยที่เป็นตัวส่งเสริมให้สามีภรรยาสามารถปรับตัวเข้าหากันและพยายามปฏิบัติในสิ่งที่คิดว่าสามีต้องการ นอกจากนี้ภรรยาควรมีความเข้าใจ เอาใจใส่ห่วงใยกับความสุขและความก้าวหน้าของกันและกัน (Jourard, 1963 อ้างถึงใน กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2538: 52) มีความอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ตามสถานการณ์ รวมทั้งมีการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน หากภรรยามีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีจะทำให้มีความมั่นคงในชีวิตครอบครัวมากขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคของชีวิต จากการศึกษาของบังอร ต้อยดิ่ง (2543) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยได้ และ Leaderman (1981: 201-207) พบว่าในระยะหลังคลอดมารดาต้องดำรงสัมพันธภาพกับคู่สมรสทั้งในด้านความรัก ความเอาใจใส่และการตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะการมีบุตรจะทำให้เวลาที่เคยมีให้แก่กันอย่างเต็มที่นั้นลดน้อยลง เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรซึ่งต้องการเอาใจใส่ตลอดเวลา จึงทำให้มารดาต้องมีการปรับตัวเพื่อที่จะดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยในระยะหลังคลอดมารดาควรแสดงความรัก ความสนใจ พุดคุยหยอกล้อ และดูแลเอาใจใส่ต่อสามีให้เหมือนระยะก่อนการคลอดบุตร มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี โดยมีการพุดคุยกันเสมอ มีความไว้วางใจ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันประสบการณ์ทั้งในความสุขและความทุกข์ซึ่งจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงการยอมรับคุณค่า และเคารพในศักดิ์ศรีรวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ถึงแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปรึกษาหารือร่วมกันทั้งในด้านการงานและชีวิตครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นอันเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างหน่วยของครอบครัวต่อไป จากการศึกษาของ Moore (1983: 200) พบว่าในระยะหลังคลอดสามีภรรยาต้องตระหนักถึงความต้องการของกันและกัน และควรมีการติดต่อปรึกษาหารือกันอย่างดีในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ภรรยาควรมีการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตสมรสที่จะเป็นตัวส่งเสริมให้สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาเป็นไปได้ด้วยดี สามีภรรยาควรมีความพอใจต่อการตอบสนองความต้องการทางเพศ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์และกล้าที่จะพุดคุยในเรื่องเพศอย่างเปิดเผยเพื่อให้มีพฤติกรรมทางเพศที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของสามี หากภรรยาไม่กล้าที่จะเปิดเผยถึงความต้องการทางเพศซึ่งกันและกันแล้วจะทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสได้ (วันทนี วาสิตะสิน, 2526: 56)

2.2) การดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่มารดาในระยะหลังคลอดสามารถกระทำหรือแสดงความรู้สึกได้เหมาะสมในภาระหน้าที่ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้าน โดยจัดการกับภาระงานต่าง ๆ ภายในครอบครัวในการดูแลบ้านเรือน (Jensen & Bobak, 1985: 783-784; 816-818) ซึ่งในระยะหลังคลอดมารดาจะต้องดูแลเอาใจใส่บุตรที่เกิดมาตลอดเวลา ซึ่งมีนิสัยกริ่ง การนอน การร้องไห้เฉพาะตัว (Rubin, 1977 cited in Pillitteri, 1995: 605) ทำให้มารดาไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว ดังนั้นมารดาจึงต้องปรับตัวในการดูแลบ้านเรือนโดยการจัดตารางเวลาในการดูแลบุตร การทำงานบ้าน การดูแลความสะอาด

และความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้านให้เหมาะสม (สุพัตรา สุภาพ, 2538: 1-9) เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มารดาต้องมีการปรับตัวเพื่อสร้างหน่วยของครอบครัว ทั้งในด้านการช่วยเหลือสมาชิกภายในครอบครัวในงาน ต่าง ๆ (Jensen & Bobak, 1985: 783-784; 816-818) ทั้งในด้านอาหารการกิน การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย และการดูแลขณะสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรวมทั้งมีการแบ่งเวลาในการมีปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว

ในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะบทบาทการเป็นมารดาเนื่องจากวิถีชีวิตส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังคลอดจะมีบุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่แม่บ้านแทน เช่น มารดา หรือพี่น้อง

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

3.4.1 อายุของมารดา สังคมยอมรับว่าบทบาทการเป็นมารดาเป็นบทบาทของผู้ใหญ่ มารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า ซึ่งวุฒิภาวะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบได้มากขึ้น ดังนั้นมารดาที่มีอายุมากกว่าจึงมีความพร้อมต่อการเป็นมารดามากกว่า อายุที่นับว่ามีความพร้อมที่สุดต่อการเป็นมารดาคือ ช่วยอายุระหว่าง 20 – 29 ปี เพราะมีความพร้อมทางด้านร่างกายและวุฒิภาวะด้านอารมณ์ก็มิอย่างพอเพียงที่จะรับรู้บทบาทมารดาได้ดี (Mercer, 1981: 73-74) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุลักษณ์ ยิ้มแย้ม (2530: 84) ที่พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า จากการศึกษาของ Bell (1977: 133-137) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตกับวิธีการเผชิญปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีความเครียดทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Ragozin และคณะ (1982 :627 – 634) พบว่าอายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ผลการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพานิชกุล (2528: 121-122) พบว่ามารดาภายหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปมีการปรับตัวได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และจากการศึกษาของ ดิษยา กมลสุนทร (2536: 82) ก็พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก

3.4.2 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา และมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงอาจจะหาข้อมูลและความรู้จากการซักถามหรืออ่านหนังสือที่เกี่ยวกับการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรช่วยให้มีความพร้อมมากกว่า สามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ในขณะที่มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำมักขาดความรู้ในด้านสุขภาพและไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย รวมทั้งไม่กล้าซักถามจากแพทย์หรือพยาบาล มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถปรับตัวสู่การเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย มีการเรียนรู้และการปรับตัว มีโอกาสค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่างๆ

ได้มากกว่า (Ross, 1999 อ้างถึงในวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2546) และการศึกษาของ Ralph (1977 cited in Mercer, 1981: 75) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษาของ Hurlock (1980: 311) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤตน้อยกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้จากการศึกษาของ ดิษยา กมลสุนทร (2536) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ กำเสียงใส (2539) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาครรภ์เลี้ยง

3.4.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการปรับตัวโดยบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ตนเอง (Reeder, 1987: 161-162) ในขณะที่มารดาที่มีรายไม่เพียงพอ มีปัญหาทางเศรษฐกิจเมื่อคลอดบุตรทำให้มารดาที่มีความเครียดเพิ่มขึ้นต่อค่าใช้จ่ายของตนเองและบุตร จึงเป็นข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของหรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดของบุตรเป็นสิ่งที่เป็นทุกข์และอาจทำให้มารดาไม่ปรารถนาที่จะดูแลบุตรของตนเอง (Bobak & Jensen, 1987: 705) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zussman (1980: 792-800) พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำจะเกิดความเครียด เนื่องจากวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายภายในบ้านทำให้มีการจัดการเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน ไม่ดีพอ ความรับผิดชอบบุตรลดน้อยลง รวมทั้ง Zarh (1997: 279-286) ศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้จากการศึกษาของ ศรีโสภกา แห่งทองคำ (2533) พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ กำเสียงใส (2539) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีครรภ์เลี้ยง รวมทั้งการศึกษาของ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ก็พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และจากการศึกษาของพนิดา วาราชนนท์ (2541) พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

3.4.4 ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก มารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะมารดาที่บุตรคนแรกจะขาดความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Reeder et al., 1983: 27) ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกทำให้มารดามีโอกาสในการเรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกมาก่อน ช่วยให้มารดามีทักษะและความมั่นใจในการดูแลบุตร ตอบสนองต่อพฤติกรรมของบุตรตามประสบการณ์ และทัศนคติที่ตนคิดเกี่ยวกับการดูแลทารก และมีความเครียดในการดูแลบุตรน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน

(รุจา ภูโพนุลย์, 2541: 109) ในขณะที่มารดาซึ่งขาดประสบการณ์จะมีความวิตกกังวลและไม่แน่ใจต่อบทบาทการเป็นมารดาของตนและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าการตอบสนองและความต้องการของบุตรคืออะไร ส่วน Rutledge และ Pridham (1987: 185–194) และ Gross และคณะ (1989: 1-9) พบว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกจะมีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลทารกดีกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เช่นเดียวกับ สุสันหา ยิ้มแย้ม (2530: 85) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์

3.4.5 การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาล การที่มารดาและทารกถูกแยกจากกันนาน ๆ พบว่า มีผลต่อสัมพันธภาพของมารดาและทารก และการกระทำบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากบทบาทการเป็นมารดาเกิดจากการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ดังนั้นการที่มารดามีโอกาสได้สัมผัสทารก ให้การดูแลแก่ทารก เช่น การอุ้มให้นม อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายทารก หรือการเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ จะทำให้มารดามีความมั่นใจมากขึ้น และมีความวิตกกังวลน้อยลง เช่นเดียวกับ Pillitteri (1981: 374) ที่กล่าวไว้ว่า ถ้ามารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันหลังคลอดจะทำให้มารดามีความคุ้นเคยกับทารกและรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลทารกมากกว่า

3.4.6 สภาพของทารกภายหลังคลอด หมายถึง ลักษณะทั่วไปของทารกและภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด ซึ่งมีผลต่อการกระทำบทบาทการเป็นมารดา กล่าวคือ ลักษณะของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สภาพของร่างกายที่อ่อนแอ ไม่แข็งแรง แตกต่างจากทารกทั่วไปทำให้มารดาเกิดการยอมรับและมีสัมพันธภาพกับบุตรยากและล่าช้า โดยเฉพาะทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงต้องได้รับความช่วยเหลือโดยการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ มารดาจะรู้สึกว่าบุตรมีความเจ็บป่วยรุนแรงเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าบุตรจะเสียชีวิต คิดว่าการดูแลและเลี้ยงดูบุตรต้องการการดูแลที่พิเศษและซับซ้อน มารดาจึงรู้สึกว่าตนมีความสามารถไม่เพียงพอในการดูแลบุตรและขาดความมั่นใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดา ถึงแม้ทารกจะได้รับการรักษาจนหายจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพแข็งแรง มารดาก็ยังคงกลัวว่าบุตรจะมีความผิดปกติและมีความพิการทางสมอง เนื่องจากทารกตัวเล็กและเคยป่วย มารดาต้องการข้อมูล คำแนะนำ และความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลบุตรของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อมารดาต้องดูแลทารกด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน (Gennaro et al., 1990: 98)

3.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอดพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของมารดา ดังนี้ (สุภาวี เฝือกเทศ, 2541)

3.5.1 ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของมารดา โดยสังเกตพฤติกรรมมารดาว่ามีการปรับตัวอยู่ในระยะใดหลังคลอด ถ้ามารดาอยู่ในระยะที่มีพฤติกรรมพึงพา

(Taking in phase) 2-3 วันหลังคลอด ควรตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้มารดาได้รับความสุขสบาย

3.5.2 เมื่อมารดาปรับตัวเข้าสู่ระยะฟุ้งพา และไม่ฟุ้งพา (Taking- hold phase) 3-10 วันหลังคลอด พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเองหลังคลอด การเลี้ยงดูทารก อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดและให้คำแนะนำคำปรึกษา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ในบทบาทของมารดา

3.5.3 เปิดโอกาสให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกและให้การเลี้ยงดูด้วยตนเอง ภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกเป็นอย่างดีแล้ว โดยพยาบาลคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจในบทบาทใหม่ของตน โดยพยาบาลควรแสดงออกทั้งคำพูดและท่าที ไม่ควรสร้างความขัดแย้งในใจให้แก่มารดาและนำมารดาไปเปรียบเทียบกับมารดาคนอื่น

3.5.4 ฝึกให้มารดาได้สังเกตพฤติกรรมของทารก วงจรการพักผ่อนหลับนอน การหิว การขับถ่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของทารกและกระตุ้นพัฒนาการของทารกได้อย่างเหมาะสม

3.5.5 จัดให้มารดาหลังคลอดได้มีโอกาสพบปะพูดคุย และปรึกษาปัญหาระหว่างมารดาที่เริ่มเข้าสู่บทบาทใหม่ด้วยกันเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อให้มารดาเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจว่ามีมารดาอีกหลายคนที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตน รวมทั้งมีกำลังใจที่จะให้การเลี้ยงดูทารกและพยายามปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทใหม่ต่อไป

3.5.6 อธิบายให้สามีเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง และความต้องการด้านจิตใจของมารดาภายหลังคลอด เพื่อให้สามีเกิดความเข้าใจ สามารถให้กำลังใจและประคับประคองช่วยเหลือภรรยาได้อย่างเหมาะสมและพร้อมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหลังคลอด เช่น มารดาของหญิงหลังคลอดเอง ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอดยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจน แต่เป็นการปฏิบัติตามบทบาทที่กล่าวมาแล้วเมื่อมีโอกาสเท่านั้น

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เดิมเป็นคำที่นำมาใช้ในด้านการบริหาร โดยเน้นที่การให้อำนาจบุคคลเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่เป้าหมายขององค์กรเพื่อเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพของงาน ต่อมาได้มีความพยายามให้ความหมายของคำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) อย่างจริงจังและกว้างขวางขึ้นตลอดจนมีการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ใช้ในผู้ป่วย ใช้ในการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมบุคคลให้ดีขึ้น โดยกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยความเพียรพยายาม มั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่างๆให้ประสบผลสำเร็จให้ดี (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2541)

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษา ในส่วนของชุมชน ด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลองค์กร และชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Zimmerman (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร หรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวเนื่องอย่างชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องครบวงจร และเป็นการสร้างสถานการณ์และการเริ่มต้นใหม่ที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการพัฒนา และ เสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้บุคคลมีความผาสุกและมีอำนาจในการตัดสินใจ เสริมสร้าง พฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือการค้นหาระดับของแหล่งอำนาจในการปรับตัวของมารดา ประเมินพฤติกรรม สภาวะ

ขาดพลังอำนาจของมารดาเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้มารดาเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเองโดยการสะท้อนคิด ให้ข้อมูล วิธีการ แนวทางในการแก้ปัญหา ให้มารดาค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาคารปรับตัวด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของมารดา สร้างเสริมแหล่งของอำนาจ ส่งเสริม สนับสนุนให้มารดาได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรับตัว ร่วมมือกับมารดาในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาการปรับตัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้มารดาเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม และสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาของตนเอง ส่งเสริมให้มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ช่วยให้มารดาทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้มารดานำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 แหล่งพลังอำนาจ



แผนภูมิที่ 1 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย (แหล่งที่มา Miller, 1992: 8 และ Miller, 2000: 9)

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Miller ประกอบด้วย (Miller, 1992: 9-14 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล, 2546: 14-17)

4.2.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือต้องการที่มากเป็นพิเศษ

4.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ปัญหาของผู้ป่วยอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนี้ยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เช่น อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support) การสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการจัดการปัญหา คุณภาพชีวิต และการปรับตัวในการเจ็บป่วย

4.2.3 อັตมโนทัศน์เชิงบวก(Positive self-concept)

อັตมโนทัศน์ (Self-concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง (Miller, 1992: 10; citing Rosenberg, 1979) องค์ประกอบของอັตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (Physical self or body image) และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอັตมโนทัศน์ในตน และเป็นตัวชี้วัดความรู้สึกมีคุณค่า อันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพของตน

การเจ็บป่วยส่งผลต่ออັตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายของการสร้างอັตมโนทัศน์ในผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ คือการบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อັตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

4.2.4 พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้สะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกายหรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวันรวมถึงการจัดการความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเจริญเติบโต การเรียนรู้ ทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ (Ryden, 1977 cited in Miller, 1992: 11) การขาดพลังงานหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับตอบสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใดๆจะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

4.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้น และช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

แผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่างรวมถึงความเครียดทั้งกายและจิต (Reif, 1975 cited in Miller, 1992:12) ความยุ่งยากอันเกิดจากแผนการรักษาไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ทักษะทางการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยา หรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยาแต่ยังรวมถึงการจัดการกับปฏิกิริยาที่เป็นผลจากปัญหาทางสุขภาพ

ความรู้จะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Mishel, 1988 cited in Miller, 1992: 12) และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Turk, 1979 cited in Miller, 1992) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนั่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

การตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) (Kinsman, Jones, Matus and Schum , 1976 cited in Miller, 1992: 12) เป็นแนวคิดสำคัญสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตน คือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งสมดุลทางจิต (Miller, 1982 cited in Miller, 1992: 12) ช่วยพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน และมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น การที่ร่างกายเกิดการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ความอยากอาหาร การขับถ่าย อารมณ์ ความกดดัน โกรธ เก็บกด ความรู้สึกผิดและสภาวะทางกายและจิตอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Insulin-dependent Diabetes) อาจพบว่าอาการชาที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดภาวะช็อกอันเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ด้วยการแก้ไขที่เหมาะสม เช่น ทานน้ำตาลตามด้วยอาหารที่มีโปรตีนก็ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

การตระหนักรู้ภายในตนยังหมายถึงการรับรู้ผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงประสงค์และการประเมินตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่มีการจดบันทึกน้ำหนักของตนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ก็จะรู้ว่านี่คือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์โดยไม่จำเป็นต้องรอจนถึงเวลานัดจนเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiration distress) การที่ผู้ป่วยไวต่อการเปลี่ยนแปลงในอาการต่างๆของ

ร่างกายและตอบสนองต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่จะควบคุมอาการและหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต

4.2.6 แรงจูงใจ(Motivation)

Deci (1976 cited in Miller, 1992: 13) ให้ความหมายของแรงจูงใจบนพื้นฐานของสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง (Self-determination) สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่ให้บรรลุความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหารและความสุขสบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกถึงประสิทธิภาพอีกด้วย (Deci, 1976 cited in Miller, 1992: 13)

Kagan (1972 cited in Miller, 1992: 13) ได้อธิบายว่ามนุษย์มีแรงขับเคลื่อนเพื่อให้ประสบความสำเร็จ Kagan เชื่อว่าจุดกำเนิดของความสำเร็จ คือความปรารถนาของมนุษย์ที่จะบรรลุถึงมาตรฐานที่ตนวางไว้ การคาดทํานายอนาคต การค้นหาตนเอง และลดความไม่แน่นอนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดของ Kagan ส่วน deCharms (1972 cited in Miller, 1992: 13) เสนอว่าบุคคลพยายามที่จะสร้างความเป็นเหตุเป็นผลสำหรับตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมตัวเองและพฤติกรรมของตน ความปรารถนาที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนมีอิทธิพลต่อแรงขับเคลื่อนในมนุษย์ทุกคน Deci ได้อธิบายถึงสมรรถนะว่าเป็นตัวนำไปสู่การลดลงของความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อ ความคาดหวังและการกระทำที่แท้จริงและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ Deci (1976 cited in Miller, 1992: 13) ได้สรุปข้อค้นพบของเขาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจว่า พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยใหบุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายใน มี 2 ลักษณะ คือ ค้นหาสิ่งเร้าและลดความไม่สอดคล้อง

นอกจากนี้ แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคม และการทำงาน รวมทั้งพัฒนาความเชื่อมั่นในคนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

4.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief system)

ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา Kraines (1948 cited in Miller, 1992: 13) เสนอว่าถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแล จะช่วยใหผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ Frank (1975 cited in Miller, 1992: 14) อธิบายว่าความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

4.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการประมวลแนวคิด และวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากงานวิจัยหลายฉบับ ทำให้ได้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยสรุปดังนี้

Funnell และคณะ (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and education) ได้แก่ ความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ และประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ

2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือส่งเสริมการกำหนดตนเอง (Self-regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วย ที่มีคุณลักษณะ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรับผิดชอบ ร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือความไว้วางใจ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ทักษะส่วนบุคคล ทักษะในการสื่อสาร และการเคารพซึ่งกันและกัน กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การสื่อสารที่เปิดเผย การตั้งเป้าหมาย และตัดสินใจร่วมกัน การใช้พฤติกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดหาสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ส่วนผลลัพธ์คือเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนด และดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล

2) พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และใช้ทักษะของวิชาชีพ สิ่งที่ต้องคิดก่อนทำ คือการยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็นส่วนผลลัพธ์คือพึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความมุ่งมั่นทุ่มเทความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหา สภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมคือ พัฒนาทางด้านความรู้ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือเป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจและการรับรู้ความสำเร็จ

Mackintosh (1995) กล่าวว่า กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะ จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน ส่วนผลลัพธ์คือ

เอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเองประเมินทักษะชีวิตที่ผู้ป่วยได้มา และทักษะในการตัดสินใจ

Rodwell (1996) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกัน โดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้อิทธิพลและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งอิสระในการสร้างทางเลือก และยอมรับต่อหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนคือ ความไว้วางใจ และเคารพซึ่งกันและกัน การให้ความรู้และการสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการพยาบาลที่ใกล้ชิด และสร้างความร่วมมือที่เหมาะสม รวมถึงเป้าหมายที่เป็นไปได้ ส่วนผลลัพธ์คือ ความนับถือตนเองในทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดความรู้สึกลึกถึงการควบคุมชีวิตของตนเองและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกลึกถึงความหวังต่ออนาคต

Suk Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อนคือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจ และจุดแข็ง ได้แก่ ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนคติของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล 2) เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก และสร้างความหวัง และ 3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเองเอื้ออำนวยต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้ และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความรู้และทักษะ และการมองโลกในแง่ดี และผลต่อเนื้อที่มีต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและความผาสุกทางจิต

Berger และคณะ (2000) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน 2) การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโต และประเมินตนเอง 3) เจ้าหน้าที่

สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคล แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง 4) เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชนในการที่จะควบคุม และปรับปรุงตนเอง

โดยมีกระบวนการ 6 ขั้นตอนคือ การศึกษาถึงครรลองชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน การสนับสนุนด้านข้อมูล การค้นหาปัจจุบันและอนาคต และช่วยเหลือในการตัดสินใจ ผลลัพธ์คือเกิดความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล ด้วยแผนการรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการค้นหาข้อมูล ทักษะในการกระทำด้วยความมั่นใจ ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเผชิญปัญหา และ ทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (คารณี จามจรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก 2) ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริง 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวย ข้อมูลความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Outcomes) ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยคือการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วยของตนสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถ และการควบคุม ซึ่งผลของการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วย นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being)

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ สะท้อนความรู้สึกรับรู้การควบคุมของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ตนปรารถนา ซึ่งรวมถึงการนับถือตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ การปรับตัวและการยอมรับต่อการเจ็บป่วย

ความสามารถในการควบคุม หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลสามารถสร้างการตัดสินใจและดำเนินการให้เกิดผลตามที่ปรารถนาและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา ถือเป็นผลลัพธ์ทางบวกที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่จะควบคุม (Perceived control) ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เพื่อการจัดการในภาวะเครียด ด้วยการสร้างตัวเลือกของกลวิธีในการจัดการและการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการจัดการ (Coping)

ความสามารถในตน (Self-efficacy) ความสามารถในตนมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคล ด้วยความสามารถของตนที่นำไปสู่ระดับของการกระทำและ/หรือการปฏิบัติในแต่ละของบุคคล เช่น รูปแบบของกิจกรรมที่บุคคลเลือกใช้ ซึ่งจะส่งผลต่อความพยายามที่จะตั้งใจลงมือปฏิบัติและความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น

4.4 การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาหลังคลอด (ดัดแปลงจากรูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง, สำนักการพยาบาล, 2546 และ ดารณี จามจรี, 2545)

4.4.1 ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือเป็นขั้นตอนแรกของการเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับมารดาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้มารดาที่มีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินการที่สำคัญในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับมารดา ความไว้วางใจถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับมารดา ความไว้วางใจในความเป็นผู้เชี่ยวชาญของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยยอมที่จะฝากชีวิตไว้ในมือของพยาบาล ถ้าปราศจากความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะไม่กล้าถามหรือแสดงความคิดเห็นของตน ในสังคมไทยพยาบาลได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยว่ามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยด้านกำลังใจและทางด้านจิตใจ (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2546: 50) ความเชื่อถือในตัวพยาบาลของมารดาจึงทำให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและมารดาเป็นไปได้ด้วยดี

2) การสร้างแรงจูงใจให้กับมารดาในการค้นหาความต้องการด้านสุขภาพและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการทางด้านสุขภาพของตน Suk Bling (1998) ได้กล่าวถึงการสร้างแรงจูงใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจในบุคคลว่า การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะจูงใจให้อดทนต่อการรักษาและพยายามที่จะมีสุขภาพที่ดีการสร้างแรงจูงใจคือ การช่วยค้นหาความหมายในชีวิตสำหรับตน เป้าหมายในขั้นตอนของการสร้างความร่วมมือคือสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและมารดา และการยอมรับการมีส่วนร่วมของมารดาในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.4.2 ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดาแบ่งการดำเนินงานออกเป็น

1) การประเมิน และวินิจฉัยพลังอำนาจในมารดา เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีผลขัดขวางความสำเร็จในการจัดการกับการปรับตัวและการดูแลสุขภาพของมารดา เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและมารดาโดยที่พยาบาลจะใช้ความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจมาใช้เพื่อกระตุ้นให้มารดาแสดงออกถึงความรู้สึกขาดพลังอำนาจทั้งจากคำพูดและท่าทาง ด้วยการพูดคุยและสะท้อนกลับทางด้านความคิดจากพยาบาล การแสดงออกทางคำพูดของมารดาช่วยให้พยาบาลมีโอกาสในการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับมารดาตามความเป็นจริง ไม่ใช่สิ่งที่พยาบาลคิดเอาเอง การประเมินพลังอำนาจในบุคคลมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาล (Miller, 1992: 71) และการพัฒนาวิธีการที่เฉพาะสำหรับบุคคลแต่ละรายต่อไป

2) การช่วยให้มารดาเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและการปรับตัวของตนเองตรงตามสภาพจริง เช่น รู้ว่าแบบแผนการดำเนินของการปรับตัวจะเป็นแบบใด ที่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพของบุตรและตนเองอย่างไร ด้วยการใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้มารดาสะท้อนคิดเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรและตนเองแทนที่จะได้รับแต่คำบอกเล่าจากพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียววิธีการนี้นอกจากจะทำให้มารดารู้ถึงความต้องการของตนเองเกี่ยวกับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวยังช่วยให้พยาบาลทราบว่ามารดาจะรู้อะไรและยังขาดอะไรที่จำเป็นต่อการจัดการกับการปรับตัวรวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวที่เป็นอยู่

3) การสนับสนุน และส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล ด้วยการให้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภายหลังช่วยให้มารดาเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวของตนเองตรงตามสภาพความเป็นจริง โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยสนับสนุนมารดาในการตัดสินใจ เป็นยุทธวิธีที่ช่วยให้มารดาเรียนรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระ และส่งเสริมความรู้สึกของมารดาว่าสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองในขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา เมื่อพยาบาลช่วยมารดาค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้มารดากลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาและกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น

4.4.3 ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนการวางแผนการจัดการกับปัญหาด้วยการสนับสนุนของพยาบาลในการช่วยให้มารดาทำความเข้าใจกับปัญหาแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่มารดาจะได้รับ ด้วยการ

1) การช่วยให้มารดามีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาด้วยการสะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้มารดาเกิด

การเรียนรู้และไตร่ตรองเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา การช่วยให้มารดาได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการค้นหา เป้าหมายร่วมกับพยาบาล การได้รับการตรวจสอบการประเมินภาวะการดูแลตนเองและการได้รับการยืนยันจากพยาบาลว่ามารดามีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งนั้นได้บรรลุความสำเร็จ ตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลและมารดาช่วยเพิ่มการเรียนรู้ถึงความสามารถในการควบคุม (Fuchs, 1987 cited in Stepleton, 1992: 307)

2) การช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา ซึ่งรวมถึงการสร้างเชื่อมั่นกับมารดาว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ดำเนินการตามลำพัง แต่มารดาจะได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรที่จะช่วยให้มารดาจัดการกับปัญหาตามแนวทางที่มารดาตัดสินใจ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มารดาเชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีประสบการณ์ของการมีพลังอำนาจคือ การช่วยให้มารดาวางแผนการจัดการกับปัญหานั้น รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่มีความเป็นไปได้ เพราะการกำหนดเป้าหมายที่มารดาไม่มีทางบรรลุถึงผลสำเร็จได้ หรือการที่มารดาไม่เคยบรรลุถึงความสำเร็จในเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกขาดพลังอำนาจมากกว่าจะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดา ดังนั้นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินวิธีการจัดการกับปัญหาจะต้องเฉพาะกับพฤติกรรมของมารดาที่สามารถคาดได้ว่าจะเกิดขึ้นถ้าวิธีการนั้นมีประสิทธิภาพ

3) การส่งเสริม และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของมารดา และ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาร่วมกับมารดา สมาชิกในครอบครัวและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดามีอิทธิพลอย่างมากสำหรับมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยให้กับมารดา การสนับสนุนทางด้านกำลังใจและการสร้างแรงจูงใจให้กับมารดา ในกรณีที่มารดาไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อันเนื่องมาจากการปรับตัว เช่น มารดาวัยรุ่นซึ่งยังขาดวุฒิภาวะในด้านการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัวของมารดาและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดาจะมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับปัญหาแทน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกในครอบครัวและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดาจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาร่วมกับมารดา

ขั้นตอนสะท้อนคิดนี้มีความสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับมารดา และช่วยให้มารดาเรียนรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของมารดาแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยที่จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542: 29) คือ 1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหมาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) มารดาได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและสามารถ เปิดกว้างในการที่มารดาคนอื่น ๆ จะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ เป้าหมายในขั้นตอนของการ

สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ แผนการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต และการกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้

4.4.4 ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอมีผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมของมารดาตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ และทักษะนั้นต้องเกิดจากความต้องการของมารดาเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 1) การส่งเสริม และสนับสนุนให้มารดาแสดงออกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน 2) การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมารดา และ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยเหลือมารดาในการดำเนินการตามแผน 3) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของมารดาความสำเร็จในการดำเนินการตามแผนที่มารดาวางไว้จะขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอจากพยาบาลตามความต้องการของมารดา ดังนั้นเป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ การแสดงออกถึงความต้องการของมารดาในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้

4.4.5 ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเองในขั้นตอนนี้ดำเนินการด้วยตนเองจะเป็นขั้นตอนที่มารดาจะดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหา หรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนตามที่มารดาได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งในขั้นตอนนี้ดำเนินการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) การช่วยให้มารดาสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การติดตามสนับสนุนของพยาบาลในการดำเนินการของมารดา 3) การสร้างแรงจูงใจให้กับมารดาในการดำเนินการตามแผน บทบาทของพยาบาลนอกจากการสนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะช่วยให้มารดาสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้แล้ว สิ่งสำคัญที่จะขาดไม่ได้ คือ การสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจโดยเฉพาะในกิจกรรมบางอย่างที่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งที่มารดาเคยชินมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พยาบาลจะต้องสนับสนุนมารดาทางด้านกำลังใจให้มารดาดำเนินการตามแผนอย่างไม่ย่อท้อด้วยการช่วยให้มารดาเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม พยาบาลอาจจะต้องกล่าวซ้ำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นบ่อย ๆ ว่าเขาสามารถควบคุมได้ และทบทวนสิ่งที่มารดาได้เคยควบคุมสำเร็จมาแล้ว และ 4) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมารดาและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับมารดาในการติดตามและให้การสนับสนุนการดำเนินการของมารดา รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้กับมารดาในการดำเนินการตามแผน เป้าหมายของขั้นตอนนี้

ดำเนินการด้วยตนเองคือ มารดาสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ได้ ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.6 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิด และคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการปรับตัว ในขั้นตอนนี้บทบาทของพยาบาลคือ การช่วยมารดาได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่มารดาได้ทำงานร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่าง ๆ สิ่งที่สามารถควบคุมได้และสิ่งที่มารดาไม่สามารถควบคุมได้ การดำเนินการในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 1) การช่วยให้มารดารับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการปรับตัว 2) การสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมและสนับสนุนมารดาให้คงไว้ซึ่งความสำเร็จในการจัดการกับการปรับตัว 3) การสร้างแรงจูงใจให้มารดามีความต้องการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ภายหลังการรับรู้ถึงความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาสุขภาพแผนที่วางไว้

การรับรู้ถึงความสำเร็จของมารดา (Personal mastery) ช่วยให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และแสดงออกถึงความรู้สึกของการควบคุม (A sense of control) และความสามารถในตน (Self-efficacy) ที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับปัญหาของคุณ ความคิดเหล่านี้เป็นแรงจูงใจที่จะปรับตัวเพื่อแสวงหาพฤติกรรมที่จำเป็นและการรักษาที่ต้องการ

ผลของการผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอนที่ช่วยให้มารดามีประสบการณ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคุณด้วยวิธีการตามขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหา รู้ว่าเมื่อไหร่และสิ่งใดที่จะต้องแสวงหาเพื่อปกป้องสุขภาพให้กับตน ส่งเสริมการจัดการกับการปรับตัวและดูแลสุขภาพของคุณได้อย่างมีประสิทธิภาพของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงไม่ใช่การจบลงแค่การประสบความสำเร็จของการจัดการกับปัญหาเพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องและมีความเป็นพลวัตร

เป้าหมายของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ คือ การรับรู้ของมารดาถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการปรับตัว และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถของมารดาในการจัดการกับการปรับตัว ซึ่ง Feldman (1974 cited in Miller, 1992: 7) เรียกว่า “การปรับตัวให้เหมาะสม (Readaptation)”

4.5 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย พยาบาลจะต้องทราบถึงบทบาทของตนสำหรับการปฏิบัติงาน จากแนวคิดและขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น นำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

4.5.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนาจทรัพยากรข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้าง

พลังอำนาจ และถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจ แสดงให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าคุณเป็นภาระของผู้อื่น จากการศึกษาพบว่าการขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน การที่รับรู้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษา ทำให้เกิดความกลัว ในทางตรงกันข้ามหากมีความรู้ทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เข้าใจถึงสภาพของปัญหาที่เป็นอยู่ สามารถที่จะจัดการกับการปรับตัวได้ดีกว่า นอกเหนือจากข้อมูล ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพแล้ว ยังมีทักษะอื่น ๆ ที่มีความสำคัญ (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 60-61) ได้แก่

4.5.1.1 ทักษะการสื่อสาร มารดาหลายรายเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปรับตัว แต่ไม่กล้าซักถาม โดยให้เหตุผลว่า “ไม่รู้จะถามอะไร” “ไม่กล้าถาม” บทบาทของพยาบาลคือการช่วยในการค้นหาความต้องการและข้อสงสัย ในบางโอกาสจะต้องเป็นตัวกลางในการช่วยให้มารดาได้มีโอกาสในการซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือในกรณีที่มารดา ไม่มั่นใจที่จะถามพยาบาลจะต้องทำหน้าที่แสวงหาข้อมูลให้กับมารดา

4.5.1.2 ทักษะในการแสวงหาข้อมูล มารดามีการแสวงหา ข้อมูล ความรู้ วิธีการที่ช่วยในการปรับตัว แหล่งข้อมูลที่สำคัญของมารดา นอกเหนือจากโรงพยาบาลแล้วก็คือจากสังคมของมารดาเอง ซึ่งความถูกต้องเชื่อถือได้หรือไม่ของข้อมูลบางครั้งก็ไม่ได้รับการยืนยันว่าจะเป็นผลดีกับสุขภาพหรือไม่ บทบาทของพยาบาลนอกจากจะเตรียมแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับมารดาแล้ว พยาบาลยังมีส่วนช่วยในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ข้อมูลที่มารดาได้รับมาว่าจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพและการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับมารดาในการตัดสินใจ

4.5.1.3 ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะการตัดสินใจช่วยให้มารดา ชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับข้อจำกัดและทางเลือกที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม สอดคล้องกับค่านิยมของตน ปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจบางครั้งไม่ได้เกิดจากไม่ทราบจะตัดสินใจอย่างไร แต่เกิดจากไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจ

4.5.1.4 ทักษะในการจัดการกับปัญหา เมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อาจต้องเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากการปรับตัวโดยตรง หรือผลกระทบของการปรับตัวที่มีต่อบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพที่มีต่อครอบครัวและสังคม แสดงให้เห็นถึงปัญหาการเตรียมความพร้อมให้กับมารดาภายหลังออกจากโรงพยาบาล

4.5.1.5 ทักษะการแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม ในบางภาวะที่มารดา อยู่ในสภาพที่ต้องการการช่วยเหลือ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับมารดาและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อนบ้านในบางโอกาส และทำความเข้าใจว่าการที่

มารดาต้องการความช่วยเหลือนั้นมีไข้เป็นภาระ เพราะความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น นำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Suk Bling, 1998; คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 60)

4.5.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือมารดาในการเปลี่ยนแปลง

การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เหล่านี้ทำให้มารดาเกิดความคับข้องใจ ผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการปรับตัวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวมารดาเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนและการทำงาน (Spradley, 1980 cited in Dixon, 1998: 330) มารดามีความรู้สึกว่าความสามารถในการทำงานของตนลดลง มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (คารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 45-46) ในสภาพการณ์เช่นนี้มารดาต้องการความช่วยเหลือในการที่จะปรับตนเองให้เข้ากับภาวะที่เกิดขึ้น พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลมารดาจึงต้องแสดงบทบาทของผู้ช่วยเหลือมารดาในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงและนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือมารดาและครอบครัวให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 186)

4.5.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือมารดาในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อการปรับตัวและต่อตนเอง

จากการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในบริบทสังคมไทย (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 41-47) พบว่า การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การที่สมรรถภาพของร่างกายที่แย่งลง ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระผู้อื่น เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ นับถือในตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใด ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของตน มองเห็นว่าตนไม่มีค่าเป็นภาระผู้อื่น อันนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้ามารดาหลังคลอดก็เช่นกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการปรับตัวและต่อตนเองถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้มารดามีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ คือการปรับตัวในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญของมารดา

ในมารดาบางรายแม้การปรับตัวจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจแต่มารดาก็ได้แสดงออกถึงพลังอำนาจที่จะต่อสู้และพยายามที่จะเอาชนะกับสภาพ

ปัญหาด้วยการมีทัศนคติทางบวกและยอมรับต่อสถานะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ สิ่งนี้จะช่วยให้สามารถปรับตัวได้ (ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 62)

4.5.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ มารดาต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยคำพูด ท่าทางการแสดงออกของพยาบาล ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพประเภทเดียวที่อยู่ใกล้ชิดมารดามากที่สุด จึงถือได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาและครอบครัวด้านจิตใจ นอกจากนั้นมารดาเองก็คาดหวังการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน สิ่งที่จะต้องให้ความระมัดระวังในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับมารดา คือ การแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทีที่มีต่อมารดา เพราะนอกจากจะบั่นทอนกำลังใจแล้ว ยังเป็นการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับมารดาซึ่งเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจอีกด้วย

4.5.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในทางการพยาบาลถูกมองว่าเป็นเช่นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวมและเป็นการเน้นไปที่การดูแลมากกว่าการรักษา (Care more than cure) (Nelson, 1988 cited in Hummel, 1998: 368) ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะพูดในนามของผู้ป่วยที่ไม่อาจพูดและแสดงความต้องการของตนเองออกมาได้ ผู้พิทักษ์สิทธิจะเป็นตัวแทนของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาที่ช่วยลดความกลัวและคืนความเป็นอิสระและความสามารถในการควบคุมตนเอง หรือเป็นผู้สร้างการเชื่อมโยงระหว่างค่านิยมของผู้ป่วยกับเป้าหมายและการรักษาพยาบาล (Segesten, 1993 cited in Hummel, 1998: 368) รวมถึงการเป็นผู้ให้การสนับสนุนข้อมูล ควบคุมกำกับคุณภาพการดูแล

ปัญหาที่พบในการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในบริบทสังคมไทย คือความไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการรักษาพยาบาลบางอย่าง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก คับข้องใจ เกิดความสงสัยว่าเพราะสถานะการเจ็บป่วยของตนแย่งจึงต้องได้รับการรักษาแบบนี้หรือเพราะเหตุใด (ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545: 43-44)

Lubkin (1986 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 127-128) ได้จำแนกบทบาทหลักของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการ ความปรารถนา ความใฝ่ฝันและความกลัวซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต 2) สะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอิทธิพลของความต้องการ ความปรารถนา ความใฝ่ฝัน หรือความกลัวต่อความสามารถในการกระทำ และความสามารถในการติดต่อกับสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถบอกถึงความต้องการ ความปรารถนา ความใฝ่ฝันและความกลัวในรูปของปัญหาที่ตนเองอาจแก้ไขได้ 4) ช่วยเหลือผู้ป่วย ค้นหาต้นเหตุของปัญหาโดยการศึกษาข้อมูลและสัมภาษณ์หรือพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 5) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา โดยตั้งอยู่บนหลักความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 6) พยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ปัญหา 7) พยาบาลให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา 8) พยาบาลจะต้อง

ยอมรับและให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจ เมื่อเห็นว่ามิข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญ และจำเป็นในการตัดสินใจ 9) พยายามสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเจรจาต่อรองกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างเรียบร้อยและก่อให้เกิดความพึงพอใจ และ 10) พยายามชี้แนะ และสนับสนุนผู้ป่วยในความพยายามที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการแก้ปัญหา และการยอมรับความเสี่ยงที่อาจถูกปฏิเสธในการขอความช่วยเหลือ

พยายามในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิจะปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจให้ได้รับและใช้พลังอำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นคู่คิดเชื่อถือได้ ยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวเอง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 130)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอาศัยการสร้างสรรค้ในการแก้ปัญหา เป็นบทบาทที่สามารถใช้ได้กับพยาบาลทุกคน โดยมีต้องคำนึงถึงการรับรองสถานภาพในระบบสุขภาพ พยาบาลทุกคนสามารถพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยทุกราย หรืออาจกล่าวได้ว่าการพิทักษ์สิทธิเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาล (Mitty, 1991; Copp, 1993; Sellin, 1995; Love, 1995 cited in Hummel, 1998: 378)

การพิทักษ์สิทธิต้องการทักษะ ความรู้ การสื่อสารที่มีคุณภาพ ทักษะของการเป็นผู้เอื้ออำนวยความสามารถในการแก้ปัญหาและนำเสนอเทคนิควิธีการที่ใช้ได้จริง การพิทักษ์สิทธิเป็นการให้ความสำคัญต่อคุณค่าของบุคคลและความหวังของผู้ป่วย รวมถึงการจัดบรรยากาศของการรักษา (Stewart-Amidei, 1989 cited in Hummel, 1998: 379)

จะเห็นได้ว่ามารดาซึ่งเปรียบเสมือนผู้ป่วยคนหนึ่งที่ได้รับกรพิทักษ์สิทธิเช่นกันในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาเพื่อกำหนดการตัดสินใจที่มีผลต่อทั้งสุขภาพ ความพึงพอใจและความต้องการของมารดา มารดาจะมีให้ผู้ถูกกระทำอีกต่อไป แต่จะกลายเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดทั้งความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ด้วยการให้การดูแลแบบองค์รวม การพิทักษ์สิทธิไม่เพียงแต่มีผลต่อความต้องการทางชีวภาพ แต่ยังมีผลต่อสังคม เศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อสุขภาพที่ดีด้วย (Salladay & McDonnell 1989 cited in Hummel, 1998: 378)

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีลักษณะที่สอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาล (2546) ได้กำหนดไว้ดังนี้

- 1) มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก
- 2) มีทักษะในการสอน และชี้แนะแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มอย่างเหมาะสม
- 3) มีทักษะในการให้คำปรึกษา

- 4) มีทักษะในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทั้งภายในวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพและในระบบต่างๆ
- 5) มีทักษะในการริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 6) มีความเป็นผู้นำทั้งในและนอกวิชาชีพ
- 7) มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และการบริการสุขภาพ
- 8) มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- 9) มีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 10) มีความสามารถในเรื่องประกันสุขภาพ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ของมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดมีดังนี้

ศศิธร มณีแสง (2538) ผู้วิจัยศึกษาโดยอาศัยกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นพื้นฐาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนด้านสังคมและการรับรู้ด้วยสติปัญญา เกี่ยวกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดโดยสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 19.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่การสนับสนุนทางสังคม กกับการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื่อ เอช ไอ วี โดยอาศัยกรอบแนวคิดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของรอยเป็นกรอบทฤษฎีมารดาที่พานุตราตรวจสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และวชิรพยาบาล จำนวน 80 ราย ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต การสนับสนุนทางสังคม ด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาท

การเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ทำการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์สภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์เชิงบวก กับการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก และศึกษาความสามารถในการทำนายนการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดจากปัจจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ซึ่งมาตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 200 ราย และสามีจำนวน 111 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดร้อยละ 5 และร้อยละ 6 ตามลำดับ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต การสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก และการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน และมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอด และมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการวิตกกังวลและมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาสุขภาพจิตในอดีตเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นุชนาถ สะกะมะณี (2541) ทำการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านการรับรู้ด้วยสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เป็นแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในบทบาทมารดาจาก 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูงและ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะพฤติกรรมบทบาทมารดาในระยะหลังคลอดวันที่ 1-3 ขณะอยู่โรงพยาบาล และได้รับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะ 2 สัปดาห์แรก โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความสามารถในการดำรงบทบาท

มารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการรับรู้ด้วยสติปัญญา อยู่ในระดับมาก และความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับคำแนะนำและการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พนิดา วารชนนท์ (2541) ผู้วิจัยศึกษาผลของการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอด และศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ชนิดของการคลอดและจำนวนบุตรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 250 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับดี การสนับสนุนจากคู่สมรสสามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ร้อยละ 35.84 และพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มารดามีการปรับตัวได้ดีขึ้น

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ทำการทดลอง 3 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นค้นหาความจริง 2) ขั้นการพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ 3) ขั้นการเป็นผู้ดำเนินการ และ 4) ขั้นการรักษาความรู้สึกลับใจในการควบคุมสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Corrigan (1997) ได้แก่ การได้รับความรู้ที่จำเป็น การเพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การได้รับการยอมรับซึ่งกันและกัน และการได้รับการฝึกฝนความสามารถที่จำเป็นจากพยาบาล ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านความรู้ การรับรู้ด้วยปัญญา ความเข้มแข็งด้านร่างกายและจิตใจ อัตมโนทัศน์ เชิงบวก ร่วมกับใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการคือ การจัดเตรียมสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับการตัดสินใจ จัดหาทางเลือกหลายๆ ทางให้ ทำให้บุคคลดำรงชีวิตโดยอิสระ จัดหาแหล่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ และการอุปถัมภ์ให้ควบคุมตนเองรวมทั้งใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ด้วยปัญญา ผลของการวิจัยพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม

ทดลองภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกจากการสังเกตและอภิปราย ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมสำคัญที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาพร้อมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญพบว่ามี 8 ปัจจัย ได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ ประสบการณ์ในอดีต ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนั้นและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ภายหลังจากการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว พบว่ากรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือนและการรับรู้พลังอำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jirapaet (2000) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในประเทศไทยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้ Participatory Action Research (PAR) เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 94 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 46 ราย กลุ่มควบคุม 48 ราย เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาดีขึ้น

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน ใช้เวลาในการทดลองสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 3 สัปดาห์รวมเป็น 6 ครั้ง พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลัง

การทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วารางคณา ชัชเวช (2546) ทำการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เพื่อเลือกตำบล 2 แห่ง จัดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ในแต่ละตำบลเลือกสตรีแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 15 ราย รวม 30 ราย ใช้วิธีการจับคู่ตามระดับคะแนนการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการคุมกำเนิดของสตรีตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยพบว่าสตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มในจำนวนที่เท่ากันคือกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ทำการทดลอง 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งส่งผลในทางบวกต่อบุคคลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคือ ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารภในตนเอง เพิ่มความรู้สึกของการควบคุมตนเองต่อการดำเนินชีวิต มีความคิดทางด้านบวก และสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายได้ โดยกระบวนการที่จัดกระทำส่วนใหญ่ ได้แก่ การให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ

การได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจ กำลังใจและแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับความรู้ ข้อมูล ทักษะการปฏิบัติตัวต่อโรคที่เป็น การใช้การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเอื้ออำนวยทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางปฏิบัติ ถึงแม้จะมีความแตกต่างในขั้นตอนการปฏิบัติและบริบทที่ใช้ในการศึกษา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจจาก 7 แหล่งพลังอำนาจ
<p>1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) การวินิจฉัยและวางแผน (Diagnosis and Planning) แหล่งพลังอำนาจในแต่ละบุคคล</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ โดยการแนะนำตัว สอบถาม พูดคุยกับมารดา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างแรงจูงใจ</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> การค้นหาสถานการณ์จริงของมารดาโดยการรวบรวมข้อมูล แหล่งพลังอำนาจ และการวินิจฉัยพลังอำนาจ เช่น การขาดความเข้มแข็ง ด้านร่างกาย พลังงาน ความรู้ ทักษะ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร</p> <p>2. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> การสร้างพลังในการแก้ปัญหาและการปรับตัวของมารดา โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ รวบรวมปัญหาที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 สรุปและร่วมกัน วางแผนในการจัดการกับปัญหา</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> การเสริมแหล่งพลังอำนาจ การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งสนับสนุน เช่น การสอน ให้ความรู้ สาธิต ฝึกทักษะ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การให้นมบุตร การอุ้ม การทำความสะอาดร่างกายบุตร การสังเกตพฤติกรรมบุตร</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> มารดาเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 6</u> สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอด โดยให้มารดาพูดความรู้สึก ส่งเสริมในกำลังใจมารดา ญาติ มั่นใจ สามารถปฏิบัติได้</p> <p>3. การประเมินผล (Evaluation)</p> <p><u>ขั้นตอน</u> การกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการประเมินพลังอำนาจ</p>

การปรับตัวด้าน
บทบาทหน้าที่
ของมารดาใน
ระยะหลังคลอด
1) การมี
สัมพันธภาพกับ
บุตร
2) การปฏิบัติ
กิจกรรมการ
ดูแลบุตร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง (Nonequivalent control group only posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก โดยมีรูปแบบของการทดลองดังนี้

X ₁	O	กลุ่มทดลอง
X ₂	O	กลุ่มควบคุม

โดย

X ₁	หมายถึง	โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ
X ₂	หมายถึง	การพยาบาลตามปกติ
O	หมายถึง	การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ คลอด และได้รับการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาครรภ์แรกที่เข้ารับการฝากครรภ์ คลอด และได้รับการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคือ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 32-34 สัปดาห์ เมื่อเริ่มทำการศึกษาซึ่งเป็นระยะที่มารดามีความพร้อมในการเตรียมตัวสู่การเป็นมารดามากที่สุด 2) การตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง 3) อยู่ร่วมกับสามี 4) ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมาก่อน 5) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่านและเขียน และ 6) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit & Hungler, 1999 : 992) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน ประกอบด้วยกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มี และความเป็นไปได้ในการทำวิจัยครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จากมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษากลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการจัดกระทำ (Contamination) ที่ผู้วิจัยกระทำกับกลุ่มทดลอง ซึ่งจะส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย

2. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมแล้ว เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด (ศิษยา กมลสุนทร, 2536; ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) ดังนั้นเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในด้านของกลุ่มอายุแบ่งเป็นมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีกับมารดาวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และระดับการศึกษาซึ่งแบ่งเป็นชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี ส่วนลักษณะรายได้ของครอบครัวไม่นำมาจับคู่เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังในประชากรที่ศึกษาพบว่ามารดา มากกว่าร้อยละ 80 มีรายได้ครัวรต่ำว่าหนึ่งหมื่นบาททำให้ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มประชากรมีน้อย ผู้วิจัยทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จนกระทั่งได้กลุ่มทดลองและควบคุมครบ 40 คน (ตารางที่ 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การศึกษา รายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	(n = 20)		(n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	8	40.0	8	40.0
20 ปีหรือ มากกว่า	12	60.0	12	60.0
การศึกษาขั้นสูงสุด				
ประถมศึกษา	6	30.0	6	30.0
มัธยมศึกษา	9	45.0	9	45.0
ปวช./ปวส.	2	10.0	2	10.0
ปริญญาตรี	3	15.0	3	15.0
รายได้				
น้อยกว่า 5,000บาท	2	10.0	3	15.0
5,000 -10,000 บาท	14	70.0	14	70.0
มากกว่า 10,000บาท	4	20.0	3	15.0

จากตารางที่ 1 พบว่ามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 60.0) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75.0) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 85.0)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือ

1.1 แผนการสอนเป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มั่นใจในศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ สามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดได้

แผนการสอนแบ่งออกเป็น 3 ชุด แต่ละชุดประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียน การสอน สื่อที่ใช้ในการสอน และการประเมินผล โดยผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาการสอนออกเป็นหัวข้อย่อย ทั้งหมด 5 ครั้ง โดยเริ่มสอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ดังนี้

แผนการสอนชุดที่ 1 สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดและปริมาณของอาหารสำหรับมารดาในระยะตั้งครรภ์ และ มารดาหลังคลอด เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านร่างกายและพลังงาน

กิจกรรม 1) ผู้วิจัยบรรยายโดยการใช้ภาพพลิก และแนะนำการรับประทาน ใช้เวลาในการสอน 30 นาที

2) มารดาสอบถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของแต่ละคน ทั้งชนิดและปริมาณ

แผนการสอนชุดที่ 2 สอนเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ และการแก้ไขเพื่อ ส่งเสริมพลังอำนาจด้านความอดทนทางจิต อึดมโนมัสันเชิงบวก และระบบความเชื่อ

กิจกรรม 1) ผู้วิจัยบรรยายใช้เวลาในการสอน 45 นาที

2) มารดา ร่วมแสดงความคิดเห็น และแนวทางวิธีการแก้ไขตามความเหมาะสม ของตนเอง

แผนการสอนชุดที่ 3 สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ หลังคลอดวันที่ 1

เนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้าน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา

กิจกรรม 1) ผู้วิจัยบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาในการสอน 60 นาที

2) มารดา ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

1.2 ภาพพลิก เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของ มารดาในระยะหลังคลอด ประกอบด้วยรูปภาพ และข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอนใน ข้อ 1.1 (ภาคผนวก ก)

1.3 คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาใน ระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้มารดาครรภ์แรกได้อ่านทบทวนและใช้ ประกอบการฝึกปฏิบัติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด โดยมี เนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนเนื่องจากขณะสอนมารดาอาจไม่สามารถจดจำในรายละเอียด ได้ทั้งหมด ประกอบกับอาจเรียนรู้ไม่เท่ากัน เมื่อได้กลับไปอ่านทบทวนทำให้สามารถเข้าใจได้ง่าย ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังช่วยอำนวยความสะดวก โดยจัดทำแยกเป็น 2 เล่ม แบ่งเป็นสำหรับแม่

1 เล่ม และสำหรับลูก 1 เล่ม เพื่อสะดวกในการหยิบอ่าน ในการออกแบบนำเสนอเนื้อหา และใช้รูปภาพที่ชัดเจน สามารถสื่อความหมาย พิมพ์ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่าย จัดทำเป็นรูปเล่มที่สะดวกต่อการพกพา (ภาคผนวก ค)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแผนการสอน คู่มือ ภาพพลิกไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล มารดาและทารก 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน และ หัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของกิจกรรมทั้งในด้านรูปแบบและระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาจำนวน 3 คน พบว่าเนื้อหา กิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

2.2 แบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ พนิดา วาราชนนท์ (2541) ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวคิดของ Jensen และ Bobak ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการแสดงความรู้สึกรู้สึกของมารดาในระยะหลังคลอดในการปฏิบัติบทบาทมารดา ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับบุตร 8 ข้อ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.91 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลิเกิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เป็นความจริงเลย) ถึง 5 (เป็นความจริงมากที่สุด) คะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด มีคะแนนรวมต่ำสุด 18 คะแนน สูงสุด 90 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามารดาปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของสุวิมล ตีรกานันท์ (2546) โดยการกำหนดจำนวนกลุ่มของการแบ่งระดับคะแนน เป็น 5 กลุ่ม และหาอันตรภาคชั้นเพื่อใช้ในการแบ่งระดับคะแนน ของ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา ได้คะแนนและการแปลผลดังนี้

คะแนน	การแปลผลคะแนน
75-90	มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระดับดีมาก
61-74	มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระดับดี
47-60	มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในระดับปานกลาง
33-46	มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ในระดับน้อย
18-32	มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดในด้าน การมีสัมพันธภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้ตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา แล้วใน งานวิจัยของ พนิตา วาราชนนท์ (2541) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ดังนั้นงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามการ ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังของ พนิตา วาราชนนท์ (2541) ไปทดลองใช้ (Try out) อีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่างของมารดาในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย และนำ ข้อมูลไปคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของมารดา หลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยแบ่งเป็น 7 แหล่ง พลังอำนาจคือ 1) ความเข้มแข็งด้านร่างกาย (Physical strength and reserve) จำนวน 3 ข้อ 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) จำนวน 4 ข้อ 3) อคติโน้ตส์เชิงบวก (Positive self-concept) จำนวน 3 ข้อ 4) พลังงาน (Energy) จำนวน 2 ข้อ 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) จำนวน 3 ข้อ 6) แรงจูงใจ (Motivation) จำนวน 3 ข้อ และ 7) ความเชื่อ (Belief) จำนวน 2 ข้อ รวม 20 ข้อ เลือกตอบ 1 คำตอบ แบ่งการประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) มีเกณฑ์ว่า จะต้องได้คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป โดยจัดระดับคะแนนเฉลี่ยน้อย ที่สุดไปหามากที่สุดเป็นค่าคะแนน และความหมาย (ประคอง กระณสูตร, 2542) ดังนี้

1.00 – 1.49 แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

1.50 – 2.49 แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย

2.50 – 3.49 แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง

3.50 – 4.49 แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี

4.50 – 5.00 แหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 3 ท่าน นักวิชาการพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง คำวนหาดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Davis,

1992:105) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดยเริ่มจาก 1 (ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม) ถึง 4 (ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม) (Polit & Beck, 2004: 423) ได้ CVI เท่ากับ .85 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณความเที่ยงของแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การบริการอื่นๆ ที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยตลอดจนครบตามกำหนดเวลาหรือก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งขั้นตอนดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาเตรียมการก่อนทดลอง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ระยะเวลาเตรียมการก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก แจกวัสดุประสงค์ของการวิจัยและขอใช้สถานที่ที่ หน่วยฝากครรภ์และหอผู้ป่วยหลังคลอดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาในการศึกษาทดลองครั้งนี้ โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนเมษายน 2549 โดยศึกษาในกลุ่มควบคุม และทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์เวลา 07.30 น. ทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เพื่อศึกษาประวัติ มารดาตั้งครรภ์จากสมุดทะเบียนนัด และประวัติฝากครรภ์ คัดเลือกมารดาตั้งครรภ์แรกมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว แล้วทำสัญลักษณ์ด้วยการติดสติ๊กเกอร์สีส้มที่บริเวณกึ่งกลางขอบขวาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จากนั้นให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เมื่อมารดาครรภ์แรกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคลอด และย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามเกี่ยวกับอาการทั่วไป ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบกำหนดจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยเข้าพบมารดาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด โดยผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามสอดช่องที่ปิดแถมไปและจำหน่ายจนถึงผู้วิจัยไว้แล้ว ให้มารดานำแบบสอบถามกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์เวลา 07.30 น. ทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เพื่อศึกษาประวัติจากมารดาตั้งครรภ์จากสมุดทะเบียนนัด และประวัติฝากครรภ์ คัดเลือกมารดาที่ตั้งครรภ์แรกมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว แล้วทำสัญลักษณ์ด้วยการติดสติ๊กเกอร์สีเขียวที่บริเวณกึ่งกลางขอบขวาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จากนั้นดำเนินการทดลองดังนี้

ครั้งที่ 1 (มารดาตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 32 – 34 สัปดาห์) ดำเนินการดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยเข้าพบมารดาและแนะนำตัวกับมารดา พูดคุยซักถามอาการทั่วไป สภาพร่างกาย จิตใจ และทารกในครรภ์ บอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทดลอง รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการทดลอง

2) การค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อให้มารดาทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร รับรู้ต่อสภาพความเป็นจริงในการรับประทานอาหารของตนเอง มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้กับผู้วิจัย เพื่อวินิจฉัยแหล่ง พลังอำนาจด้านร่างกายและพลังงาน แต่มีมารดาบางคนไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริง เช่น การดื่มนม บางคนบอกว่าดื่มนมละ 3 แก้ว แต่จากการรวบรวมข้อมูลจากสามีหรือญาติพบว่า ดื่มนมเพียงวันละ 1 แก้ว เท่านั้น

3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการรับประทานที่ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณในครั้งต่อไป ซึ่งมารดาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

4) การสร้างเสริมแหล่งอำนาจ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานแก่มารดา เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มครั้งละ 2-3 คน โดยการบรรยาย ใช้ภาพพลิกเพื่อให้มารดา จดจำได้ง่าย สามารถนำไปประกอบในการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารแต่ละชนิด และอาหารที่สามารถทดแทนกันได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนพลังอำนาจด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง มารดาสามารถบอกวิธีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้ และสามารถหาอาหารทดแทนได้ เช่น หากมีการเบื่อกที่จะดื่มนม ก็สามารถดื่มน้ำเต้าหู้ หมุนเวียนสลับกันได้

6) การเสริมสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจกกู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา และแนะนำการใช้เพื่อนำไปอ่านทบทวนที่บ้าน และทำการนัดพบครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (มารดาตั้งครรภ์อายุประมาณ 34 – 36 สัปดาห์) ดำเนินการดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยถ้าพบมารดา ตามนัดหมายพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจ และสภาพทารกในครรภ์จากนั้นเปิดโอกาสให้มารดาได้

พูดคุย ระบายความรู้สึก และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสม

2) การค้นหาสถานการณ์จริง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อให้มารดาทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ต่อสภาพความจริงในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต แรงจูงใจ ระบบความเชื่อ อคติโนทัศน์เชิงบวก ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม จากการพูดคุยกับมารดาและรวบรวมข้อมูล พบว่ามารดาบางคนยอมรับในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะวัยรุ่น เช่น เต้านมที่ใหญ่ขึ้น หน้าท้องลาย บางคนยังไม่กล้าที่จะคุยกับทารกในครรภ์เนื่องจากมีความละอาย ก่อเงินและไม่เคยชินในการทำเช่นนั้น

3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง และยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ วางแผนและกำหนดเป้าหมาย

4) การเสริมสร้างแหล่งอำนาจ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น อารมณ์และความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายบริเวณอุ้งเชิงกราน ระบบขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงบริเวณหน้าท้อง เต้านม และหัวนม ตลอดจนแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ตามความเหมาะสมในแต่ละครั้ง โดยการบรรยาย ใช้ภาพพลิก และคู่มือประกอบซึ่งมารดาในความสนใจเป็นอย่างดี

5) การเสริมพลังด้วยตนเอง มารดาสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจได้ โดยใช้ความรู้ ร่วมกับคำแนะนำจากผู้วิจัย และเพื่อนด้วยกัน ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งเป็นเรื่องของธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมารดาด้วยการคิดถึงลูกเป็นสิ่งสำคัญ และภายหลังคลอดสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงได้

6) การเสริมสร้างความมั่นใจ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งมารดาสามีหรือญาติให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการแสดงออกถึงความเชื่อมั่น เช่น คิดว่าสามารถทำได้เหมือนคนอื่นๆ และตั้งใจจะทำให้สำเร็จ

หลังจากนั้นผู้วิจัยซักถามข้อสงสัย แล้วทำการนัดครั้งต่อไป โดยกำหนดวันนัดกับวันที่มารดาต้องมาตรวจครรภ์ตามวันนัดของแผนกฝากครรภ์

ครั้งที่ 3 (มารดาตั้งครรภ์อายุประมาณ 36–38 สัปดาห์) ดำเนินการดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยเข้าพบมารดา ตามวันที่นัดหมาย พูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจและสภาพทารกในครรภ์เปิดโอกาสให้มารดา ได้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2) การค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรเพื่อให้มารดาได้รับรู้ต่อสภาพความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดบุตรแล้ว ในการที่จะเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นม การอาบน้ำ การแต่งตัวให้บุตร เป็นต้น ซึ่งจากการพูดคุยซักถาม พบว่ามารดา ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน บางคนกลัวอุ้มลูกไม่เป็น ไม่ทราบวิธีปฏิบัติในการให้นมบุตร ซึ่งเป็นการขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ ทักษะ และการรับรู้ด้วยปัญญา

3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา ให้มารดาเห็นความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร วางแผนและกำหนดเป้าหมาย ที่จะฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรภายหลังการคลอดให้สำเร็จ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญของการเป็นมารดา

4) การเสริมพลังแหล่งพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยให้ความรู้ สาธิต ฝึกทักษะ เกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะดูแลบุตร โดยใช้วิธีการบรรยาย ประกอบกับการใช้ภาพพลิก คู่มือ และหุ่นที่มีลักษณะเหมือนกับทารกแรกเกิด ซึ่งการฝึกปฏิบัติกับหุ่นนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่ามารดามีความตื่นตัวและชื่นชอบในกิจกรรมนี้มาก ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง มารดาสามารถบอกการเตรียมอุปกรณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ฝึกหัดวิธีการอุ้มบุตรในท่าให้นมบุตร ทำอุ้มปกติได้ ตลอดจนวิธีการแต่งตัวให้บุตรได้ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยกล่าวชมให้กำลังใจสร้างแรงจูงใจ เมื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้

6) การเสริมสร้างความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มารดาแสดงความมั่นใจด้วยคำพูดและแสดงออกถึงความมั่นใจ ในการปฏิบัติดูแลบุตรว่าหลังคลอดน่าจะทำได้ เพราะได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่น ซึ่งมีลักษณะเหมือนทารกแล้วน่าจะทำได้เร็วขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กำลังใจแก่มารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1, 2, 3 ที่ผ่านมา และนัดพบครั้งต่อไปเมื่อมารดา คลอดแล้วย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยหลังคลอด

ครั้งที่ 4 (มารดาหลังคลอดวันแรก)

หลังจากที่กลุ่มทดลองคลอดและย้ายมาหอผู้ป่วยหลังคลอดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่เตียง พูดคุยซักถามอาการทั่วไปของมารดาและบุตร พร้อมเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกจากการคลอดที่ผ่านมา และพูดคุยเกี่ยวกับบุตรได้แก่ เพศ พฤติกรรมของทารก เช่น การนอนหลับ

การร้องไห้ การดูคนมมารดา การส่งเสริมให้บุตรนอนเตียงเดียวกับมารดาตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน (Bedding-in)

2) การค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมในการให้นมบุตรของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาทุกคนยินดีให้ลูกดูคนมมารดา เนื่องจากได้รับความรู้ และฝึกปฏิบัติมาบ้างแล้ว ทำให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น พบปัญหาเพียงเล็กน้อย เช่น การจับเต้านมส่งให้ลูกดูดซึ่งยังปฏิบัติไม่ค่อยถนัด น้านมยังไหลเล็กน้อย เป็นต้น

3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหาด้วยการสะท้อนคิด โดยให้มารดาหลังคลอดร่วมกันวางแผนจัดการกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับผู้วิจัยและครอบครัว แนะนำให้มารดาสังเกตแบบอย่างมารดาที่มีพลัง และมีความเข้มแข็งในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลบุตร

4) การสร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร โดยมารดาสามารถบอกถึงความต้องการด้านข้อมูลเพิ่มเติม ความรู้ ทักษะ และเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ผู้วิจัยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามเหมาะสมในแต่ละราย

5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง มารดาฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ด้วยตนเองในการให้นมบุตร ตั้งแต่การอุ้ม ทำนั้ง ทำให้นมบุตร การให้บุตรดูดนมที่ถูกต้อง และให้มารดาประเมินว่าสามารถทำอะไรได้แล้วบ้าง หากยังไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือแนะนำเพิ่มเติม และฝึกปฏิบัติให้อีกครั้ง จนกระทั่งมารดาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

6) การสร้างเสริมความมั่นใจและลงไว้ซึ่งพลังในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยตรวจเยี่ยม และสังเกตการปฏิบัติของมารดา รวมทั้งในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย และสนับสนุนให้สามีหรือญาติ ร่วมกันช่วยเหลือ ปฏิบัติกิจกรรมแทนในบางช่วง เช่น ขณะที่มารดาพักผ่อน รวมทั้งการให้กำลังใจแก่มารดาด้วย

ครั้งที่ 5 (มารดาหลังคลอดวันที่สอง)

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยพบมารดาพูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกาย อาการทั่วไปของมารดาและบุตร จากนั้นเปิดโอกาสให้มารดาพูดคุยและระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะ 1 วันที่ผ่านมา พบว่าส่วนมาก

สามารถเห็นมบุตรได้ถูกต้อง น้ำนมเริ่มไหลดีขึ้น มารดามีอาการปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย สามารถพักผ่อนได้

2) การค้นหาสถานการณ์จริง เพื่อวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ ของมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรในเรื่องของการทำความสะอาดร่างกายทารก เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตา เช็ดสะดือ การเช็ดทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และทวารหนัก ตลอดจนการแต่งตัวให้บุตร จากการสังเกตพฤติกรรมพบว่า มารดายังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติเนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อนบางคนไม่ค่อยกล้าเช็ดสะดือ เพราะกลัวบุตรเจ็บ เป็นต้น

3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา ด้วยการสะท้อนคิด ให้มารดาวางแผนเกี่ยวกับปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร โดยเรียงลำดับความยากง่ายในการปฏิบัติ กิจกรรมที่คิดว่าง่ายให้ปฏิบัติก่อน

4) การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม กรณีที่มารดาสงสัยหรือยังปฏิบัติไม่ได้ มีการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตา เช็ดสะดือ เพื่อให้มารดาสามารถปฏิบัติต่อบ้านได้ถูกต้อง ผู้วิจัยอยู่ใกล้ๆ สาธิตและให้มารดาปฏิบัติตาม หากมารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง กล่าวชมการให้กำลังใจ และคอยอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการฝึกเช็ดตา เช็ดสะดือ เป็นต้น

5) การเสริมพลังด้วยตนเอง ส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง สามารถวางแผนปฏิบัติกิจกรรมได้ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เน้นให้มารดาเห็นความสำคัญต่อบุตรและครอบครัว

6) การสร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรม กล่าวชมเมื่อมารดาสามารถทำได้ถูกต้อง สนับสนุนให้สามีหรือญาติซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของมารดาคอยอำนวยความสะดวกให้ เพื่อให้มารดามีความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้ ด้วยความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและสังเกตพร้อมให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสม

ครั้งที่ 6 (มารดาหลังคลอดวันที่สาม)

ขั้นตอนการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการประเมินแหล่งพลังอำนาจ

1) ผู้วิจัยทบทวนบทบาทหน้าที่ของมารดาอีกครั้งก่อนมารดาและบุตรกลับบ้าน ทั้งในด้านความรู้ วิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร การปฏิบัติตัวของมารดาและให้มารดาซักถามปัญหาและขอแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเมื่อกลับไปบ้าน สามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ถูกต้อง โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วมด้วย

2) ผู้วิจัยขอความร่วมมือมารดาตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบาย เมื่อมารดาสงสัย หรือไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถาม

3) เมื่อมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ พบว่าครบถ้วนทุกข้อ และผลการประเมินแหล่งพลังอำนาจ พบว่ามารดาหลังคลอดทุกคน มีแหล่งพลังอำนาจผ่านเกณฑ์ดีหรือดีมากทุกคน (ตารางที่ 2)

4) หลังจากผู้วิจัยตอบแบบสอบถามแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจเสร็จแล้ว ผู้วิจัยแจ้งขอความร่วมมือมารดาตอบแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยผู้วิจัยได้อธิบายเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ก่อนให้มารดาจำหน่ายกลับบ้าน แล้วนำแบบสอบถามสอดซองปิดแอสแตมป์ไว้เรียบร้อย ให้มารดาตอบกลับส่งทางไปรษณีย์กลับมา โดยมีการจดเบอร์โทรศัพท์ของมารดา เมื่อถึงกำหนดก่อนตอบแบบสอบถาม 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์เตือนอีกครั้งเพื่อป้องกันการลืม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแหล่งพลังอำนาจมารดาหลังคลอด
กลุ่มทดลอง

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. มีความพร้อมด้านร่างกายในการเลี้ยงดูลูก	4.65	.49	ดีมาก
2. มีความสุขสบายด้านร่างกาย	4.40	.75	ดี
3. ร่างกายแข็งแรงพอที่จะเลี้ยงดูได้	4.51	.51	ดีมาก
4. มีความรู้ในการเลี้ยงดูและสามารถเลี้ยงดูที่บ้านได้	4.40	.59	ดี
5. ปฏิบัติหน้าที่แม่ได้	4.70	.47	ดีมาก
6. อดทนเพียงพอที่จะเลี้ยงดูให้ดีได้เหมือนคนอื่น	4.75	.44	ดีมาก
7. สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูได้หากจำเป็น	4.60	.50	ดีมาก
8. ภูมิใจที่ได้เลี้ยงดูลูก	4.75	.44	ดีมาก
9. ตัวเองมีคุณค่าและความสำคัญต่อลูกและครอบครัว	4.70	.47	ดีมาก
10. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างภายหลังคลอด	4.40	.60	ดี
11. การทำหน้าที่แม่ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลียมาก	3.55	1.14	ดี
12. รู้ว่าจะรับประทานอาหารอะไรเพื่อช่วยทำให้มีพลังกำลังในการเลี้ยงดู	4.30	.73	ดี
13. สามารถหาเวลาพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ	4.10	.44	ดี
14. มีความสามารถในการเลี้ยงดู	4.25	.64	ดี
15. มั่นใจในการสังเกตอาการผิดปกติของลูก	4.20	.41	ดี
16. สามารถวางแผนการเลี้ยงดูได้ดี	4.25	.44	ดี
17. ภูมิใจที่สามารถอุ้มลูก ให้นมลูกและอาบน้ำให้ลูกได้	4.70	.47	ดีมาก
18. การเลี้ยงดูเป็นสิ่งที่อยู่ในความคิดเหนือสิ่งอื่นใด	4.55	.51	ดีมาก
19. เชื่อว่าสามารถเลี้ยงดูได้	4.80	.41	ดีมาก
20. เชื่อว่าการเลี้ยงดูเป็นหน้าที่ที่สำคัญของการเป็นแม่	4.95	.22	ดีมาก
รวม	4.48	.32	ดี

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแหล่งพลังอำนาจของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.48$, $SD. = .32$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ การทำหน้าที่แม่ไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลียมาก ($\bar{X} = 3.55$, $SD. = 1.14$) และค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เชื่อว่าการเลี้ยงดูเป็นหน้าที่สำคัญของการเป็นแม่ ($\bar{X} = 4.95$, $SD. = .22$)

นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเกี่ยวกับข้อมูลแหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แห่ง ของ Miller (1992) มีข้อมูลเพิ่มเติม สรุปได้ดังนี้

1. ความเข้มแข็งด้านร่างกายและพลังงาน พบว่ามารดาส่วนมากมักประสบปัญหาในด้านการเลือกรับประทานอาหารทดแทน เช่น เมื่อไม่สามารถดื่มน้ำได้เนื่องจากดื่มาตลอด ในระยะตั้งครรภ์ทำให้รู้สึกเบื่อจึงหยุดดื่ม บางรายลดการดื่มนมลง นอกจากนี้ในด้านการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมารดาบางคนไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา เช่น รับประทานวันละ 2 ครั้ง เหลือรับประทานวันละ 1 ครั้ง หรือบางคนหยุดรับประทานไปเลย มารดาที่รับประทานแล้วมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบายในท้อง ในด้านการนอนหลับพักผ่อนในช่วงใกล้คลอดมักนอนไม่ค่อยหลับ จากการปัสสาวะบ่อยและแน่นอึดอัดในท้อง ส่วนในระยะหลังคลอดมารดาจะรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดแผลฝีเย็บและมดลูก ทำให้รู้สึกไม่ค่อย สุขสบาย กรณีที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลบุตรมารดาจะรู้สึกบรรเทาความเหนื่อยลงได้และหาโอกาสพักผ่อนในช่วงลูกหลับ ส่วนในด้านสรีระทางร่างกายมารดาส่วนมากมีเต้านมปกติสามารถให้นมบุตรได้ พบเพียง 1 รายที่มีอายุ 15 ปี เต้านมเล็กและหัวนมค่อนข้างสั้นทำให้ลูกดูดลำบากในวันแรก

2. ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวกและแรงจูงใจ พบว่ามารดาที่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในการมีบุตร และคิดว่าหน้าที่การเลี้ยงดูลูกเป็นสิ่งสำคัญของแม่ ในเรื่องการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นมักจะพบปัญหาในมารดาวัยรุ่นเป็นส่วนมาก เช่น หน้าท้องลาย เต้านมใหญ่ขึ้น รูปร่างเปลี่ยนไป อ้วนขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

3. ด้านความเข้มแข็งทางจิต และการสนับสนุนทางสังคม มารดาส่วนมากมีความอดทนในการเลี้ยงดูบุตร แต่การเรียนรู้และฝึกทักษะจากเจ้าหน้าที่จะได้รับการสอนเป็นกลุ่มร่วมกับมารดาคนอื่นๆ และไม่ค่อยได้ติดตามประเมินผล ทำให้บางคนไม่ค่อยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลบุตรตลอดจนไม่ทราบแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว นอกจากนี้จากการพูดคุยและสังเกตเกี่ยวกับบุคคลสำคัญในครอบครัว (significant person) ที่คอยให้ความช่วยเหลือคือ สามี ส่วนครอบครัวขยายและมารดาที่อยู่ในระยะวัยรุ่นบุคคลที่มารดาให้ความไว้วางใจและขอความช่วยเหลือตลอดจนการตัดสินใจคือ มารดาของตนเอง นอกจากนี้มารดาที่อยู่ในวัยเรียนยังมีความวิตกกังวลในเรื่องการเรียนต่อหลังจากคลอดบุตรแล้ว

4. ด้านความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา เนื่องจากมารดาครรภ์แรกทำให้มารดาขาดความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรทำให้วิตกกังวลว่าจะให้นมลูกไม่เป็น กลัวการอุ้มลูก กลัวการอาบน้ำให้ลูก ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดกับบุตร เช่น ภาวะตัวเหลือง ไข้ ถ่ายเหลว เป็นต้น

5. ด้านระบบความเชื่อ พบว่าส่วนใหญ่เชื่อว่าตนเองน่าจะเลี้ยงลูกได้หากได้รับการฝึก หรือมีเจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ และเชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีระบบความเชื่ออื่นๆ อีก เช่น พบว่ามารดาตั้งครรภ์ 1 ราย ใช้เข็มกลัดติดที่ชุดคลุม ท้องตลอดเวลา สอบถามทราบว่ามารดาให้ติดเพื่อป้องกันภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับลูกในครรภ์ และตัวมารดาเอง ส่วนความเชื่อทางด้านศาสนานั้นมารดามีการไหว้พระขอให้ลูกที่จะคลอด ออกมามีความปลอดภัย สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ส่วนมารดาที่นับถือศาสนาคริสต์บอกว่าในวัน อาทิตย์ก่อนที่จะครบกำหนดคลอดจะไปโบสถ์เพื่อขอพรจากพระเจ้า เป็นต้น

ระยะประเมินผลการทดลอง

1) เมื่อครบระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์แล้วผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนมารดาในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ตามที่นัดหมายไว้ โดยทบทวนและทำความเข้าใจในการในการตอบ แบบสอบถามการปรับด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดอีกครั้ง จากนั้นให้มารดา ตอบแบบสอบถาม แล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ในซองที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ เนื่องจากภายหลัง คลอดมารดาไปตรวจหลังคลอดตามสถานบริการซึ่งระบุไว้ตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตร ทอง)

2) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่มารดาหลังคลอดตอบกลับมา ซึ่งใน การวิจัยนี้พบว่าข้อมูลมีความสมบูรณ์ร้อยละ 100

การจัดการข้อมูล (Data Management)

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาจัดการดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลดิบที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ความแม่นยำของข้อมูล โดยกระทำทันทีหลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละวันเพื่อติดตาม แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด ผู้วิจัยพบว่ามีการลงข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องทุกฉบับ

2. จำแนกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดย ลงเลขลำดับที่แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

3. ลงรหัสเพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ เช่น กำหนดให้กลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 กลุ่มทดลองเท่ากับ 2 เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของการลง รหัส

4. นำข้อมูลมาลงบันทึก และวิเคราะห์ โดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติ โดย ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t ผลการทดสอบการแจกแจงของประชากรโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (K-S Z 0.94, p >.05

และ K-S Z 1.1, $p > .05$) ส่วนผลการทดสอบโดยใช้ Levene's test พบว่า ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เท่ากันจึงใช้ค่าสถิติทดสอบ t ในส่วนของ Equal Variances Not Assumed

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistic) จำแนกข้อมูลแต่ละข้อตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า

2.1 มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2มารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 20 คนนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	ระดับการปรับตัว	t	p value
กลุ่มทดลอง (n = 20)	87.35	1.50	ดีมาก	-4.86	< .05
กลุ่มควบคุม (n = 20)	79.60	6.97	ดีมาก		

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 87.35 และ 79.60 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคะแนนการปรับตัวของมารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนการปรับตัวของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร โดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที (Independent t –test)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
บทบาทการเป็นมารดา						
การมีสัมพันธภาพกับบุตร						
1. รักลูกไม่ว่าเขาจะเกิดมามีเพศอะไร	4.90	.31	4.70	.66		
2. เมื่อเห็นลูกแล้วเกิดความรู้สึกรักใคร่ ห่วงใยในตัวลูก	5.00	.00	4.85	.67		
3. พุดคุยกับลูกด้วยความรัก	5.00	.00	4.80	.52		
4. อุ้มและหยอกล้อกับลูก	4.95	.22	4.40	.60		
5. รู้สึกว่าลูกอบอุ่นและสุขสบาย เมื่อ สัมผัสหรืออุ้มเขา	4.90	.31	4.50	.83		
6. คิดว่าลูกเข้าใจในสิ่งที่พุดคุยด้วย	4.25	.44	3.40	.75		
7. ไม่อยากจากลูกไปไหนนานๆ โดย ไม่จำเป็น	4.95	.22	4.55	.51		
8. รู้สึกคิดถึงลูกบ่อยๆ ไม่ว่าจะอยู่ที่ ไหนหรือกำลังทำอะไร	4.90	.31	4.45	.60		
คะแนนรวม	38.85	.59	35.65	3.50	-4.03	<.05

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 38.85 และ 35.65 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการมีสัมพันธภาพกับบุตรของมารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าการมีสัมพันธภาพของมารดาที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 1 ที่ว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอด ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร โดยใช้สถิติเปรียบเทียบทดสอบค่าที (Independent t –test)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	P value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร						
1. รู้สึกเป็นสุขในการดูแลให้ลูกกินนมตามความต้องการของลูก	4.90	.31	4.50	.83		
2. คิดว่าได้ดูแลให้ลูกนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	4.80	.41	4.30	.66		
3. ใส่เสื้อผ้าให้ลูกเหมาะสมกับสภาพของอากาศ	4.60	.50	4.20	.62		
4. เต็มใจที่จะทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังการขับถ่ายของลูก	5.00	.00	4.70	.47		
5. อุ้มลูกอย่างทะนุถนอมเพื่อให้ลูกรู้สึกอบอุ่นใจ	4.90	.31	4.65	.49		
6. ไม่พาลูกไปในที่ชุมชนแออัดหรือศูนย์การค้าเพื่อป้องกันลูกติดเชื้อ	4.70	.47	4.10	1.07		
7. สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับลูก เช่น ถ่ายเหลว เป็น ไข้ ท้องอืด	4.85	.37	4.20	.83		
8. ดูแลเอาใจใส่เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับลูก เช่น ไม่ให้มดหรือยุงกัดลูก เป็นต้น	4.90	.31	4.45	.69		
9. เมื่อลูกร้องไห้แม่อุ้มและปลอบโยนลูกและค้นหาสาเหตุว่าลูกหิวหรือเปียกหรือไม่สบาย	5.00	.00	4.70	.47		
10. มั่นใจว่าสามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้อย่างเหมาะสม	4.85	.37	4.15	.67		
คะแนนรวม	48.50	1.32	43.95	4.27	-4.55	<.05

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 48.50 และ 43.95 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งการอภิปรายผลนำเสนอในบทต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง (Nonequivalent control group only posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในมารดาที่มาฝากครรภ์ คลอด และได้รับการดูแลหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือมารดาครรภ์แรกจำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenient Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลองโดยจัดให้สองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุและระดับการศึกษา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าตัวแปรทั้งสองมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด พบว่ามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 60) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 85.0)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้าง พลังอำนาจของมารดาในระยะหลังคลอด ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร จำนวน 3 ชุด ภาพพลิกประกอบด้วย รูปภาพและข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอน คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เล่ม สำหรับแม่ 1 เล่ม สำหรับลูก 1 เล่ม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของคาร์ณี จามจรี (2545) โดยใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) และแนวคิดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของ Jensen และ Bobak (1985)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของ พนิดา วารานนท์ (2541) ซึ่งสร้างโดยใช้แนวคิดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดของ Jensen และ Bobak (1985) ด้าน

การมีสัมพันธภาพกับบุตรและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร จำนวน 18 ข้อที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

ส่วนเครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ 7 แหล่งของ Miller (1992) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินแหล่งพลังอำนาจ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อึดทนโทษหนักเชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ความเชื่อ จำนวน 20 ข้อได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง สำหรับขั้นตอนการดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเริ่มโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ในแต่ละครั้ง มีการสร้างเสริมพลังอำนาจ 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) การค้นหาสถานการณ์จริง เพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจ 3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา 4) การสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจ 5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง และ 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ครั้งที่ 6 เป็นขั้นตอนการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการประเมินแหล่งพลังอำนาจก่อนกลับบ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์

สรุปผลการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตรดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับต่ำกว่า .05

2. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับต่ำกว่า .05

3. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับต่ำกว่า .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ผลการทดลองพบว่าการปรับตัวของมารดาในแต่ละด้าน คือ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุตร การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในภาพรวม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรม 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด รวมทั้งบุคคลในครอบครัวของมารดาในกลุ่มตัวอย่างด้วยทำให้มารดามีความไว้วางใจเป็นอย่างดี และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 2) การค้นหาสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สามารถวินิจฉัยพลังอำนาจทำให้ทราบตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์แล้วว่ามารดามีการสูญเสียพลังอำนาจในส่วนไหน เช่น การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างและสะสมพลังงาน การขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร จากครรภ์แรกเนื่องจากขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน 3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา โดยสะท้อนความคิดและสร้างความเข้าใจ ช่วยให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาในการปรับตัวของตนเอง ร่วมกันคิดและแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัยและวางแผนในการแก้ปัญหาพร้อมโดยให้มารดาเป็นผู้ตัดสินใจ 4) การสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจ มารดาสามารถบอกถึงการขอข้อมูลความรู้เพิ่มเติม ตลอดจนการฝึกทักษะต่างๆ เช่น การขอความช่วยเหลือในการดูแลตนเองของลูกที่ถูกต้อง 5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง เมื่อถึงขั้นตอนนี้แล้วมารดาฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำเพิ่มเติม จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มทดลอง สามารถปฏิบัติได้เร็วกว่ามารดาคนอื่น ๆ ทั้งนี้จากได้มีการเตรียมความรู้และ ฝึกทักษะมาบ้างแล้วตั้งแต่ตั้งในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มารดายอมรับ จึงทำให้การฝึกปฏิบัติเป็นไปด้วยความราบรื่น 6) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจ โดยกระตุ้นและให้กำลังใจแก่มารดา เช่น มารดาบางคนไม่กล้าเช็ดสะดือเพราะกลัวลูกเจ็บ แต่เมื่อผู้วิจัยแนะนำให้มารดาเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้ มารดาก็สามารถปฏิบัติได้ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจตนเอง มั่นใจในศักยภาพที่มีอยู่ว่าสามารถจะนำไปปฏิบัติที่บ้านได้

จากขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้มารดาเข้าใจปัญหาของตนเอง ตระหนักว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านการปรับตัว ส่งเสริมให้มารดาเกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น รู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อ

ลูกและครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถมองเห็นปัญหาและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัว โดยตระหนักว่าบุคคลและครอบครัวมีสิทธิ์ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งการช่วยให้บุคคลได้มีทักษะในการดูแลตนเอง นำไปสู่การมีพลังอำนาจให้กับตนเองได้เป็นอย่างดี (Pender, 1987: 99-100) จะเห็นได้ว่าในบทบาทนี้พยาบาลต้องเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ กระตุ้นและส่งเสริมให้มารดามีการเพิ่มพลังอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ด้วยการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง การตัดสินใจและการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาด้วยตนเอง ตลอดจนสร้างความเข้าใจและเรียนรู้ในบริบทต่างๆด้วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การศึกษาของ จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ที่พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (2542) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) พบว่าผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สามารถผสมผสานเข้าไปในการให้การพยาบาลในแต่ละวันได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีขั้นตอนสอดคล้องกับการปฏิบัติพยาบาลคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย และวางแผน (ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสถานการณ์จริง) การปฏิบัติการพยาบาล (ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังในการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างแหล่งอำนาจ การสนับสนุนข้อมูล ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 6 การสร้างความมั่นใจ) และการประเมินผลซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายด้วยการกระตุ้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการประเมินแหล่งพลังอำนาจ จากขั้นตอนดังกล่าวผู้วิจัยพบว่าจากการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร รวมทั้งการบอกกล่าวถึงสถานการณ์จริงที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดทำให้มารดาส่วนมากมีทัศนคติที่ดี มีความคิด และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด ยกเว้นวัยรุ่นบางคนที่ยอมรับว่ารู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไป เช่น เต้านมใหญ่ขึ้น หน้าท้องลายจากการตั้งครรภ์

แต่ก็สามารถยอมรับได้เนื่องจากได้ทราบล่วงหน้าแล้วจากการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีอึดมโนทัศน์เชิงบวก

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าแหล่งพลังอำนาจของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระยะหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร มณีแสง (2541) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ด้วยปัญญา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น ส่วน ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ศึกษาพบว่าการศึกษาการสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต การสนับสนุนทางสังคมและความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอด เช่นเดียวกับ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ศึกษาพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มสมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิต การสนับสนุนทางสังคม อึดมโนทัศน์เชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา และจากการศึกษาของ นุชนาถ สะกะมะณี (2541) สุณิศา ชูแสง (2546) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ และการรับรู้ด้วยปัญญา ช่วยให้มารดามีการดำรงบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้มารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาทั้งในด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุตร และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร ได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ได้ 32 – 34 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญด้วยการเน้นการประเมินแหล่งพลังอำนาจของมารดาเอง เพื่อวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจว่ายังขาดหรือพร่องในด้านใดบ้าง หลังจากนั้นมีการร่วมกันวางแผนและร่วมกันตัดสินใจระหว่างมารดาและ ครอบครัวร่วมกับผู้วิจัย ทำให้มารดาเกิดการยอมรับ เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของมารดา และมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้ศึกษาหลังคลอด

ส่วนมารดาซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติแม้ว่าจะแนะนำรวมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่เมื่อแปลผลค่าคะแนนแล้วปรากฏว่าอยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกัน เนื่องจากมารดาได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดโดยการสอนให้ความรู้ แต่การปฏิบัติกรพยาบาลนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือให้ผู้รับบริการซึ่งหมายถึงมารดาและทารกมีสุขภาพดี การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด สามารถทำให้มารดาสามารถปรับตัวได้ดี นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่า การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาหลังคลอดครั้งแรกทำให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร จากการได้รับการเสริมสร้างศักยภาพมารดาในด้านต่างๆ ทำให้มารดาในระยะคลอดมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

เสนอโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อให้การสนับสนุนและเผยแพร่ในการปฏิบัติการพยาบาล แก่บุคลากรที่รับผิดชอบในการดูแลมารดาครั้งแรก อาจเป็นในลักษณะของการสอดแทรกหรือแทนที่ของเดิมที่มีอยู่แล้ว

ด้านการศึกษา

ควรจัดให้นักศึกษาเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาหลังคลอด เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงบทบาทอิสระของพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการเตรียมมารดาหลังคลอด มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของมารดา

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาวัยรุ่น เนื่องจากการสังเกตและสอบถามเจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์พบว่าปัจจุบันมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาโดยมุ่งเน้นแต่ละกิจกรรม เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในมารดาหลังคลอด เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพลังอำนาจในมารดากลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2532). การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. ใน เอกสารการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 2 เรื่องการพยาบาล: ความก้าวหน้าในการศึกษา การวิจัยและการปฏิบัติ. (หน้า 89-105). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุข. (2531). การพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุวรรณ จินดามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2539). การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 8 (1-3): 10-16.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล สัมพันธภาพในชีวิตสมรสกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมนาด พจนามาตร. (2532). การบริการอนามัยครอบครัว: การดูแลทารก. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดารณี จามจรี. (2544). การศึกษาพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย. เอกสารประกอบวิทยานิพนธ์ดุสิต บัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดารณี จามจรี. (2545). พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารกองการพยาบาล 29 (2): 55 – 63
- ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- คารณี จามจรี, ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต, จินตนา ยูนิพันธุ์ และมนัส บุญประกอบ. (2545). การพัฒนา
รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. วารสารกองการ
พยาบาล 29 (3): 22 - 36.
- คารณี สายะวัน. (2538). การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา. เอกสารการสอนวิชาการพยาบาลเด็กและ
วัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาราวรรณ กำแพงไส. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับ
การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีครรภ์เสี่ยง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิษยา กมลสุนทร. (2536). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการ
ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับ
ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย์ ทศนิยม. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. วารสารคณะพยาบาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น 25 (2-3): 103-113.
- นุชนาถ สะกะมะณี. (2541). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อ
ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บั้งอร ต้อยตั้ง. (2543). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในมารดาที่
คลอดทารกน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่
และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธการพิมพ์.
- ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2544). การพยาบาลระยะหลังคลอด. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อ
บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา วารานนท์. (2541). การสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของ
มารดาในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่
และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่าง
คู่สมรส และสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาท
เป็นมารดาที่ อารมณ์วิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2531). การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2537). การพยาบาลครอบครัววิกฤต: การตั้งครรภ์วัยรุ่น. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑา จงกล่อม. (2537). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลัง
คลอดที่มีบุตรอยู่โดยเร็วหลังคลอดที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวมพร คงกำเนิด. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านสุขภาพ. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: วีจี พรินติ้ง.
- วรางคณา ชัชเวช. (2546). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการ
ควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนีย์ วาสิกะสิน. (2526). ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2545). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. ศรีศิลป์การพิมพ์: ชลบุรี.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2546). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. ศรีศิลป์การพิมพ์: ชลบุรี.
- รวมพร คงกำเนิด. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านสุขภาพ. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ศุภาวี เผือกเทศ. (2541). การปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา: บทบาทพยาบาล.
วารสารพยาบาลกองทัพบก 16 (1): 16-20.
- ศรีโสภณ แท่งทองคำ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการ
เป็นมารดาในมารดาที่บุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร มณีแสง. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมการรับรู้เกี่ยวกับ
ประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุพัตรา สุภาพ. (2538). สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวิมล ศิริกานันท์. (2546). การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์บทบาททางเพศกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภิต สุวรรณเวลา. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- อรพรรณ ลีอนุชวีชัย. (2541). การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 12 (มกราคม – ธันวาคม): 86 – 95.
- อวยพร ตันมุขยกุล. (2535). บทบาทการพยาบาลในการพัฒนาสุขภาพสตรี: มิติที่ถูกมองข้าม. วารสารพยาบาล 41 (3): 237-346.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา ฤทธิ์ประเสริฐ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2528). **เปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การปรับตัวต่อการเป็นมารดาภายหลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าของมารดาภายหลังคลอดระหว่างมารดาที่มีบุตรคนแรกปกติกับมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Abriola, D. V. (1990). Mother's perception of a postpartum support group. **MCN** 19(2): 113-134

Andrew, H. A., and Roy, S. C. (1991). **The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement.** Norwalk: Appleton & Lange Company.

Bell, J. M. (1979). Stressful Life Events and Coping Method in Mental Illness and Wellness Behavior. **Nursing Research** 26 (May-June): 136.

Berger, B. A., Anderson-Harper, H. M. and Kavookjian, J. (2000). Patient Empowerment. [Online]. Available from: <http://pharmacy.auburn.edu/pes/download/empowerment.html>.

Bobak, I. M., and Jensen, M. D. (1987). **Essentials of maternity nursing: The nurse and the childbearing family.** 2 nd ed. St. Louis: Mosby.

Bobak, I. M. and Jensen, M. D. (1991). **Essentials of maternity nursing.** 3 rd ed. Saint Louis: Mosby Year Book.

Bull, M. (1981). Changing in concern of first time mother after one week home. **JOGNN** 10: 391 – 394.

Cropley, C. (1979). Assessment of mothering behaviors. In S. H. Johnson. (Ed.). **High-risk parenting: nursing assessment and strategies the family at risk.** pp. 14-15. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Cunningham, F. G., et al. (1997). **William obstetrics.** 20 th ed. Englewood Cliffs, NJ. Prentice – Hall International.

Davis, L. (1992). Instrument review : Getting the most from your panel and experts. **Applied Nursing Research** 5: 104-107.

Dixon, E. (1998). **Chapter 14. Change Agent In Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness.** 2 nd ed. Edited by Miller, J. F. pp. 327 – 342. Philadelphia: F. A. Davis.

Dizen, M. A. B. (1984). Secure attachment, anxious attachment. **Journal of Psychological Nursing** (March): 27-30.

Fawcett, J. (1981). Need of Cesarean Section birth Parent. **JOGNN** 10 (September – October): 373 – 375.

- Field, T., et al. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions., **Development Psychology** 21: 1152 – 1156.
- Funnell, M. M., et al. (1991). Empowerment: An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education, **The Diabetes Education** 17 (1): 37 – 41.
- Gaffney, K. F. (1986). Maternal – fetal attachment in relation to self – concept and anxiety. **Maternal Child Nursing Journal** 15 (summer): 91-101.
- Gennaro, S. et al. (1990). Anxiety and depression in mothers of low birth weight and very low birth weight infants:Birth through 5 month. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing** 13: 97-109.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** 16: 354 – 361.
- Gibson, C. H. (1995). The Process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing** 21(6): 1201 – 1210.
- Gotlib, I. H., et al. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. **Journal of Abnormal Psychology** 100: 122 – 132.
- Grace, J. T. (1993). Mothers' self reports of parenthood across the first months postpartum. **Research in Nursing & Health** 16: 431-439.
- Griffin, K. F. and Verzemnieks, I. 1991. Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. **Issues In Comprehensive Pediatric Nursing**, 14: 121-138.
- Gross, D., Rocissano, L., and Rocoli, M. (1989). Maternal confidence during toddler hood: Comparing preterm and full term groups. **Research in Nursing and health** 12 : 1-9.
- Hawkes, J. H. (1992). Empowerment in nursing education:concept analysisand application to philosophy , learning and instruction . **Journal of Advance Nursing**. 21(1):72-82.
- Hummel, F. (1998). **Chapter 6. Advocacy. In Chronic illness : impact and interventions.** 4 th ed Edited by Lubkin, M. I. and Larson, D. P. p. 363 – 382. Massachusetts: Jones and Barlett Pub.
- Hurlock, E. B. (1980). **Development Psychology: Alive Span Approach.** 5 th ed. New Delhi:Teta McGrow – Hill.
- Jirapaet, V. (2000). Effects of on Empowerment Program on Coping, Quality of Life, and the Maternal Role Adaptation of Thai HIV-Infected Mothers. **JANAC** 11 (4): 34 – 44.
- Jensen, M. D. and Bobak, M. I. (1985). **Maternity and gynecological care: The nurse and the Family.** 3 rd ed. St. Louis: Mosby.

- Jensen, M. D., and Bobak M. T. (1993). **Maternity and gynecological care: The nurse and the Family**. 5 th ed. St. Louis: Mosby.
- Kaplan, A. G., and Sedney, W. A. (1980). **Psychology and Sex-Roles: an Androgynous perspective**. Boston: Little Brown and Company.
- Klaus, M. H., and Kennell, J. H. (1982). **Parenting – Infant Bonding**. Philadelphia: The C. V. Mosby Year Book.
- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 25: 257-262.
- Kumar, R., and Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. **British Journal of Psychiatry** 144: 35-47.
- Lederman, R. P., et al., (1981). Postpartum Self – Evaluation questionnaire: Measures of Maternal Adaptation. In R. Lederman, B. Raff and P. Carrollet (Eds) **Perinatal parental behavior: nurse Research and implications for Newborn Health**. New York: Alan Liss.
- Lederman, R. P. (1984). **Psychosocial adaptation in pregnancy**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Lemmer, C. (1986). Early discharge: Out comes of primipara and their infants **JOGNN** 8: 230-236.
- Lipetzetale, M., Bussigel, M., Bannerman, J., and Risley, B. 1990. What is wrong patient education program? **Nursing Outlook** 38: 184-189.
- Mackintosh, N. (1995). Self – empowerment in Health Promotion: A Realistic Target ? **British Journal of Nursing** 4 (21): 1273 – 1278.
- Martin, L. L., Mastroianni, L. J., and Reeder, S. S. (1980). **Maternity Nursing**. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- May, K. A. and Mahimeister, L. R. (1994). **Maternal and neonatal nursing: Familycentered care**. 3 nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- McGregor, L. A. (1996). Short, Shorter, Shortest, Continuing to improve the hospital stay for others and newborns. **MCN** 21 (July-August): 191-196.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on maternal role. **Nursing Research** 30: 73-77.
- Mercer, R. T. (1985). The Process of maternal role attainment over the first year. **Nursing Research** 34(4): 198-204.

- Mercer, R. T. (1986). Predictor of maternal role attainment at one year post-birth. **Western Journal of Nursing Research** 8 (1): 9-32.
- Mercer, R. T., and Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. **Nursing Research** 43(1): 38-43.
- Miller, J. F. (1992). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness**. 2 nd ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, J. F. (2000). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness**. 3 rd ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Moore, M. L. (1983). **Realities in childbearing**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nesson, J. D., and May, K. A. (1986). **Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and the Childbearing Family**. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Nussbaum, H. (1981). **Parenting in Maternity Care: A Guide for Patient Education**. New York: Appleton Century Croffs.
- O' Callaghan, M. J., and Hull, D. (1978). **Failure of thrive or failure to rear? Archives of Disease in Childhood** 53: 788 – 793.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. Sixth edition. St. Louis. Missouri: A Harcourt Health Sciences.
- Pender, N. J. (1987). **Health promotion in nursing practices**. 2 nd ed. Norwalk: C. T. Appleton and Lange.
- Pilliteri, A. (1983). **Maternal-Newborn nursing**. Boston: Little,Brown & Company.
- Pilliteri, A. (1995). **Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childbearing family**. 2 nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Pilliteri, A. (1999). **Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childbearing family**. 3 nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2004). **Nursing research principles and methods**. 7 nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking.
- Ragozin, A.,et al. (1982). Effects of maternal age parenting role. **Development Psychology**. 18: 627 – 634.
- Reeder, S. J., Mastroianni, L., and Martin, L. L. (1983). **Maternity Nursing:family newborn awomen's helth care**. 16 nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Reeder, S. J., and Martin, L. L. (1987). **Maternity Nursing**. 16 nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Rodwell, C. M. (1996). An analysis Concept of Empowerment. **Journal of Advanced Nursing** 23(2): 305-313.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role part I processes. **Nursing Research** 16 (Summer): 237-245.
- Rutledge, D. L., and Pridham, K. F. (1987). Postpartum mothers' perceptions of competence for infant care. **JOGNN** 16: 185 – 194.
- Sheehan, F. (1981). Assessing Postpartum Adjustment. **JOGNN** (January – February): 16- 39.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M.A.,and Weingarten, C. T. (1995). **Nursing care of the child bearing Family**. 2 nd ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- Stapleton, S. (1992). Chapter 12. **Decreasing Powerlessness in The Chronically Ill: A Prototypical Plan**. In *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. 2 nd ed. Edited by Miller, J. F. p. 305 – 322. Philadelphia: F. A. Davis.
- Stapleton, S. (1997). Chapter 7. **Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease**. In *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. 2 nd ed. Edit by Miller, J. F. Philadelphia: F. A. Davis.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., and Cooper, P. J. (1991). The relationship between post natal depression and mother – child interaction. **British Journal of Psychiatry** 158: 46-52.
- Suk Bling, M. S. (1998). **A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Role of Self-help Group in The Empowering Process**. Dissertation: Ph.D. (Nursing). Hong Kong: Graduate school The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Young, R. K. (1986). **Primiparas' attitudes toward mothering**. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 9: 259 – 272.
- Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence mother-infant behaviors in premature infants. **Research in Nursing & Health** 14: 279-286.
- Ziegel, E. E. and Cranley, M. S. (1984). **Obstetric nursing**. 8 th ed. New York: MacMillan.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and illustrations. **American Journal of community Psychology** 23 (5): 581 – 599.
- Zussman, J. U. (1980). Situation Determinants of Parental Behavior: Effect of Competing Cognitive Activity. **Child Development** 51 (5): 792 – 800.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

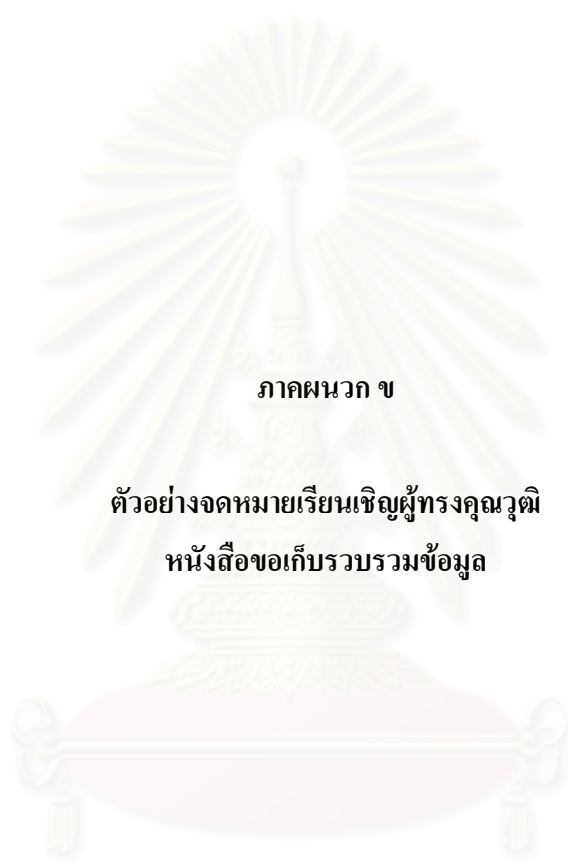
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ ดร. งามนิตย์ รัตนานุกูล | อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี |
| 2. อาจารย์ ดร. สัจจา ทาโต | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
สาขาการพยาบาลมารดาและทารก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ดร. ดนุลา จามจุรี | นักวิชาการพยาบาล สำนักการพยาบาล
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. อาจารย์ปราชญาวดี ขมานันตกุล | อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี |
| 5. นางสุดาพร ลิ้มสุวรรณ | หัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางดวงตา ภัทโรพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด” โดยมี อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภการีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. งามนิตย์ รัตนานุกูล พยาบาลวิชาชีพ 8 (วช.)
2. อาจารย์ ปราชญาวดี ยมานันตกุล พยาบาลวิชาชีพ 7 (วช.)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. งามนิตย์ รัตนานุกูล และอาจารย์ ปราชญาวดี ยมานันตกุล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภการีย์ โทร. 02-218-9818

ชื่อนิสิต นางดวงตา ภัทโรพงษ์ โทร. 0-1370-2549

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สัจจา ทาโต

เนื่องด้วย นางดวงตา ภัทโรพงค์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด” โดยมี อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 02-218-9818

ชื่อนิสิต นางดวงตา ภัทโรพงค์ โทร. 0-1370-2549

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์

เนื่องด้วย นางดวงตา ภัทโรพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด” โดยมี อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ดารณี จามจรี นักวิชาการพยาบาล 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ดารณี จามจรี (ดร. ดนุลา จามจรี)

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 02-218-9818

ชื่อนิสิต

นางดวงตา ภัทโรพงษ์ โทร. 0-1370-2549

ที่ ศษ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางดวงตา ภัทโรพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด” โดยมี อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุดาพร ลิ้มสุวรรณ หัวหน้างานหอผู้ป่วย สูติ - นรีเวชกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสุดาพร ลิ้มสุวรรณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 02-218-9818

ชื่อนิสิต

นางดวงตา ภัทโรพงษ์ โทร. 0-1370-2549

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางดวงตา ภัทโรพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด” โดยมี อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 40 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ แผนกฝากครรภ์ และหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจมารดาหลังคลอด แบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางดวงตา ภัทโรพงษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 02-218-9818

ชื่อนิสิต

นางดวงตา ภัทโรพงษ์ โทร. 0-1370-2549



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการเตรียมสร้างพลังอำนาจ
เพื่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
ของมารดาในระชนกตึงตลอด



(สำหรับแม่)

สถาบันวิทยบริการ
จัดทำโดย
นางดวงตา ภักโรพงค์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.ชมพูนุช โสภจรรย์

คู่มือการเตรียมสร้างพดิ่งอำนาจ
เพื่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
ของมารดาในระชนพดิ่งตลอด



(สำหรับลูก)

สถาบันวิทยบริการ
จัดทำโดย
นางดวงตา ภัทโรพงศ์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัลฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.ชนพูนุช โสภจรรย์



คำนำ

ในระยะหลังคลอด มารดาต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของมารดา ในการปฏิบัติกิจกรรมเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่มารดาจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนได้รับการสนับสนุน ในด้านความรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้มารดามั่นใจในศักยภาพของตนเองว่ามีความสามารถในการปรับตัวในระยะหลังคลอดได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอด(สำหรับลูก)” ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ใช้เป็นแนวทางในการทบทวนฝึกปฏิบัติให้แก่มารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด มีความพร้อมต่อการปรับตัวในระยะหลังคลอดได้

ดวงตา ภัทโรพงค์

ธันวาคม 2548

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญ

	หน้า
ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ	1
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด	1
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร	3
การให้อาหาร	3
ร่างกายทารกและการทำความสะอาดร่างกาย	15
การมีสัมพันธภาพกับบุตร	31
ปฏิกิริยาโต้ตอบและความสามารถของทารกแรกเกิด	33
พฤติกรรมของทารกแรกเกิด	36

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง
ภาพพลิก



เลขที่แบบประเมิน.....

 กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ชื่อ – นามสกุล
2. อายุ ปี
3. เลขประจำตัวผู้ป่วย
4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่.....
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่.....	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวช./ปวส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> งานบ้าน / ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้ของครอบครัว (.....บาท/เดือน)

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ
7. ลักษณะครอบครัว

<input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว(อยู่กับสามี)	<input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย(อยู่กับสามี / พ่อ/ แม่/ ญาติ)
--	---
8. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

<input type="checkbox"/> เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> จ่ายเอง
<input type="checkbox"/> บัตร 30 บาท	<input type="checkbox"/> สังคมสงเคราะห์
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	

สำหรับผู้วิจัย

อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์

น้ำหนักบุตร.....กรัม

จำนวนวันที่อยู่ ร.พ. แม่.....วัน

ถูก.....วัน

อาการเมื่อกลับบ้าน

แม่.....

ลูก.....

แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการตอบดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ร่างกายของฉันมีความพร้อมในการเลี้ยงดูลูก					
2. ร่างกายของฉันไม่ค่อยสุขสบาย					
3. ฉันแข็งแรงพอที่จะเลี้ยงลูกได้ด้วยตนเอง					
4. ฉันมั่นใจว่าฉันมีความรู้ในการเลี้ยงลูกและสามารถเลี้ยงลูกที่บ้านได้					
5. ฉันมั่นใจว่าจะปฏิบัติหน้าที่แม่ได้					
6. ฉันมั่นใจว่ามีความอดทนเพียงพอที่จะเลี้ยงลูกให้ดีได้เหมือนคนอื่น					
7. ฉันสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกได้หากจำเป็น					
8. ฉันภูมิใจที่ได้เลี้ยงดูลูก					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าและความสำคัญต่อลูกและครอบครัว					
10. ฉันยอมรับการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างของฉันภายหลังคลอด					
11. การทำหน้าที่แม่ทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลียมาก					
12. ฉันรู้ว่าจะรับประทานอาหารอะไรเพื่อช่วยทำให้ฉันมีพลังกำลังในการเลี้ยงลูก					
13. ฉันสามารถหาเวลาพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ					
14. ฉันมีความสามารถในการเลี้ยงลูก					
15. ฉันรู้สึกมั่นใจในการสังเกตอาการผิดปกติของลูกได้					
16. ฉันสามารถวางแผนการเลี้ยงลูกได้ดี					
17. ฉันรู้สึกภูมิใจที่ฉันสามารถอุ้มลูก ให้นมลูก และอาบน้ำให้ลูกได้					
18. การเลี้ยงลูกเป็นสิ่งที่อยู่ในความคิดของฉันเหนือสิ่งอื่นใด					
19. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเลี้ยงลูกได้					
20. ฉันเชื่อว่าการเลี้ยงลูกเป็นหน้าที่ที่สำคัญของการเป็นแม่					

แบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงการกระทำหรือความรู้สึกของท่านในระยะหลังคลอด ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แต่ละข้ออย่างรอบคอบและกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบสอบถามขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของผู้ตอบเลย
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
เป็นความจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของผู้ตอบเพียงบางส่วนหรือเพียง 50%
เป็นความจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำหรือความรู้สึกของผู้ตอบเกือบหมดหรือทั้งหมด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงมากที่สุด
1. ฉันคิดว่าลูกของฉันน่ารัก				✓	

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงมากที่สุด
บทบาทการเป็นมารดา					
การมีสัมพันธภาพกับบุตร					
1. ฉันรักลูกของฉันไม่ว่าเขาจะเกิดมามีเพศอะไร					
2. เมื่อนั้นเห็นลูกฉันเกิด ความรู้สึกรักใคร่ ห่วงใยในตัวลูก					
3. ฉันพูดคุยกับลูกด้วยความรัก					
4. ฉันอุ้มและหยอกล้อกับลูก					
5. ฉันรู้สึกที่ลูกอบอุ่นและสุขสบาย เมื่อฉันสัมผัสหรืออุ้มเขา					
6. ฉันคิดว่าลูกเข้าใจในสิ่งที่ฉันพูดคุยด้วย					
7. ฉันไม่อยากจากลูกไปไหนนานๆ โดย ไม่จำเป็น					
8. ฉันรู้สึกคิดถึงลูกบ่อยๆ ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนหรือกำลังทำอะไร					
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร					
9. ฉันรู้สึกเป็นสุขในการดูแลให้ลูกกินนมตามความต้องการของลูก					
10. ฉันคิดว่าฉันดูแลให้ลูกนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
11. ฉันใส่เสื้อผ้าให้ลูกเหมาะสมกับสภาพของอากาศ					

ข้อความ	ไม่เป็นความจริงเลย	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงมากที่สุด
12. ฉันเต็มใจที่จะทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังการขับถ่ายของลูก					
13. ฉันอุ้มลูกอย่างทะนุถนอมเพื่อให้ลูกรู้สึกอบอุ่นใจ					
14. ฉันไม่พาลูกไปในที่ชุมชนแออัดหรือศูนย์การค้าเพื่อป้องกันลูกติดเชื้อ					
15. ฉันสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับลูก เช่น ถ่ายเหลวเป็นไข ท้องอืด					
16. ฉันดูแลเอาใจใส่เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับลูก เช่น ไม่ให้มดหรือยุงกัดลูก เป็นต้น					
17. เมื่อลูกร้องไห้ฉันอุ้มและป้อนโยนลูกและค้นหาสาเหตุว่าลูกหิวหรือเปียกหรือไม่สบาย					
18. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้อย่างเหมาะสม					

แผนการสอนชุดที่ 1

แผนการสอนเรื่อง	การรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด
ผู้สอน	นางดวงตา กัทโรพงค์
ผู้เรียน	มารดาครรภ์แรก จำนวน 2-3 คน
กำหนดการสอน	สอนเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์
วิธีสอน	บรรยาย เวลาในการสอน 30 นาที
สถานที่	แผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วัตถุประสงค์	หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดสามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายถึงอาหารที่ควรรับประทานอาหาร และงดรับประทานได้ 2. เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง
เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย	ชนิดและปริมาณของอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>บทนำ</p> <p>ในระยะตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น เพื่อการเจริญเติบโตของทารกและอวัยวะต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ขยายขนาดมากขึ้น ร่างกายจะมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอจะมีอัตราส่วนของสารอาหารถูกต้องและครบถ้วน จะช่วยให้สุขภาพของมารดาสมบูรณ์และแข็งแรงเต็มที่ อันจะทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเจริญเติบโตได้สมบูรณ์และแข็งแรงเต็มที่ หากมีการขาดอาหารในระยะนี้จะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ทั้งในด้านการเจริญเติบโตและการขาดอาหารในทุกกระยะของการตั้งครรภ์ มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ รวมทั้งความสามารถทางด้านสติปัญญาต่ำกว่าปกติอีกด้วย ซึ่งโดยทั่วไปน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์มากกว่าปกติ</p>	<p>กล่าวนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยการกล่าวถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารในระยะตั้งครรภ์</p>	<p>-คู่มือ เรื่องการรับประทานอาหารในระยะตั้งครรภ์ -ภาพพลิก (ข้อความการรับประทานอาหารในระยะตั้งครรภ์)</p>	

แผนการสอนชุดที่ 2

แผนการสอนเรื่อง	การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด
ผู้สอน	นางดวงตา ภัทโรพงษ์
ผู้เรียน	มารดาครรภ์แรก จำนวน 2-3 คน
กำหนดการสอน	อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์
วิธีสอน	บรรยาย เวลาในการสอน 45 นาที
สถานที่	แผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดสามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ถูกต้อง 2. ปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ถูกต้อง
เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัว 2. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอดและการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>หญิงครรภ์แรก สามารถบอกการ เปลี่ยนแปลงด้าน ร่างกาย</p>	<p>บทนำ</p> <p>แม้ว่าการตั้งครรภ์จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ก่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะตั้งครรภ์ผู้หญิงจะมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายที่สุด อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา บางครั้งแปรเปลี่ยนจนน่าตกใจ อาจจะมีเศร้า เครียด วิตกกังวลได้ง่าย ทั้งนี้เพราะฮอร์โมนในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หากมารดามีความรู้ได้มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกวิธี จะทำให้มารดาสามารถปรับตัวปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของมารดาได้</p> <p>การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน</p> <p>ขณะที่ตั้งครรภ์ ฮอร์โมนในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปมาก นี่เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งทำให้คุณแม่กลายเป็นคนอารมณ์รุนแรงเรื่องเล็กกลายเป็นเรื่องใหญ่ได้ คุณแม่บางคนอาจไม่มีความมั่นใจในตัวเองเลยหรือหนัก ๆ เข้า อะไรนิดอะไรน้อยก็ร้องไห้กลายเป็นคนเจ้าน้ำตา ไปเลยก็มี เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนนี่เองที่สร้างขึ้นระหว่างตั้งครรภ์</p>	<p>ผู้สอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์ - ถามคำถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาพพลิก(ข้อความการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน) 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความสนใจการตอบข้อซักถามการแสดงความคิดเห็น - หญิงตั้งครรภ์บอกการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนได้

แผนการสอนชุดที่ 3

แผนการสอน	เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร
ผู้สอน	นางดวงตา ภัทโรพงษ์
ผู้เรียน	มารดาครรภ์แรก จำนวน 2-3 คน
กำหนดการสอน	สอนเมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ และหลังคลอดวันที่ 1
วิธีสอน	บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เวลาในการสอน 60 นาที
สถานที่	แผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เมื่อสิ้นสุดการสอนมารดาสามารถ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตร 2. ปฏิบัติกิจกรรมการให้นม อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายบุตร การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรได้ถูกต้อง
เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2. การอาบน้ำและการทำความสะอาดร่างกายบุตร 3. การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>บทนำ</p> <p>การตั้งครุฑและการให้กำเนิดทารกเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้หญิงที่ต้องรับบทบาทใหม่เพิ่มขึ้น คือบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญมากที่สุดบทบาทหนึ่งในสังคม ภายหลังการคลอดสิ้นสุดลง นอกเหนือการปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม แล้วยังเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาครรภ์แรก เนื่องจากขาดแบบอย่างและประสบการณ์การเป็นมารดามาก่อน ในการเป็นมารดาจำเป็นอย่างยิ่งที่หญิงหลังคลอดต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุตรและมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลบุตร ดังนี้</p>	<p>ผู้สอน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล่าวนำเข้าสู่เนื้อหา การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลัง <p>ผู้เรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฟังบรรยาย 		



ภาคผนวก ง

ใบยินยอมและข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ผลการพิจารณารายชธรรมากรวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)
 ผู้วิจัย

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)
 พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย	ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัว ด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด
ชื่อผู้วิจัย	นางดวงตา ภัทโรพงษ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077-272231 ต่อ 2327 , 2328
โทรศัพท์เคลื่อนที่	01-3702549

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการปรับตัวด้าน
บทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด

2. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับมารดาครรภ์แรก
เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงมารดาครรภ์แรกจะถูกถอดออกเป็นรหัส
ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ จะไม่มีชื่อของมารดาครรภ์แรกผู้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยในครั้งนี้จะ
ส่งกลุ่มตัวอย่างมารดาครรภ์แรกออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการหยิบฉลากอย่างง่าย

3.1 กลุ่มที่ 1 มารดาครรภ์แรกจำนวน 20 คนจะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาล
วิชาชีพและพยาบาลเทคนิคประจำหน่วยฝากครรภ์ ขณะตั้งครรภ์จะได้รับการบริการด้านการฝากครรภ์
ต่อมาในระยะหลังคลอดจะได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคประจำหอผู้ป่วย
สูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยการดูแลมารดาหลังคลอดทั่วไป เช่น
การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเลี้ยงดูบุตรมีการประเมินแหล่งพลังอำนาจก่อน
จำหน่ายกลับบ้าน และตอบแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะ
หลังคลอด เมื่อมาตรวจตามนัดหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการตอบ
แบบสอบถามไม่เกินครึ่งชั่วโมง

3.2 กลุ่มที่ 2 มารดาครรภ์แรกจะได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการ
พยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ 32 - 34 สัปดาห์ จนกระทั่งระยะ

หลังคลอด จำนวนประมาณ 20 คน โดยมีการประเมินแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง และมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดได้ โดยจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มรวมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ก่อนจำหน่ายกลับบ้านจะมีการตอบแบบสอบถามประเมินแหล่งพลังอำนาจ และติดตามผลโดยการตอบแบบสอบถามการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา เมื่อมารดามาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ รวมมีการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละไม่เกินครึ่งชั่วโมง

4. ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากมารดาครรภ์แรกมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ที่โทรศัพท์เคลื่อนที่ เบอร์ 01-3702549

5. มารดาครรภ์แรกมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาของการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับแต่ประการใด

6. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมในการวิจัย

7. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.88196

ที่ คก.พิจารณาจริยธรรม/ ๕๔๙ /2549

วันที่ 4 เมษายน 2549

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จกการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 3/2549 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 30 มีนาคม 2549 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดใน โครงการวิจัย เรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด (THE EFFECT OF NURSING EMPOWERMENT PROGRAM ON MATERNAL ROLE ADAPTATION DURING POSTPARTAL PERIOD) ของ นางดวงตา มีทิโรพงษ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐาเนิพนิชสกุล)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางดวงตา ภัทโรพงษ์ เกิดวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2501 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงจากวิทยาลัยพยาบาลสงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2525 เข้ารับการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ประจำตึกสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย