

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติ
ของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ
ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และ รัชนีวรรณ รอส

26 ส.ค. 2552

เริ่มบริการ

249220

31 ส.ค. 2552

ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ. 2550

BK ๐๑๐๘๓๑

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณแผ่นดินปี 2549

ISBN 978-974-384-391-4

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินปี 2549 ซึ่งสำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณาของหลาย ๆ ท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราที่อนุญาตให้คณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพแผนกสูติกรรมของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราที่ช่วยตอบแบบสอบถามและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่กรุณาให้เวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก ที่สนับสนุนเวลาและให้กำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ และน้องทุกท่านในครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทุกด้าน และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์
รัชนีวรรณ รอส
พฤศจิกายน 2550

ชื่อเรื่อง : ความรู้ ทักษะและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ
เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

คณะผู้วิจัย : วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์
รัชนีวรรณ รอส

ปีที่ทำวิจัย : 2549-2550

บทคัดย่อ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีต้องการการคลอดธรรมชาติมากเพราะว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง แต่การคลอดธรรมชาติในประเทศไทยก็ยังมีน้อย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 337 คน ครอบครัว จำนวน 337 คน และผู้ให้บริการในหน่วยสูติกรรม คือ แพทย์และพยาบาลที่ทำงานอยู่ในหน่วยฝาก ครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดทั้งหมดจำนวน 42 คน ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เก็บ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ด้วยแบบสอบถามความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและผู้ให้บริการที่ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถาม ทักษะเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ .82 ของครอบครัว เท่ากับ .77 และ ของผู้ให้บริการเท่ากับ .70 ส่วนแบบสอบถามความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ .85 ของครอบครัวเท่ากับ .84 และของผู้ให้บริการเท่ากับ .79 รวมทั้งแบบสอบถาม ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ เท่ากับ .85 และหาค่า อำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้ โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของ หญิงตั้งครรภ์เท่ากับ .67 ของครอบครัว เท่ากับ .64 และของผู้ให้บริการเท่ากับ .67

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 ($\bar{X}=23.20$, $SD=3.321$) และ 62.6 ($\bar{X}=23.16$, $SD=3.481$) ตามลำดับ ส่วนผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 25-35) ร้อยละ 90.5 หญิงตั้งครรภ์และ ครอบครัวมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.16$, $SD=0.997$ และ $\bar{X}=3.17$, $SD=1.012$ ตามลำดับ) ในขณะที่เดียวกันก็มีความต้องการการคลอด ธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.44$, $SD=0.962$ และ $\bar{X}=3.45$, $SD=0.992$ ตามลำดับ) เช่นกัน ส่วนผู้ให้บริการมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่

ในระดับดี ($\bar{X}=3.52, SD=0.931$) ในขณะที่เดียวกันก็มีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95, SD=0.813$) เช่นกัน แต่ขณะเดียวกันผู้ให้บริการก็มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53, SD=0.974$) เช่นกัน

เนื่องจากโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็น โรงพยาบาลประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อต้องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ผู้ให้บริการด้านสูติกรรมจึงพยายามนำแนวคิดการคลอดธรรมชาติเข้ามาให้บริการเพราะทราบว่าการให้กำเนิดที่ปลอดภัย ครอบคลุม เศรษฐกิจ และสังคม และเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจในการคลอด ช่วยลดความวิตกกังวล ผลที่ตามมาคือ ลดระยะเวลาในการคลอด ลดการใช้ยาระงับปวด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และลดค่าใช้จ่าย จึงมีการเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการคลอดธรรมชาติมาให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการด้านสูติกรรม จากการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่าผู้ให้บริการมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและในขณะที่เดียวกันก็มีความต้องการให้บริการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งความต้องการการคลอดธรรมชาติในการศึกษานี้ที่สูงสุดมี 5 ข้อ คือ ต้องการให้ทารกดูคนมารดาในช่วงชั่วโมงแรกหลังคลอด ต้องการให้สามีหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ต้องการการบริหารกล่อมเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น ต้องการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด และต้องการมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการคลอดธรรมชาติด้วย ดังนั้นจึงต้องพัฒนารูปแบบในการให้บริการการคลอดธรรมชาติที่มีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ทั้งเรื่องความรู้และการสนับสนุนการคลอดธรรมชาติให้ประสบความสำเร็จและมีการให้บริการมากขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพประสบความสำเร็จและผู้รับบริการเกิดความประทับใจต่อการคลอดธรรมชาติ ตลอดจนควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆมากขึ้นเพื่อให้ผลการวิจัยได้รับการยอมรับและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ ทัศนคติ ความต้องการ การคลอดธรรมชาติ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ผู้ให้บริการ

Title : Knowledge of, attitudes toward, and needs related to natural childbirth as perceived by pregnant women, their families, and health care professionals at Chacheongsao Hospital

Researchers : Wilaiphan Sawatphanit
Ratchneewan Ross

Research years : 2006 - 2007

Abstract

Although there is a need for more natural childbirths in Thailand due to a high rate of cesarean sections, little is known in general about natural childbirth in Thailand. Therefore, this descriptive study aimed to examine the knowledge of, attitudes toward, and needs related to natural childbirth as perceived by Thai pregnant women, their families, and Thai health care professionals. Three hundred and thirty-seven pregnant women (20-29 years old) and 337 family members (mostly partners and mothers who accompanied them) were recruited at the prenatal clinic of Chacheongsao Hospital, Thailand. 42 physicians and nurses who worked in the maternity area of the same hospital were recruited from all maternity patient units. Self-administered questionnaires (with alpha ranging from .70-.85) developed by the researchers were administered to the participants from July 2006 to February 2007. Results revealed that most pregnant women and their families had a moderate level of knowledge about natural childbirth, while health care professionals had a high level of knowledge. The pregnant women, families, and professionals in the study all displayed positive attitudes toward natural childbirth. The top five reported needs as perceived by the women and families in the study included breastfeeding within an hour after birth, being with the partner and the newborn right after delivery, exercise preparation for labor and delivery, pregnant woman's psychological preparation, and being treated with respect. Interventions designed to educate and support the pregnant women and families should be implemented so that natural childbirth levels in Thailand will increase. Also, replicate studies in other hospital settings in Thailand should be conducted to provide generalizable research results.

Key Words : Knowledge, Attitude, Need, Natural childbirth, Pregnant women, their families,
Health care professionals

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
1. บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	3
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
การคลอดธรรมชาติ	4
ความหมายของการคลอดธรรมชาติ	4
ข้อดีและข้อเสียของการคลอดธรรมชาติ	7
การเตรียมตัวเพื่อการคลอดธรรมชาติ	9
อัตราการคลอดในประเทศไทย	10
อัตราการตายของมารดาและทารก	14
งานวิจัยที่เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ	19
3. วิธีดำเนินการวิจัย	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	30
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล	32
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	34
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	34

	หน้า
การอภิปรายผล	60
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	63
สรุปผลการวิจัย	63
ข้อเสนอแนะ	65
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	69
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
ข. แบบสอบถามเรื่องความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติ	73
ค. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จดหมายยินยอมเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย	78
ประวัติคณะผู้วิจัย	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์	35
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด	37
3. ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์	38
4. ทักษะคิดต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์	39
5. ความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์	42
6. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	43
7. ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของครอบครัว	45
8. ทักษะคิดต่อการคลอดธรรมชาติของครอบครัว	46
9. ความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว	49
10. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ	51
11. ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ	52
12. ทักษะคิดต่อการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ	53
13. ความต้องการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ	56
14. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติ	58

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ในอดีตผู้คลอดและครอบครัวอยู่กันอย่างใกล้ชิด มีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดการคลอด มีความเป็นอิสระและเป็นส่วนตัว ในปัจจุบันการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ผู้คลอดและครอบครัวเชื่อว่ามีความปลอดภัยกว่าการคลอดที่บ้าน เพราะมีบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความรู้ และมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดูแลเกี่ยวกับการคลอด จึงมอบความไว้วางใจในการคลอดให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

ผู้คลอดบางรายกลัวเจ็บครรภ์คลอด จึงขอให้แพทย์ทำการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด บางรายต้องการคลอดเองตามธรรมชาติแต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอดปากมดลูกเปิดมากขึ้นเกิดความเจ็บปวดทรมานทนไม่ไหวมักขอให้แพทย์ช่วยลดความเจ็บปวด โดยขอยาแก้ปวด หรือยาชาเพื่อให้ตนเองไม่ทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดอีก การช่วยคลอดที่ไม่เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติให้ผลเสียมากกว่าการคลอดธรรมชาติ เช่น การผ่าตัดคลอด ซึ่งจะเพิ่มปัญหาต่อสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีโอกาสเสี่ยงต่อการทำลายอวัยวะอื่นๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และดมยาสลบมากกว่า (Moore & Costa, 2003) รวมทั้งมารดาหลังผ่าตัดต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานกว่า ตลอดจนอาจจะมีผลให้การเริ่มต้นให้นมบุตรช้าออกไป และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดสูงกว่าการคลอดตามธรรมชาติ เป็นเท่าตัว (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546)

การคลอดธรรมชาติก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้คลอด ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจในการคลอด ช่วยลดความวิตกกังวล ผลที่ตามมาคือ ลดระยะเวลาในการคลอด ลดการใช้ยา ระวังปวด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และลดค่าใช้จ่าย (เจียรนีย์ โพธิ์ไทรย์, 2544, Murphy & Wasson, 2003) ซึ่งจะสนองนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศและสนองตอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวด้วย นอกจากนี้การคลอดตามธรรมชาติผู้คลอดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ให้บริการมีการตระหนักและเคารพสิทธิของผู้คลอด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการคลอด ทำให้ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง แต่มีผู้คอยประคับประคองเมื่อต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ ช่วยนวด ให้ข้อมูลที่ต้องการ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็นารดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้คลอดรู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อการคลอด และมีความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (พิริยา สุภศรี, 2547)

จะเห็นว่า การคลอธรรมชาติก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้คลอด ครอบครัว และระบบการจัดการสุขภาพโดยรวมตามข้อมูลสนับสนุนดังกล่าวข้างต้น แต่พบว่าการคลอดส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีการช่วยคลอดด้วยศาสตร์หัตถการ ได้แก่ การช่วยคลอดด้วยสุญญากาศมากกว่าการช่วยคลอดด้วยทีม 2 เท่าตัวแต่การช่วยคลอดทั้ง 2 วิธีลดลงตั้งแต่ปี 2539 ส่วนการช่วยคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดกลับเพิ่มขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2508, 2523, และ 2546 มีผู้คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดกลับ 4.5 %, 24 %, และ 27.6 % ตามลำดับ (Hamilton, Martin, & Sutton, 2004 cited in Murray, and McKinney, 2006) ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่าผู้คลอดดังกล่าวส่วนใหญ่น่าจะคลอดได้เองตามธรรมชาติถ้าผู้คลอดและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ รวมทั้งมีกระบวนการเตรียมตัวเพื่อให้ผู้คลอดมีความพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการคลอดตามธรรมชาติ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติเพื่อพัฒนารูปแบบในการให้บริการการคลอธรรมชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ
3. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและความต้องการของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การคลอธรรมชาติ หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดตามกลไกธรรมชาติโดยไม่รบกวนการทำงานตามปกติ และไม่ใช้หัตถการ สูติศาสตร์หัตถการ และเทคโนโลยีเกินความจำเป็น รวมทั้งมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการดูแลในระยะคลอด นอกจากนี้ควรเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนคลอด เพื่อให้ผู้คลอดสามารถใช้กลไกธรรมชาติ กิจกรรมเสริม หรือให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่ใช้ยาระงับการปวด ทำให้สามารถรับรู้ประสบการณ์การคลอด ลดความเครียดและความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้ทันทีหลังคลอด และลดค่าใช้จ่ายในการคลอด

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ เกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้เกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ

ความต้องการ หมายถึง กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการมีความประสงค์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการคลอธรรมชาติกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม

หญิงที่ตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

ครอบครัว หมายถึง สามีน ในกรณีที่ไม่มีสามีน หมายถึง ผู้ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้เข้าไปดูแลตนเองในระหว่างคลอด

ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกสูติศาสตร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทราบความรู้ ทัศนคติ และความต้องการในเรื่องการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์
2. ทราบปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการการคลอดธรรมชาติ
3. ได้รูปแบบในการให้บริการการคลอดธรรมชาติ
4. เป็นตัวอย่างงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพร่วมแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดให้เผชิญปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์และความเจ็บปวดในระหว่างคลอดจนสามารถประสบผลสำเร็จในการคลอดธรรมชาติได้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. การคลอดธรรมชาติ
 - ความหมายของการคลอด
 - ข้อดีและข้อเสียของการคลอด
 - การเตรียมตัวเพื่อการคลอด
2. อัตราการคลอดในประเทศไทย
3. อัตราการตายของมารดาและทารก
4. งานวิจัยเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ

การคลอดธรรมชาติ

ความเป็นมาและความหมายของการคลอดธรรมชาติ

ตั้งแต่เมื่อครั้งแรกมีมนุษย์มาเมื่อประมาณกว่าแสนปีก่อน สิ่งที่เป็นสังขรณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกรูปแบบทุกนาม คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ในปัจจุบันมีแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ และการเกิดหรืออีกนัยหนึ่งก็คือการคลอด (Birth) อยู่ 2 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบทางสังคม (Social model) และ 2. รูปแบบทางการแพทย์ (Medical model) (เอกชัย โควาวิสารัช และชนิด หัพนานนท์, 2544)

1.1 รูปแบบทางสังคม มีความเห็นว่า ชีวิตและสุขภาพคือวิถีแก้ไขปัญหา เพื่อให้ชีวิตสามารถดำเนินต่อไปได้ ตัวของสุขภาพเองไม่ใช่ปัญหา โดยพิจารณาสุขภาพแบบองค์รวม ไม่ใช่เป็นส่วนย่อย มนุษย์เรานั้นเป็นเพียงส่วนย่อยหนึ่งของระบบนิเวศน์วิทยา และมนุษย์นั้นประกอบด้วย กาย จิต วิญญาณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีบทบาทร่วมกันในการที่จะทำให้มีสุขภาพดีหรือเกิดโรคขึ้น วิธีการที่ดีที่สุดที่รักษาโรคก็คือ ต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองว่าจะหายดีได้ดังเดิม โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนสนับสนุน ในขณะที่บุคลากรผู้ทำการรักษานั้นมีบทบาทน้อยมาก การคลอดเป็นกระบวนการทางชีวสังคม (Biosocial) ที่เป็นส่วนหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่จะต้องเกิดขึ้นในวันใดวันหนึ่งอย่างแน่นอน การคลอดเป็นเหตุการณ์ของกระบวนการทางชีววิทยา กาย วิชา สรีรวิทยา และชีวเคมี ผสมผสานกับส่วนของจิต และวิญญาณ

1.2 รูปแบบทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มมีบทบาทมากขึ้นประมาณ 100 กว่าปีที่ผ่านมานี้ โดยในรูปแบบนี้มีปรัชญาความคิดว่าร่างกายเป็นตัวยุติปัญหาเต็มไปด้วยความเสี่ยงภัยและมีอันตรายเกือบทั้งหมด ร่างกายถูกประเมินว่าไม่มีความสมบูรณ์ มีแต่ความน่าเสียและเต็มไปด้วยความเลวร้าย การที่จะได้มาซึ่งสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องได้มาโดยอาศัยพลังจากภายนอกเท่านั้น ซึ่งพลังเหล่านี้คือพลังอันยิ่งใหญ่ของวิทยาศาสตร์ที่นำเข้ามากระทำการแทรกแซง (Intervention) ตามแต่ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบทางการแพทย์นี้การคลอดถูกมองว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพยาธิวิทยา ความพิการ และความตายโดยเฉพาะในช่วงทารกปริกำเนิด (Perinatal period) เป็นไปไม่ได้ที่จะค้นหาว่าผู้หญิงคนใดจะมีปัญหาแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่ความเจ็บป่วยหรือความตายแก่เขาและบุตรของเขาเหล่านั้นได้ในประมาณครึ่งหนึ่งของช่วงทารกปริกำเนิดได้ร้อยละ 100 ดังนั้นจึงนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคนในระหว่างการคลอดมีแนวโน้มที่มีปัญหาจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่มีความคิดในรูปแบบทางการแพทย์นี้เชื่อว่าธรรมชาติเป็นผู้ดูแลการคลอดที่ไม่ค่อยจะคิดนัก ดังนั้นการแทรกแซงทางการแพทย์ (Medical intervention) จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้

ในปัจจุบันการดูแลการคลอดส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่อาศัยแนวความคิดตามรูปแบบทางการแพทย์ ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงคลอดในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนนั้นล้วนแล้วแต่มีความเสี่ยงภัยทั้งสิ้น ไม่มากก็น้อย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ หากแต่มากรหรือน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในหญิงตั้งครรภ์เอง เพื่อให้ผลลัพธ์สุดท้ายคือ หญิงตั้งครรภ์นั้น ๆ ได้คลอดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ในปัจจุบัน ยังไม่มีคำจำกัดความที่สมบูรณ์ของการคลอดธรรมชาติ แต่มีอีกเทอมหนึ่งซึ่งมักจะใช้แทนในความหมายเดียวกันคือ การคลอดแบบต้นตัวของผู้คลอด (Active birth) ซึ่งเป็นเทอมที่ใช้หลังจากที่มีหลักการดูแลการคลอดแบบ Active management of labor หรือการดูแลการคลอดแบบต้นตัวของผู้ดูแลที่ O'Driscoll และคณะ ได้รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 ซึ่งเป็นการดูแลการคลอดที่ผู้ดูแลการคลอดเป็นฝ่ายต้นตัวในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับผลจากการกระทำของผู้ดูแล รูปแบบการดูแลการคลอดแบบต้นตัวนี้เป็นรูปแบบทางการแพทย์ ซึ่งเป็นที่นิยมกันอยู่ในปัจจุบันนี้ ส่วนการดูแลการคลอดแบบการคลอดธรรมชาตินี้เป็นการดูแลการคลอดซึ่งผู้คลอดเป็นฝ่ายต้นตัวหรืออีกนัยหนึ่งเป็นฝ่ายที่สามารถกำหนดสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้สามารถคลอดได้ด้วยตนเองเป็นหลัก การดูแลการคลอดในแนวทางนี้ จะถือผู้คลอดเป็นจุดศูนย์กลางไม่ใช้บุคลากรทางการแพทย์ โดยที่ครอบครัวและสังคมตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์คอยให้ความดูแลช่วยเหลืออยู่ภายนอก ทั้งนี้

เพื่อให้กลไกธรรมชาติได้มีโอกาสทำงานอย่างเต็มที่ โดยที่มีการแทรกแซงจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยที่สุดตามแต่จะมีความจำเป็นที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อย่างชัดเจนเท่านั้น

การคลอดธรรมชาติ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะลดการแทรกแซงทางการแพทย์ในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80-85) ที่มีการตั้งครรภ์ปกติ และคาดว่าจะมีผลการคลอดที่ปกติ โดยพยายามทำให้การคลอดนั้นง่ายและปลอดภัยเท่าที่เป็นไปได้ในมารดาและทารก

การที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายเหล่านี้ได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้

1. ทำงานร่วมกับสตรีวิทยาที่ปกติ โดยผ่านความเข้าใจ และรู้จักความสลับซับซ้อนของปฏิกิริยาของฮอร์โมนในระหว่างการคลอด
2. ปกป้องกระบวนการธรรมชาติ โดยหลีกเลี่ยงการดูแลที่เป็นกิจวัตร เช่น การให้น้ำเกลือ การสวนอุจจาระ การโกนขนหัวหน่าว การงดน้ำและอาหารทางปาก เป็นต้น
3. การให้ความสนับสนุนทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ เช่น มีเพื่อนช่วยคลอด (Birth companion)
4. มองเห็นความเป็นปัจเจกชน ตลอดจนความต้องการที่แตกต่างกันในมารดาแต่ละคน
5. ส่งเสริมผู้คลอดให้ใช้สัญชาตญาณของเขาเองอย่างเต็มที่
6. ใช้วิธีการทดแทนการใช้ยาบรรเทาปวด เช่น การเคลื่อนไหว ทำตั้งตรง การนวด (Massage) การใช้ความร้อนประคบ การใช้น้ำอุ่นฝักบัว และอ่างอาบน้ำร้อน เป็นต้น
7. ไม่มีการแทรกแซง (Intervention) จนกว่าจะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ในการดำเนินการเพื่อให้ความคิดรวบยอดของการคลอดธรรมชาติประสบความสำเร็จนั้น ทัศนคติที่ถูกต้องของผู้ดูแลการคลอดที่ว่า การคลอดเป็นกระบวนการทางสตรีวิทยาที่ปกติ มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อผลของการคลอดธรรมชาติ ทั้งผู้คลอดและสามีจะต้องมีบทบาทรวมศูนย์ในการดูแลที่ได้รับระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด และเขาจะต้องได้รับการส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ควรจะได้รับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดมีความสามารถที่จะตัดสินใจเลือกโดยได้รับการชี้แจงข้อมูลก่อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เมื่ออยู่ในระหว่างการฝากครรภ์และผ่านการเข้าชั้นศึกษาการเตรียมการคลอด หญิงตั้งครรภ์ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้การคลอดธรรมชาติต้องได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอในระหว่างการคลอด การสังเกตการณ์ที่ปกติทั้งหมด และการบันทึกอย่างระมัดระวัง โดยมีการรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ต่อผู้คลอด เพื่อให้การคลอดดำเนินต่อไปอย่างราบรื่น

มารดาที่ไม่ได้รับยาใด ๆ จะเป็นมารดาที่แข็งแรง ทารกที่ไม่ได้รับยาใด ๆ ก็จะเป็นทารกที่แข็งแรงเช่นกันเขาทั้งสองจะมีความพร้อมและกระตือรือร้นที่จะต้อนรับซึ่งกันและกัน และไม่มี ความจำเป็นใด ๆ สำหรับการแยกทารกเพื่อสังเกตการณ์ การให้นมมารดาจะต้องเริ่มต้นภายใน

ชั่วโมงแรกของชีวิต การสัมผัสทางผิวหนังซึ่งกันและกันจะต้องดำรงไว้ มารดาและทารกจะไม่ถูกพรากจากกัน ทารกจะได้ดูดเต้านมมารดา ภาวะที่เหมาะสมเหล่านี้จะทำให้ผลของการให้นมมารดาได้ยาวนานดีขึ้น และส่งเสริมความแน่นแฟ้นต่อมารดาและบุตร รวมทั้งบิดาซึ่งเป็นจุดสำคัญต่อครอบครัว และอนาคตของสังคมต่อไป ดังคำขวัญที่ว่า **“Happy families is the basis of a happy society”** (เอกชัย โควาวิสารัช และธนิต หัพนานนท์, 2544)

ความหมายของการคลอดธรรมชาติ

หมายถึง กระบวนการธรรมชาติที่ทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำ เคลื่อนตัวจากโพรงมดลูกผ่านช่องทางคลอด โดยไม่ได้รับยาใดๆ (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544)

หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นเอง ไม่ได้เริ่มจากการใช้ยาเร่งคลอดหรือการเจาะถุงน้ำคร่ำ ไม่มีการใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวดในช่วงเจ็บครรภ์และคลอด ทารกคลอดออกทางช่องคลอดและมีศีรษะนำ และการคลอดเกิดจากแรงเบ่งของมารดาเอง โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอดใดๆ (มูลนิธิส่งเสริมการคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย, 2546)

สรุป การคลอดธรรมชาติ หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดตามกลไกธรรมชาติโดยไม่รบกวนการทำงานตามปกติ และไม่ใช้หัตถการ สูติศาสตร์หัตถการ และเทคโนโลยีเกินความจำเป็น รวมทั้งมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการดูแลในระยะคลอด นอกจากนี้ควรเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนคลอด เพื่อให้ผู้คลอดสามารถใช้กลไกธรรมชาติ กิจกรรมเสริมหรือให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาระงับการปวด ทำให้สามารถรับรู้ประสบการณ์การคลอด ลดความเครียดและความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้ทันทีหลังคลอด และลดค่าใช้จ่ายในการคลอด

ข้อดีและข้อเสียของการคลอดธรรมชาติ

ข้อดีของการคลอดธรรมชาติ มีดังนี้

1. ทารกได้เจริญเติบโตอย่างเต็มที่ และมีความพร้อมที่จะคลอด
2. การเจ็บครรภ์ที่เริ่มตามธรรมชาติจะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยรุนแรง และจะเจ็บน้อยกว่าการเจ็บที่เกิดจากการเร่งคลอด
3. การที่ทารกได้คลอดออกมาทางช่องคลอด โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอดใดๆ จะลดการกระทบกระเทือนทางร่างกายและจิตใจของทั้งมารดาและทารก
4. เมื่อทั้งมารดาและทารกไม่ได้รับยา หรือการกระทำแทรกแซงอื่นๆ มารดาและทารกก็พร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกันตั้งแต่ตอนแรกเกิด

5. มารดาที่คลอดเองตามธรรมชาติจะฟื้นตัวได้เร็วกว่ามารดาที่ได้รับยาในช่วงเจ็บครรภ์ และมารดาที่ผ่าตัดคลอด
6. ทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาในช่วงเจ็บครรภ์จะมีความตื่นตัวและพร้อมที่จะดูดนมมารดาได้ทันทีหลังคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างมารดาและทารก (วิลพรธม สวัสดิ์พาณิชย์, 2548)
7. มารดาที่คลอดตามธรรมชาติจะรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถ “ฉันทำได้” ตรงนี้เองจะทำให้มารดามีพลัง สามารถอดทนและแก้ไขอุปสรรคทั้งหลายไปได้
8. ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคลอด ทำให้ผู้คลอดไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง แต่มีผู้คอยประคับประคองเมื่อต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ ช่วยนวด คอยให้ข้อมูลที่ต้องการ ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็นการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้คลอดรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อการคลอด และมีความเชื่อมั่นในการดูแลทารก (พิริยา สุภศรี, 2547)
9. การช่วยคลอดที่ไม่เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติให้ผลเสียมากกว่าการคลอดธรรมชาติ เช่น การผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งจะเพิ่มปัญหาต่อสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการเสียเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการทำลายอวัยวะอื่นๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และดมยาสลบมากกว่า (Moore & Costa, 2003) รวมทั้งมารดาหลังผ่าตัดต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานกว่า ตลอดจนอาจจะมีผลให้การเริ่มต้นให้นมบุตรช้าออกไป และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูงกว่าการคลอดตามธรรมชาติเป็นเท่าตัว (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546)
10. การคลอดธรรมชาติก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้คลอด ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจในการคลอด ช่วยลดความวิตกกังวล ผลที่ตามมาคือ ลดระยะเวลาในการคลอด ลดการใช้ยาระงับปวด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ลดการใช้ยาสีขาวที่ตัดการ และลดค่าใช้จ่าย (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2544, Murphy & Wasson, 2003)

ข้อเสียของการคลอดธรรมชาติ อาจทำให้มารดาบางรายเกิดการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน เพราะปล่อยให้ไปเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อเจ็บปวดทรมานทนไม่ไหวมักขอให้แพทย์ช่วยลดความเจ็บปวด โดยขอยาแก้ปวด หรือยาชา ซึ่งการขอยาชาเพื่อให้ตนเองไม่ทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดอีกในผู้คลอดที่มีการฝึกอบรมในการคลอดธรรมชาติพบมากกว่า 80% และเมื่อการคลอดสิ้นสุดลง

ผู้คลอดไม่มีความพึงพอใจในการคลอดเพราะไม่สามารถคลอดตามธรรมชาติตามที่ตั้งใจไว้
(Norman, 2002)

แต่ถ้ามารดาให้ความร่วมมืออย่างจริงจังในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดธรรมชาติและมีความตั้งใจสูงในการคลอดธรรมชาติ มักประสบความสำเร็จในการคลอดธรรมชาติและมีความพึงพอใจสูงตามมาด้วย

การเตรียมตัวเพื่อการคลอดธรรมชาติ

โดยการเข้าอบรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาและบิดามีความรู้ในเรื่องดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดาบิดาตลอดจนเรียนรู้การเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเข้าอบรมจะช่วยให้ มารดาและบิดาลดความกลัว เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด และเพิ่มความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาบิดาด้วย (Murray, & McKinney, 2006)

การเตรียมตัวคลอดแบบธรรมชาติ กำเนิดมาจากแนวคิดของการคลอดโดยไม่ใช้ยาระงับปวด ซึ่งสนับสนุนให้มีการคลอดโดยปราศจากความกลัวและไม่ใช้ยาระงับปวดใดๆ แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายจนเป็นที่มาของการมีส่วนร่วมในการคลอดของผู้คลอดในปัจจุบัน โดยเนื้อหาการอบรมประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด เพื่อลดความกลัวและส่งเสริมให้ควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง รวมทั้งทักษะในการตัดสินใจเลือก
2. สอนเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจ การผ่อนคลาย และการควบคุมกล้ามเนื้อหายใจ ซึ่งการฝึกทั้งหมดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสได้มีส่วนร่วมกันในการควบคุมความเจ็บปวด เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันในการเผชิญความเจ็บปวด
3. ฝึกการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเจ็บปวด ด้วยหลักการที่ว่าในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดนั้น ผู้ดูแลจะช่วยให้กำลังใจและชี้นำให้หญิงตั้งครรภ์หายใจตามวิธีการที่ฝึกฝนมาและตัดสินใจที่จะให้ผู้คลอดใช้วิธีการลดความเจ็บปวดแบบใด

ประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดธรรมชาติ

1. ได้พบปะหญิงตั้งครรภ์ด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความกังวล และข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับรู้มาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด
2. เปิดโอกาสให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบและรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ตั้งครรภ์และคลอด

3. ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
4. ได้ฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลาย โดยมีผู้ฝึกคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการฝึกที่ถูกต้อง
5. ได้สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ในการที่จะเผชิญกับช่วงเวลาของการคลอด โดยการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจะลดความกลัวที่ไร้เหตุผล
6. เรียนรู้กลยุทธ์ต่างๆในการลดความวิตกกังวลเรื่องเจ็บครรภ์คลอด
7. มีความเข้าใจเป็นอย่างดีในกระบวนการคลอดและกลวิธีการควบคุมตนเองในการคลอด
8. ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดสั้น เพราะการควบคุมกล้ามเนื้อจะเป็นไปในลักษณะเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อดลูกในขณะคลอด

ดังนั้นการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดธรรมชาติที่สำคัญมากคือการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการได้รับความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด และในขณะที่ยังสอนเทคนิคต่างๆในการเตรียมตัวคลอดในแบบแผนการสอนควรมีการสอนถึงข้อดีและข้อเสียของการคลอดแบบต่างๆเพื่อเป็นทางเลือกให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพิจารณาและตัดสินใจว่าจะคลอดแบบใดดีที่สุดที่เหมาะสมกับตนเอง (Norman, 2002)

อัตราการคลอดในประเทศไทย

หญิงไทยคลอดบุตรปีละกว่า 800,000 คน กว่าร้อยละ 95 คลอดในโรงพยาบาล โดยจำนวนการคลอดบุตรโดยรวมค่อยๆเพิ่มขึ้นจาก 716,000 คน ในปี 2533 จนสูงที่สุดจำนวน 1 ล้านคน ในปี 2538 จากนั้นการคลอดบุตรลดลงเป็น 756,000 คน ในปี 2540 หลังจากนั้นมีการคลอดบุตรค่อนข้างคงที่ (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546)

แบบแผนการคลอดบุตรพบว่า อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงในรอบ 12 ปี อยู่ที่ร้อยละ 90 โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการคลอดบุตรปกติต่ำสุด ร้อยละ 42 ในปี 2533 ลดลงเหลือ ร้อยละ 34 ในปี 2544 โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีอัตราการคลอดบุตรปกติลดลงจากร้อยละ 76 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 60 ในปี 2544 อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลงมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในโรงพยาบาลประเภทต่างๆทำให้อัตราการคลอดบุตรปกติรวมทั้งประเทศลดลงจากร้อยละ 74 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 71 ในปี 2544 (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546)

ในสองทศวรรษที่ผ่านมาอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นมาก ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทั้งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด

และโรงพยาบาลเอกชน

ใน 20 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี 2513 เป็น ร้อยละ 16.5 ในปี 2523 เพิ่มสูงสุดเป็น ร้อยละ 25 ในปี 2530 และลดลงเล็กน้อยเป็น ร้อยละ 24.7 ในปี 2531 ในระหว่างปี 2530-2539 อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มลดลงมา และนับจากนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก

ส่วนในประเทศไทยอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 14.8 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 22.1 ในปี 2539 ซึ่งเป็นจุดสูงสุด ต่อมาลดลงเป็น ร้อยละ 20.1 และร้อยละ ร้อยละ 18.8 ในปี 2540 และในปี 2541 ตามลำดับ ก่อนที่จะกลับสูงขึ้นอย่างช้าๆอยู่ที่ ร้อยละ 20.7 ในปี 2544 อัตราการผ่าตัดคลอดสูงที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนโดยมีอัตราการผ่าตัดคลอด ในปี 2544 ร้อยละ 53.9 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัดร้อยละ 29.6 โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ ร้อยละ 24.9 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำสุด ที่ร้อยละ 5.6 เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำแนะนำว่าการดูแลการคลอดที่ดีควรมีอัตราการผ่าตัดคลอดไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2546)

ปัจจัยที่ทำให้การผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น มีเหตุผล 4 ประการ ดังนี้คือ

1. ปัจจัยทางด้านผู้คลอด

1.1 ความประสงค์ของผู้คลอด ในปัจจุบันเป็นยุคของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษา และการมีสิทธิของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้คลอดและครอบครัวมีโอกาสเลือกวิธีการคลอดได้ด้วยตนเองมากขึ้น ในต่างประเทศมีรายงานจากประเทศอังกฤษว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นอาจมาจากการร้องขอของผู้คลอด ปัจจัยที่สำคัญ คือ ผู้คลอดรับทราบมาว่าตนเองจะได้ประโยชน์จากการผ่าตัดด้านเดียวโดยไม่ทราบผลเสียที่อาจตามมา

1.2 เศรษฐฐานะและสถานภาพทางสังคม ผู้คลอดที่สถานะการเงินดี หรือมีการศึกษาสูง มีแนวโน้มจะคลอดด้วยการผ่าตัดมากขึ้น

1.3 ผู้คลอดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง มีแนวโน้มว่าผู้คลอดที่เป็นข้าราชการและรัฐวิสาหกิจจะมีการผ่าตัดคลอดมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าบริการด้วยตนเอง

1.4 ความเชื่อและวัฒนธรรม มีผู้คลอดบางส่วนที่ยึดถือฤกษ์ยามยามดี จึงเลือกการผ่าตัดเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

1.5 ต้องการความสะดวก ผู้คลอดอาจมีความจำเป็นทางด้านงานหรือเงื่อนไขทางด้านครอบครัวในการเดินทาง

1.6 เลียนแบบผู้อื่น เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิดหรือเพื่อน

1.7 มีประสบการณ์ที่ไม่พอใจในการคลอดปกติครั้งก่อน

1.8 กลัวการคลอดเอง ซึ่งอาจเป็นเหตุผลส่วนตัวหรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือครบถ้วนหรือต้องการหลีกเลี่ยงการเจ็บครรภ์เนิ่นนาน

1.9 สถานภาพการตั้งครรภ์ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากหรือมีการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์มากขึ้น จะมีโอกาสผ่าตัดคลอดมากขึ้น

2. ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการ

2.1 ระบบและโรงพยาบาล

2.1.1 ระบบการฝากครรภ์และการเตรียมการคลอดยังไม่ดีพอ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการคลอดไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด

2.1.2 ไม่มีระบบติดตามและตรวจสอบ (Audit) ที่ดี โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักไม่มีการจัดระบบการตรวจสอบทั้งภายในและภายนอกที่ดี

2.1.3 โรงพยาบาลเอกชนมีการผ่าตัดคลอดสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ

2.1.4 มีการแข่งขันเชิงธุรกิจและประชาสัมพันธ์ มักเกิดในโรงพยาบาลเอกชน โดยคิดค่าใช้จ่ายถูกลงเพื่อดึงดูดให้มีการใช้บริการมากขึ้น

2.1.5 มีสูติแพทย์ประจำในโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีการผ่าตัดคลอดสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็กที่มีแต่แพทย์ทั่วไปปฏิบัติงาน

2.1.6 มีการฝากพิเศษ ผู้คลอดที่ฝากพิเศษจะมีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงกว่า ผู้คลอดที่ไม่ฝากพิเศษถึง 5.26 เท่า (ยศ ตีระวัฒนานนท์, 2003 อ้างถึงในวิโรจน์ วรรณภีระ, 2546)

2.1.7 มีห้องผ่าตัดและวิสัญญีที่ดี เนื่องจากมีความปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัดมากขึ้น และยังสามารถกำหนดวันและเวลาผ่าตัดได้ ทำให้อุติแพทย์และผู้คลอดเลือกที่จะผ่าตัดคลอดมากกว่า

2.1.8 ขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์มีโอกาสผ่าตัดคลอดมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดเตียงน้อยกว่า 300 เตียง

2.1.9 การฝึกอบรม โรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่าโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ประจำ

2.2 แพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีอิทธิพลต่ออัตราการผ่าตัดคลอดและรูปแบบของการคลอดเป็นอย่างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

2.2.1 ภาระงาน ถ้าสูติแพทย์มีภาระดูแลผู้คลอดมากกว่า 39 รายต่อเดือนจะมีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงขึ้น

2.2.2 ทักษะคติของสูติแพทย์และการรับฝากครรภ์ สูติแพทย์ที่ไม่รับฝากครรภ์พิเศษมักยึดถือมาตรฐานและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากกว่าสูติแพทย์ที่รับฝากพิเศษ

2.2.3 ความชำนาญและประสบการณ์ สูติแพทย์ที่มีความชำนาญในการผ่าตัดคลอดและได้รับการยอมรับจากผู้คลอดจะมีแนวโน้มทำการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น

3. ปัจจัยด้านข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด

3.1 ข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน เช่น ผู้คลอดร้องขอ มีโรคประจำตัว

3.2 ข้อบ่งชี้ที่ไม่จำเป็น เช่น การเร่งคลอดที่ไม่เหมาะสม หรือ ปากมดลูกไม่มีความพร้อม

3.3 มีการผ่าตัดซ้ำ (Previous Cesarean Section) มากขึ้น เนื่องจากมี Primary Cesarean Section เพิ่มขึ้นนั่นเอง

4. ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น กระแสโลกาภิวัตน์ การมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการตัดสินใจ สภาพแวดล้อมและสังคม รวมทั้งด้านกฎหมาย

สรุป รูปแบบของการคลอดในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากจากในอดีต โดยมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงคิดเป็น 1 คนในการคลอดทุกๆ 4 คน ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาทางสุขภาพและด้านสังคมในระดับหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อการวางแผนสำหรับการดูแลแก่หญิงตั้งครรภ์ในอนาคตไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ กำลังเจ้าหน้าที่ คุณภาพการบริการ แนวทางปฏิบัติ หรือมีผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อระบบประกันคุณภาพในระดับชาติได้

ดังนั้นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาล รัฐบาล และราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย ควรมีมาตรการควบคุมการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นหรือมีการผ่าตัดล่าช้าในรายที่จำเป็น(วิโรจน์ วรรณภีระ, 2546) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติน่าจะช่วยให้การผ่าตัดคลอดลดลงได้

การคลอดธรรมชาติเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญยิ่ง ทำให้ผู้คลอดและครอบครัวได้รับประสบการณ์ที่พึงพอใจและมีความสุข จึงควรมีการศึกษาวิจัยมากขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลยืนยันและสนับสนุนส่งเสริมให้มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดธรรมชาติมากขึ้น (Humenick, 2006)

อัตราการตายของมารดาและทารก (นิพจน์พร วรมงคล, 2550)

อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality)

การตายของมารดา (Maternal mortality หรือ Maternal death) เป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของสตรี การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลการตายของมารดาและสถานการณ์จะบอกถึงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด และชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของสตรีโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยอ้อม

ในประเทศไทย อัตราส่วนการตายของมารดาได้มีการนำไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขในแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในส่วนของแผนงานอนามัยแม่และเด็กและได้จัดทำโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการคลอดทั้งมารดาและทารกตั้งแต่ปี พ.ศ.2533

องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าทุก ๆ ปีจะมีสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกมากกว่า 200 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 5 แสนคนต้องประสบกับภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และเสียชีวิตในที่สุด สาเหตุการตายมารดาทั่วโลกที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณไว้ คือ ร้อยละ 25 ตายจากภาวะตกเลือด ร้อยละ 15 ตายจากการติดเชื้อ ร้อยละ 13 ตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 12 ตายจากภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 8 ตายจากการคลอดติดขัด ร้อยละ 8 ตายสาเหตุโดยตรงอื่น ๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น มาลาเรีย ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดับอักเสบ วัณโรค หรือโรคหัวใจ ในขณะที่เดียวกันสตรีที่มีชีวิตอยู่ด้วยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทรมาณจากภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังจากภาวะโลหิตจาง ระบบสืบพันธุ์อักเสบ หรือผิดปกติตลอดชีวิต เช่น จากภาวะ Obstetric fistulae

สำหรับประเทศไทย อัตราตายมารดาถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชนในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการบริการอนามัยมารดาได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนแผนพัฒนาสาธารณสุขทุกแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรควบคู่ไปกับการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราตายมารดาลงเหลือ 48:100,000 การเกิดมีชีพ และ 30 :100,000 การเกิดมีชีพ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) กำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงน้อยกว่า 20 :100,000 การเกิดมีชีพและปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ให้ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงน้อยกว่า 18:100,000 การเกิดมีชีพ

ในอดีตอัตราการตายมารดาของประเทศไทยได้จากการเก็บรวบรวมสถิติอัตราการตายมารดาจากการสำรวจสำมะโนประชากรซึ่งทำทุก 10 ปี และจากข้อมูลใบมรณบัตรของสำนักทะเบียนราษฎร

กระทรวงมหาดไทย ที่ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (กองสถิติสาธารณสุขเดิม) สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข นำมาคิดคำนวณหาอัตราตายมารดาในปี พ.ศ.2533 กองอนามัยครอบครัว (ปัจจุบันเป็นสำนักส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัยได้ทำโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กครอบคลุมพื้นที่ 49 จังหวัด เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อลดอัตราตายมารดาและทารกปริกำเนิดลง ข้อมูลเกี่ยวกับการตายของมารดาและทารก ตลอดจนสาเหตุการตายได้ถูกรายงานจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตของกรมอนามัยตามลำดับ ท้ายสุดไปยังกรมอนามัย โดยใช้แบบฟอร์ม ก-1, ก-2 ต่อมาโครงการได้ขยายพื้นที่ไปครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2537 อัตราส่วนการตายมารดาที่ได้รับรายงาน จากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะ ฯ มีแนวโน้มลดลงตามลำดับจาก 36 : 100,000 การเกิดมีชีพในปี พ.ศ.2533/ค.ศ 1990 เป็น 16.8 : 100,000 การเกิดมีชีพในปี พ.ศ.2537/ค.ศ 1995 อัตราส่วนตายมารดาใน โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรของกรมอนามัย จำนวน โดยใช้สูตรเช่นเดียวกันกับขององค์การอนามัยโลก คือ

$$\text{อัตราส่วนการตายมารดา} = \frac{\text{จำนวนการตายของมารดา} \times 100,000}{\text{จำนวนการเกิดมีชีพ}}$$

องค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณการตายของมารดาของประเทศไทย โดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ไว้ในหนังสือ Revised 1990 Estimated of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF, 1996 ว่าในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ประเทศไทยมีอัตราตายมารดาเท่ากับ 200 : 100,000 การเกิดมีชีพ เป็นอันดับที่ 12 ในบรรดา 23 ประเทศในภูมิภาค รองจากจีน เกาหลีเหนือ ศรีลังกา และเวียดนาม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยให้อยู่ในกลุ่ม E ซึ่งเป็นประเทศที่ไม่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการนับคนตาย และไม่มีการสำรวจ

สำหรับวิธีการได้ข้อมูลการตายของมารดา (Measuring of maternal mortality) มีหลายวิธี ได้แก่

1. สถิติชีพ (Vital registration) ใช้ข้อมูลจากทะเบียนการเกิดและการตาย วิธีนี้อาจได้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการลงทะเบียนตายไม่ครอบคลุมและ/หรือมีความผิดพลาดในการระบุสาเหตุการตาย ทำให้มีการจัดกลุ่มสาเหตุการตายผิดประเภท

2. การสำรวจ (Survey) การสำรวจมีหลายวิธี เช่น Household Survey, Sisterhoods method, แต่วิธีมาตรฐานที่ดีที่สุดในการได้ข้อมูลการตายของมารดา คือ การสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ค้นหาและสอบสวนหาสาเหตุการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า “การสำรวจการตายของกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์” แต่ก็เป็นงานที่ต้องใช้เวลามากและมีความซับซ้อนในการดำเนินการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าการตายมารดาย้อนหลังในปี 2538-2539 โดยศึกษาการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีทั้งหมดจากหลายแหล่งข้อมูล แล้วศึกษารายละเอียดว่ามีรายใดที่เป็นมารดาตาย (RAMOS approach) โดยการสุ่มตัวอย่าง 12 จังหวัดใน 12 เขต เก็บข้อมูลการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 ถึง 49 ปี พบว่ามีมารดาตาย 93 ราย จากสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 ถึง 49 ปี ตายจำนวน 7,239 ราย ในช่วงเวลาดังกล่าว คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา 44.1 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ จากการศึกษาพบว่า อัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าตัวเลขที่รายงานในสถิติสาธารณสุข 4 เท่า ทั้งในปี 2538 และ 2539 ในปี 2540-2541 ได้ศึกษาการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี แล้วศึกษารายละเอียดว่ามีรายใดที่เป็นมารดาตายใน 76 จังหวัด พบว่าอัตราส่วนการตายมารดา 36.5 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งผลพลอยได้จากการศึกษา คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กเข้าใจถึงคำจำกัดความของคำว่ามารดาตายมากขึ้น ทำให้ความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ขนาดของปัญหาจะเปลี่ยน แต่สิ่งที่ยังคงเป็นสาเหตุของปัญหาอันดับหนึ่งในเรื่องการตายของมารดา คือ เรื่องการตกเลือดหลังคลอด ในปัจจุบันระบบรายงาน โดยใช้แบบฟอร์ม ก-1, ก-2 ยังคงมีอยู่ในระบบ โดยทุกจังหวัดจะส่งรายงานให้สำนักส่งเสริมสุขภาพปีละครั้ง

การตายของมารดามีผลกระทบต่อพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดาเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชน และถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา ความเท่าเทียมในสังคมในการเข้าถึงระบบบริการ การพัฒนาบุคลากรรวมทั้งคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน การให้การศึกษา การประชาสัมพันธ์ในวงกว้างจะมีผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดการตายของมารดาลงได้

การตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality)

การตายปริกำเนิดเป็นตัววัดสถานะสุขภาพของมารดาและทารกวัดความสูญเสียทางการเจริญพันธุ์ในระหว่างประเทศ เป็นตัววัดระดับการศึกษา สภาพสังคม ระบบสาธารณสุขของประเทศ อาทิ ภาวะโภชนาการ การแพทย์ด้านสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด นอกจากนี้การตายปริกำเนิดยังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแล/บริการด้านแม่และเด็ก สภาพสังคม และการ

สาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่จะยังคงไม่มีรายงานการตายปริกำเนิด เป้าหมายการลดอัตราการตายปริกำเนิดถูกมองข้ามไป เนื่องจากไม่ได้ให้ความสำคัญในเด็กแรกเกิดเท่าที่ควร และการเก็บข้อมูลรายงานยังมีความยุ่งยากในคำจำกัดความ และวิธีการจัดเก็บ

อัตราการตายปริกำเนิดในประเทศที่พัฒนาแล้วต่ำกว่า 10 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก PMR ของประเทศไทยเป็น 20 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ถ้าพิจารณาประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศพม่าเท่ากับ 85 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด บังคลาเทศ 80 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ประเทศภูฐานและมัลดีฟเท่ากับ 75 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด อินเดียและปากีสถาน 70 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ประเทศเกาหลีเหนือ 60 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ประเทศอินโดนีเซีย 40 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ประเทศศรีลังกา 30 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด

สำหรับประเทศไทยอัตราการตายปริกำเนิดถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชนในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการบริการอนามัยมารดาได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนแผนพัฒนาสาธารณสุขทุกแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) และ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการตายปริกำเนิดลงน้อยกว่า 10:1,000 การเกิดทั้งหมด และปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราการตายปริกำเนิดลงน้อยกว่า 9:1,000 การเกิดทั้งหมด

ในปี พ.ศ.2533 กองอนามัยครอบครัว (ปัจจุบันเป็นสำนักส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย ได้ทำโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก ในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อลดอัตราการตายมารดาและทารกปริกำเนิดลงข้อมูลเกี่ยวกับการตายของมารดาและทารก ตลอดจนสาเหตุการตายได้ถูกรายงานจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตของกรมอนามัยตามลำดับ ท้ายสุด ไปยังกรมอนามัยโดยใช้แบบฟอร์ม ก-1, ก-2 ต่อมาโครงการได้ขยายพื้นที่ไปครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2537 อัตราตายปริกำเนิดที่ได้รับรายงาน จากโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะมีแนวโน้มลดลงตามลำดับจาก 13.9 : 1,000 การเกิดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2533/ค.ศ 1990 เป็น 10.1 : 1,000 การเกิดมีชีพในปี พ.ศ.2543/ค.ศ 2000 อัตราตายปริกำเนิดในโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรของกรมอนามัยคำนวณ โดยใช้สูตรตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก คือ

ในการวิเคราะห์สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด นั้นกรมอนามัยได้ใช้ตามแบบ Wigglesworth's classification เนื่องจาก

1. สามารถจัดกลุ่มได้ง่ายเพราะแต่ละกลุ่มมีความหมายชัดเจน
2. สามารถบอกถึงลักษณะการตายที่ป้องกันได้หรือไม่ได้
3. สามารถใช้ได้ทั่วไปทุกสถานบริการ แม้จะไม่มีห้องปฏิบัติการผ่าศพตรวจ
4. สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อลดการตายจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ตามลักษณะการตายนั้น ๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตายของทารกปริกำเนิด

1. อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ มารดาที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะเสี่ยงต่อตนเองและบุตร เนื่องจากภาวะร่างกายยังไม่เจริญเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนเกี่ยวข้องกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์ ส่วนมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะมีอัตราเสี่ยงสูงจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น รกเกาะต่ำ หรือทารกผิดปกติเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของยีน
2. ลำดับการคลอด องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการคลอดครั้งที่ 2 และ 3 จะมีความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดน้อยกว่าการคลอดครั้งแรก ๆ และการตายปริกำเนิดจะสูงขึ้นอีกในครรภ์ที่ 4 และครรภ์ต่อไป
3. ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียบุตรในการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา เช่น การแท้งบุตร ทารกตายในครรภ์ ทารกตายเนื่องจากการคลอด เหล่านี้มีความสำคัญอาจพบผิดปกติในครรภ์ต่อไปได้
4. การฝากครรภ์ การฝากครรภ์แต่ระยะแรกมีความสำคัญ การดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสมจะสามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้ และให้การช่วยเหลือเพื่อลดอัตราตายปริกำเนิดได้
5. การเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคไต โรคปอด เบาหวาน กามโรค ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระหว่างคลอดจะมีผลต่อทารกทั้งในด้านความพิการ หรือการตายปริกำเนิดได้
6. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้ง คลอดก่อนกำหนด ซ็อกขณะคลอด ทารกตายในครรภ์ รวมทั้งการตายของมารดาด้วย
7. ทำหรือส่วนนำของทารกขณะคลอด การคลอดท่าก้น ทำให้เกิดอันตรายสูงกว่าการคลอดโดยศีรษะเป็นส่วนนำ จากการขาดออกซิเจนและการกระทบกระเทือนต่อสมองเด็กขณะคลอด การตกเลือดในสมอง ทำให้เสียชีวิตได้

8. ความพิการแต่กำเนิด เกิดจากความผิดปกติของยีนโครโมโซม ทำให้มีความพิการชนิดรุนแรง เช่น ทารกไม่มีสมอง Anencephaly ซึ่งไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

ครอบครัวที่มารดาประสบปัญหาการตายปริกำเนิด จะเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการตั้งครรถ้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เมื่อคลอดบุตรเสียชีวิตทำให้เกิดความสูญเสียโดยไม่ได้ค่าตอบแทน นอกจากนั้นยังนำความเสียใจต่อมารดาและบุคคลในครอบครัว การตายของทารกยังกระทบถึงภาวะเจริญพันธุ์ของสังคมและประเทศ การป้องกันปัญหาต้องปรับปรุงทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น การพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านการศึกษา การดูแลภาวะโภชนาการ ระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ สถานบริการมีการดูแลบริการด้านแม่และเด็กที่มีมาตรฐานในด้านการแพทย์ทางสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด ซึ่งจะมีผลให้การตายปริกำเนิดลดลง คุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชากรดีขึ้น

ดังนั้นการนำแนวคิดการลดอัตราการตายปริกำเนิดเข้ามามีบริการมากขึ้นจะเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการด้านสูติศาสตร์และทารกแรกเกิดให้ดียิ่งขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการลดอัตราการตายปริกำเนิด

จากการศึกษาของ ขนิษฐา สำเภา (2544) เกี่ยวกับเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการดำเนินการวิจัยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบและขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ โดยเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้คลอดและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนความพึงพอใจสูงสุดที่ผู้ทำวิจัยกำหนดขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้คลอดและครอบครัวที่เข้ารับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุลง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้คลอดและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าความเชื่อมั่น .91 และ .93 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบค่าทีและคะแนนร้อยละ

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้คลอดโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการทดสอบแล้ว
2. ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูง ร้อยละ 80 ของคะแนนความพึงพอใจสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ครอบครัวผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนความพึงพอใจสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ใช้ได้สำหรับโรงพยาบาลชุมชน โดยสามารถส่งผลให้ผู้คลอดและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลในทุกๆระยะของการคลอด

จากการศึกษาของ ฉันทนิชา คำปาละ (2546) เกี่ยวกับเรื่อง ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง

สตรีตั้งครรภ์มีบทบาทสำคัญในการคลอดของตนเอง การที่สตรีตั้งครรภ์จะผ่านประสบการณ์การคลอดด้วยดีนั้นจะต้องมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถคลอดด้วยตนเองได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากันกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด 5 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแผนการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอด และแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง และสมรรถนะแห่งตนจากการทบทวนวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลให้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองก่อนและหลังการศึกษาของแต่ละกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอด ($p < .01$)

2. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยหลักการคลอดด้วยตนเองทำให้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองของสตรีตั้งครรภ์สูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดให้บริการการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดตามแนวคิดเรื่องการคลอดด้วยตนเอง

จากการศึกษาของ นิธิสากร นังคลา (2546) เกี่ยวกับเรื่อง ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดก่อให้เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมาน การเตรียมเพื่อการคลอดเป็นวิธีการที่ช่วยให้สตรีมีครรภ์เผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้อีกทั้งส่งผลให้สตรีมีครรภ์และผู้ช่วยเหลือมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คู่ เป็นสตรีครรภ์แรกที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครศิริธรรมราชและผู้ช่วยเหลือ แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่ โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแผนการสอนการเตรียมเพื่อการคลอด คู่มือการเตรียมเพื่อการคลอดแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรก แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของผู้ช่วยเหลือ ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ค่าที่ได้อยู่ในระดับที่ได้รับการยอมรับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. สตรีครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างจากสตรีครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างจากผู้ช่วยเหลือที่ไม่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเตรียมเพื่อการคลอดช่วยให้สตรีครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดการเตรียมเพื่อการคลอดให้กับสตรีมีครรภ์และผู้ช่วยเหลือทุกรายเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เพื่อให้สตรีมีครรภ์และผู้ช่วยเหลือได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น

จากการศึกษาของ ปรียา แก้วพิมล (2546) เกี่ยวกับเรื่อง การมีส่วนร่วมของสตรีครั้งแรก
ในการดูแลในระยะคลอด

การมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดมีความสำคัญทางการพยาบาลเพราะเป็นการดูแลที่
มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางทำให้ความต้องการของผู้คลอดได้รับการตอบสนอง แต่ยังมีปัญหา
อุปสรรคที่ทำให้สตรีครั้งแรกไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด การวิจัยครั้งนี้เป็น
การวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของสตรีครั้งแรกในการดูแลใน
ระยะคลอด และปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 24
ชั่วโมงแรกที่หน่วยหลังคลอดจำนวน 220 ราย รวบรวมข้อมูลโดย วิธีสัมภาษณ์และสังเกตแบบไม่มี
ส่วนร่วมในระยะคลอดซึ่งเป็นรายเดียวกับที่สัมภาษณ์จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของ
สตรีครั้งแรกและแบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของสตรีครั้งแรกวิเคราะห์ที่
ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีครั้งแรกมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดโดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด กลุ่มที่อยู่ในระดับมากประกอบด้วย
ด้านการเกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล ด้านการปรับระดับอำนาจและการควบคุมของ
ผู้ดูแลและด้านการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย ความคิดและสติปัญญา ส่วนกลุ่มการมีส่วนร่วมที่อยู่ใน
ในระดับปานกลางประกอบด้วย ด้านการปรับช่องว่างของความรู้ ข้อมูลและความสามารถและด้าน
การเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย ความคิดและสติปัญญาอย่างเหมาะสม และ
ปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด ได้แก่ ความเจ็บปวด ความ
อ่อนเพลีย ความเกรงใจและไม่กล้า ความอาย ความกลัว การขาดความรู้และประสบการณ์ การขาด
การสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การขาดประสบการณ์ของผู้ดูแลและสถานการณ์การ
คลอดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน
เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของสตรีครั้งแรกและลดปัญหาอุปสรรคที่
อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

จากการศึกษาของ Herrel และคณะ (2004) เรื่อง หญิงลี้ภัยชาว Somali เกี่ยวกับความ
ต้องการการดูแลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวลี้ภัย Somali ใน
ประเทศสหรัฐอเมริกา อาศัยอยู่ในรัฐ Minnesota และได้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่คำนึงถึง
ความแตกต่างของวัฒนธรรม คณะผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่ม (Focus group) ของหญิง Somali ออกเป็น 2
กลุ่ม ที่คลอดทารกครั้งแรกใน Minnesota กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจัดว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่
ดี หญิง Somali ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในช่วงคลอด การใช้ยาลดความเจ็บปวด การเยี่ยม

ชมขณะตั้งครรภ์แล้วมาฝากครรภ์ การเปลี่ยนแปลงให้เข้าใจ และบทบาทของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ นอกจากนี้สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ ความรู้ จากวิดีโอ วิทยุ เอกสาร และการเยี่ยมชมห้องคลอด รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการนัดหมายให้มาตรวจครรภ์ครั้งต่อไป การคุยโทรศัพท์และการย้ายเข้าโรงพยาบาล และการดูแลทารก

จากการศึกษาของ Kannan, Jamison, & Datta (2006) เกี่ยวกับเรื่อง การเลือกการคลอดธรรมชาติต่อความพึงพอใจและการควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาผู้คลอดที่เลือกการคลอดธรรมชาติในระยะเริ่มแรกแต่เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้จึงขอยาชาเพื่อลดความเจ็บปวด วิธีดำเนินการวิจัย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่เลือกการคลอดธรรมชาติในระยะเริ่มแรกและประสบความสำเร็จในการคลอดธรรมชาติ จำนวน 23 รายและกลุ่มผู้คลอดที่เลือกการคลอดธรรมชาติในระยะเริ่มแรกแต่ขอยาชาในระยะเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 24 ราย เกี่ยวกับอัตราความเจ็บปวดตลอดระยะเวลาการคลอดและเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนและหลังการคลอด ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดที่ขอยาชามีคะแนนความเจ็บปวดระยะคลอดน้อยกว่าผู้คลอดธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม 88% ของผู้คลอดที่ขอยาชาที่มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดน้อยกว่าผู้คลอดธรรมชาติแม้ว่าในระยะคลอดความเจ็บปวดจะน้อยกว่าก็ตามที่ การศึกษาครั้งนี้ได้เสนอแนะให้ระวังผลของยาชาต่อทารกมากกว่าการคาดหมายต่อความเจ็บปวดระยะคลอด หรือการรับรู้ต่อความล้มเหลวต่อการคลอดธรรมชาติโดยร้องขอยาชา และการคลอดที่ยาวนานกว่า สรุปผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ที่ผู้คลอดที่เลือกการคลอดธรรมชาติในครั้งแรกแต่ขอยาชาในช่วงเจ็บครรภ์มากสามารถลดความเจ็บปวดได้อย่างเดียวแต่ไม่สามารถพัฒนาความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดได้ จุดเด่นของผลการศึกษาที่มีความสำคัญต่อประสบการณ์การคลอดและความคาดหวังต่อการคลอดครั้งแรกมีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดของมารดา

✕ จากการศึกษาของ Melender (2006) เกี่ยวกับเรื่อง อะไรคือ องค์ประกอบของการคลอดที่ดี : การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ชาวฟินแลนด์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการคลอดที่ดี การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์มารดาที่คลินิกสุขภาพและโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sample) จำนวน 24 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 19-45 ปี ครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์เป็นบุตรคนแรก 5 ประเด็นที่สำคัญที่สุดในการคลอดที่ดีมีดังนี้

1. บรรยากาศต้องไม่รีบเร่ง หรือรีบร้อน
2. กระบวนการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ
3. ระยะเวลาการคลอดเหมาะสม

๒๑๘-๕

๑๗๒๑๑

๑.๖

249220

4. มีความปลอดภัย

5. สามารถควบคุมได้

ผู้ร่วมโครงการไม่ได้ต้องการบรรยากาศของการคลอเคลือบอบอุ่นมาก แต่สิ่งที่แพทย์และพยาบาลต้องคำนึงถึง ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ
2. ทักษะติดต่อมารดาซึ่งเป็นผู้รับบริการ
3. วิธีการปฏิบัติต่อมารดา

หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมในการคลอด กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการ การคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการถ้าหลีกเลี่ยงได้

การมีใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ผลการวิจัย เสนอแนะให้ทีมสุขภาพดูแลหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนให้เหมาะสมกับความ ต้องการของแต่ละบุคคล

การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการคลอดที่ดี เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ความกลัวการคลอด ธรรมชาติ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดขอผ่าตัดคลอด ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงอันตรายให้กับมารดาและทารกเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของ Hunter (2006) เกี่ยวกับเรื่อง การให้กำเนิดของสตรี : ภาษาและวัฒนธรรมการคลอดทางตะวันตก

เป็นการสำรวจความแตกต่างของภาษาและผลกระทบของวัฒนธรรมตะวันตกในการปฏิบัติเกี่ยวกับการคลอด พบลักษณะเฉพาะที่มีความแตกต่างกันของภาษาที่เป็นมิติที่โดดเด่นเกี่ยวกับรูปแบบการรักษา และมิติทางเลือกของวัฒนธรรมรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ตัวอย่างของภาษาจากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับการแพทย์ การผดุงครรภ์ และการพยาบาล ซึ่งกระทบวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลมารดาและครอบครัวด้วย การใช้ภาษาเป็นเครื่องมือหลักที่มีผลต่อประสบการณ์การคลอด

ดังนั้นการให้การพยาบาลหรือการปฏิบัติการด้านผดุงครรภ์และการดูแลแบบองค์รวมต้องคำนึงถึงภาษาที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความหวาดกลัวและความรู้สึกต้องการการควบคุมการคลอดบุตรให้ปลอดภัย การใช้ภาษาสามารถสะท้อนให้เห็นหลักปรัชญาที่เน้นสตรีเป็นศูนย์กลางในการดูแลการคลอดบุตร ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดและครอบครัวได้รับประสบการณ์ที่ดีในการคลอด

จากการศึกษาค้นคว้าทั้งวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงานพบว่า การเตรียมตัวเพื่อ
การคลอดธรรมชาติจะเป็นการสอนให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้ได้รับความรู้ที่
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีทัศนคติที่ดี โดยมีความรู้สึกเชื่อ ศรัทธา และแรงจูงใจ รวมทั้ง
ต้องการการคลอดธรรมชาติ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและได้รับประสบการณ์ที่ดีต่อการ
คลอดด้วย ดังนั้น การศึกษาถึง ความรู้ ทัศนคติ และความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และ
ผู้ให้บริการเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ จะทำให้ได้ข้อมูลในการพัฒนารูปแบบในการให้บริการ
การคลอดธรรมชาติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ ณ โรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มารับบริการการฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และผู้ให้บริการในหน่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา คือ แพทย์และพยาบาลที่อยู่ในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คำนวณจากสูตรกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน ดังนี้ (Yamane, 1973 อ้างในบุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์, 2540, หน้า 71)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{1,900}{1 + 1,900 \times 0.05^2}$$

ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 337 คน และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 337 คน และผู้ให้บริการในหน่วยสูติกรรม คือ แพทย์และพยาบาลที่อยู่ในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และ

หลังคลอดทั้งหมดจำนวน 42 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามมี 3 ชุด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด วิธีการคลอด และสาเหตุไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้

3.1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 39 ข้อ โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เป็นคำถามทางด้านบวก 28 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-13, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36 เป็นคำถามทางด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15, 17, 22, 25, 28, 33, 35 ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน

ข้อตอบผิดได้ 0 คะแนน

3.1.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 36, 37 เป็นคำถามทางด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 38 โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางด้านบวก	ข้อคำถามทางด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

3.1.4 แบบสอบถามความต้องการการคลอธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ จำนวน 26 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

3.2 แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอธรรมชาติของครอบครัว

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ

3.2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอธรรมชาติของครอบครัว ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 39 ข้อ โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เป็นคำถามทางด้านบวก 28 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-13, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36 เป็นคำถามทางด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15, 17, 22, 25, 28, 33, 35 ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน

ข้อตอบผิดได้ 0 คะแนน

3.2.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติของครอบครัว ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติ จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 36, 37 เป็นคำถามทางด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 38 โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางด้านบวก	ข้อคำถามทางด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

3.2.4. แบบสอบถามความต้องการการคลออดธรรมชาติของครอบครัว ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติ จำนวน 26 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

3.3 แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลออดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และการได้รับการอบรม/การประชุมวิชาการเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติ

3.3.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 39 ข้อ โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เป็นคำถามทางด้านบวก 28 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-13, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36 เป็นคำถามทางด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15, 17, 22, 25, 28, 33, 35 ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน

ข้อตอบผิดได้ 0 คะแนน

3.3.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติของผู้ให้บริการซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติ จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามทางด้านบวก 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 36, 37 เป็นคำถามทางด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 9, 11, 12, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 38 โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางด้านบวก คะแนน	ข้อคำถามทางด้านลบ คะแนน
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

3.3.4. แบบสอบถามความต้องการการคัดสรรสมาชิกของผู้ให้บริการ ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดสรรสมาชิก จำนวน 27 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

3.3.5. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการการคัดสรรสมาชิก ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดสรรสมาชิก จำนวน 16 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มีดังนี้

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ภายหลังจากสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และความต้องการการคัดสรรสมาชิกของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวยุคใหม่ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสถิติศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมด้านภาษาตามความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3.3.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถามของแบบสอบถาม และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่า

ความเชื่อมั่น โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลจากการวิเคราะห์มีดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตลอดชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ .82

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการการตลอดชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ .85

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตลอดชีวิตของครอบครัว เท่ากับ .77

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการการตลอดชีวิตของครอบครัว เท่ากับ .84

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตลอดชีวิตของผู้ให้บริการ เท่ากับ .70

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการการตลอดชีวิตของผู้ให้บริการ เท่ากับ .79

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการการตลอดชีวิตของผู้ให้บริการ เท่ากับ .85

3.3.3 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตลอดชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ .67

ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตลอดชีวิตของครอบครัว เท่ากับ .64

ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตลอดชีวิตของผู้ให้บริการ เท่ากับ .67

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นจากผู้ตอบแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้มีความเหมาะสมและสะดวกกับการนำไปใช้จริง

3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ว่าถูกต้องตามหลักจริยธรรม สิทธิมนุษยชน และจรรยาบรรณนักวิจัยแล้ว จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลวิจัยแล้ว คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์

ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยกจากการศึกษาได้ก่อนการดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยคณะผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้รับในลักษณะภาพรวมและไม่มีการเขียนชื่อของผู้ตอบลงในรายงานการวิจัยครั้งนี้

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือขอรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยสำรวจจำนวนแพทย์และพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
3. สุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
4. คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นทำการลงรหัส แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล
2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ เป็นรายชื่อ และหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในภาพรวม

3. ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายชื่อและโดยรวม
4. ข้อมูลความต้องการการคลอธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายชื่อและโดยรวม
5. ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการคลอธรรมชาติของผู้ให้บริการ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายชื่อและโดยรวม
6. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และต้องการการคลอธรรมชาติ นำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์และการอภิปรายผลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นลักษณะการพรรณนา
ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิง
ตั้งครรภ์ ครอบครัวย และผู้ให้บริการ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้ทำการเก็บ
รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวย และผู้ให้บริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาล
เมืองฉะเชิงเทรา ผลการวิเคราะห์สามารถนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัวย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติ รวมทั้งปัญหาที่เป็น

อุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความรู้ ทักษะและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี เฉลี่ย 24.38 ปี (ร้อยละ
57.8) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.4) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.1) อาชีพ
รับจ้าง (ร้อยละ 39.8) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เฉลี่ย 3,760.64 บาท (ร้อยละ 56.7) และลักษณะ
ครอบครัวยเป็นครอบครัวยขยาย (ร้อยละ 66.5) ดังตารางที่ 1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก
(ร้อยละ 52.2) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
< 20 ปี	76	22.6
20-29 ปี	195	57.8
30-39 ปี	56	16.6
> 40 ปี	10	3.0
— X = 24.38 SD = 5.97		
ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
- พุทธ	298	88.4
- อิสลาม	37	11
- คริสต์	2	0.6
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	5	1.5
- ประถมศึกษา	67	19.9
- มัธยมศึกษา	179	53.1
- ปวช.ปวส	56	16.6
- ปริญญาตรี	27	8.0
- สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.9
อาชีพ		
- เกษตรกร	15	4.5
- รับจ้าง	134	39.8
- รับราชการ	10	3.0
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	1.2
- ค้าขาย	25	7.4
- งานบ้าน	89	26.4
- อื่น ๆ	60	17.8

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
- < 5,000 บาท	191	56.7
- 5,000-9,999	121	35.9
- 10,000-19,999	17	5.0
- 20,000-29,999	3	0.9
Missing 9	5	1.5
—		
X = 3760.64 SD = 4055.853		
ลักษณะครอบครัว Missing 9	1	0.3
- ครอบครัวเดี่ยว	112	33.2
- ครอบครัวขยาย	224	66.5

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
- ครรภ์ที่ 1	176	52.2
- ครรภ์ที่ 2	103	30.6
- ครรภ์ที่ 3	37	11.0
- ครรภ์ที่ 4	14	4.2
จำนวนบุตรในครอบครัว		
- 1 คน	96	28.5
- 2 คน	29	8.6
- 3 คน	3	0.9
- 4 คนและมากกว่า	1	0.3
สาเหตุของการผ่าคลอด		
- Oligohydramnios	3	0.9
- หัวใจเด็กผิดปกติ	1	0.3
- C/S to elderly primigranda	1	0.3
- เซิงกรานแคบ	3	0.9
- เด็กน้ำหนักมาก	1	0.3
- เด็กอยู่ท่าก้น	1	0.3
- ไม่เจ็บท้องมีเลือดออก	1	0.3
- มีโรคประจำตัว	2	0.6
- อุบัติเหตุ	1	0.3
- Total	14	4.2
- Missing 9	323	95.8
สาเหตุการใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศ		
- ถึงกำหนดคลอดแล้วไม่คลอด	1	0.3
- ไม่มีน้ำหล่อลื่น, น้ำคร่ำแตก	1	0.3

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9, $\bar{X} = 23.20$, $SD = 3.321$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
0-12 คะแนน	1	0.3		
13-24 คะแนน	212	62.9	23.20	3.321
25-35 คะแนน	124	36.8		

ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16, SD = 0.997$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดี จำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.879$) ระดับปานกลางจำนวน 20 ข้อ ($\bar{X} = 3.05, SD = 1.080$) และระดับน้อยจำนวน 6 ข้อ ($\bar{X} = 2.07, SD = 0.970$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ข้อความ	X	SD
1. การคลอดธรรมชาติทำให้ช่องคลอดไม่กระชับเหมือนเดิม	2.87	1.015
2. การคลอดธรรมชาติเป็นการคลอดที่ผู้คลอดควบคุมการคลอดได้ด้วยตนเอง	3.29	1.038
3. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น	3.68	0.856
4. การนวดฝีเย็บเป็นวิธีที่ทำให้ยากและไม่สะดวกในการทำ	3.04	0.955
5. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด	4.19	0.810
6. การประเมินการหดตัวของมดลูกจำเป็นสำหรับการคลอดธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยให้บอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดได้	3.78	0.900
7. เมื่อมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แสดงว่ามีความก้าวหน้าในการคลอด	3.91	0.808
8. ความกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง	3.41	0.935
9. การดูหน้าท้องเป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้คลอด	3.30	1.128
10. การฟังเพลงที่ตนเองชอบเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์ได้	3.35	1.089
11. การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้คลอดเนื่องจากเป็นห่วงสามี	3.35	1.326
12. การคลอดต้องได้รับการดูแลที่สะอาดปราศจากเชื้อ ครอบครัวยังไม่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในห้องคลอด	2.59	1.210
13. การคลอดธรรมชาติไม่ควรใช้ยาระงับปวดเพื่อลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์	3.26	1.118

ข้อความ	X	SD
14. การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่ปฏิบัติเป็นประจำเป็นการกระทำที่ไม่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอด	2.7	1.154
15. การสวนอุจจาระเป็นการรบกวนการทำงานของระบบขับถ่ายโดยไม่จำเป็น	2.55	1.152
16. การคลอดธรรมชาติจำเป็นต้องสวนอุจจาระก่อนคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและไม่ให้มีกลิ่นรบกวนผู้อื่น	2.27	1.115
17. ผู้คลอดควรนอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อเก็บแรงไว้ใช้ในระยะเวลาเบ่งคลอด	2.12	0.989
18. การคลอดธรรมชาติ ผู้คลอดสามารถเลือกคลอดในท่าใดก็ได้ที่ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายและทำให้การคลอดง่ายขึ้น	2.58	1.173
19. พยาบาลสามารถประเมินความก้าวหน้าในการคลอดจากอาการแสดงและการหดตัวของมดลูกได้ โดยไม่จำเป็นต้องตรวจภายในบ่อย ๆ	3.26	0.938
20. การใช้ยากระตุ้นการคลอดจะทำให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็วและไม่เจ็บครรภ์นาน	2.72	1.088
21. การใช้ยากระตุ้นการคลอดเป็นการรบกวนกลไกการคลอดตามธรรมชาติ	3.01	1.049
22. กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดจะสามารถยืดขยายได้ดี จึงไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ	2.89	0.890
23. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ตลอดเวลา	2.37	0.958
24. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือประเมินการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา	2.54	1.023
25. ผู้คลอดและครอบครัวมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการดูแลของตนเอง	3.65	0.924
26. การคลอดธรรมชาติจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อมารดามีภาวะเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของลูก	1.64	0.847
27. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงอย่างหนึ่งจึงควรให้แพทย์และ/หรือพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีความรู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด	1.86	0.904
28. การคลอดธรรมชาติทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา	4.26	0.814

ข้อความ	X	SD
29. การคลอดธรรมชาติช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น	4.12	0.849
30. การคลอดธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความประทับใจให้กับครอบครัว	4.08	0.841
31. การคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แพทย์และพยาบาลจึงควรเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเท่านั้น	2.14	1.007
32. การคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง สามิจึงไม่ควรเข้าไปดูแลและรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้วย	3.46	1.126
33. การให้สามีเข้าไปร่วมรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว	3.70	1.039
34. การคลอดธรรมชาติเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว	3.53	0.961
35. การคลอดธรรมชาติเป็นภาวะที่อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้น	3.50	0.923
36. ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะช่วยให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ	3.70	0.854
37. การผ่าตัดคลอดมีค่าใช้จ่ายแพงกว่าการคลอดธรรมชาติ	4.29	0.898
38. การผ่าตัดคลอดให้ประสบการณ์ที่ดีกับการคลอดเนื่องจากผู้คลอดไม่ต้องเจ็บครรภ์	3.25	1.195
รวม	3.16	0.997

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.962$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า มีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากจำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.887$) ระดับปานกลางจำนวน 13 ข้อ ($\bar{X} = 3.03$, $SD = 1.035$) และระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 2.12$, $SD = 0.919$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ข้อความ	X	SD
1. ท่านต้องการคลอดเองตามธรรมชาติ	4.26	0.915
2. ท่านต้องการได้รับความรู้และฝึกหัดบริหารร่างกายเพื่อเตรียมตัวคลอด	4.14	0.860
3. ท่านต้องการได้รับความรู้และฝึกหัดนวดฝีเย็บ	3.73	1.006
4. ท่านต้องการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนคลอด	4.07	0.878
5. ท่านต้องการช่วยตนเองโดยการลูบหน้าท้องในขณะที่เจ็บครรภ์	3.81	0.880
6. ท่านต้องการให้มีผู้ช่วยนวดหลังในขณะที่เจ็บครรภ์	3.47	1.069
7. ท่านต้องการฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่คลอดตามความต้องการ	3.25	1.065
8. ท่านต้องการให้สามีเข้ามาอยู่ให้กำลังใจด้วยตลอดระยะเวลาของการคลอด	3.66	1.082
9. ท่านต้องการได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์	3.06	1.026
10. ท่านต้องการโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนคลอด	2.59	1.046
11. ท่านต้องการสวนอุจจาระก่อนคลอด	2.52	1.082
12. ท่านต้องการเคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด	3.37	0.968
13. ท่านต้องการเลือกท่าคลอดด้วยตนเอง	2.69	0.988
14. ท่านต้องการได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำในระยะคลอด	3.39	1.033
15. ท่านไม่ต้องการรับประทานอาหารและน้ำในระยะคลอด	2.89	0.972
16. ท่านต้องการให้ตนเองคลอดเร็วขึ้นโดยการได้รับยากระตุ้นการคลอด	3.13	1.127
17. ท่านต้องการให้เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะรอคลอด	3.24	0.998
18. ท่านต้องการให้ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมงในระยะรอคลอด	2.76	1.153
19. ท่านต้องการให้มีการตัด ฝีเย็บในขณะคลอด	3.05	0.923
20. ท่านต้องการให้ตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องฟังทางหน้าท้องผู้คลอดตลอดเวลา	2.12	0.919
21. ท่านต้องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอด	4.14	0.749
22. ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของตนเอง	3.82	0.847
23. ท่านต้องการการดูแลที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นคน	3.94	0.922
24. ท่านต้องการการดูแลที่เป็นส่วนตัว	3.72	0.864

ข้อความ	X	SD
25. ท่านต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรและสามีตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด	4.37	0.769
26. ท่านต้องการให้นมตนเองแก่บุตรภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	4.35	0.871
รวม	3.44	0.962

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ครอบครัวอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี เฉลี่ย 28.10 ปี (ร้อยละ 57.6) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.9) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 44.8) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 62.3) รายได้อยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท เฉลี่ย 7,145.16 บาท (ร้อยละ 52.2) และเคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ (ร้อยละ 40.9) โดยแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติมากที่สุด ได้แก่ พยาบาล (ร้อยละ 12.8) และรองลงมาคือ เอกสารสุขภาพ (ร้อยละ 9.5) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15-20 ปี	40	11.9
21-25 ปี	100	29.7
26-30 ปี	94	27.9
31-35 ปี	54	16.0
36-40 ปี	28	8.3
41 ปีขึ้นไป	21	6.2
—		
X = 28.10 SD = 7.027		
ศาสนา		
- พุทธ	303	89.9
- อิสลาม	32	9.5
- คริสต์	1	0.3

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	5	1.5
- ประถมศึกษา	88	26.1
- มัธยมศึกษา	151	44.8
- ปวช.ปวส	64	19.0
-ปริญญาตรี	27	8.0
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
อาชีพ		
- เกษตรกร	40	11.9
- รับจ้าง	210	62.3
- รับราชการ	14	4.2
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	3.6
- ค้าขาย	16	4.7
- งานบ้าน	2	0.6
- อื่น ๆ	43	12.8
รายได้		
- < 5,000 บาท	100	29.7
- 5,000-9,999	176	52.2
- 10,000-19,999	51	15.1
- 20,000-29,999	6	1.8
- > 30,000	4	1.2
— X = 7145.16 SD = 5302.181		
การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการลดผลกระทบชาติ		
- เคย	138	40.9
- ไม่เคย	198	58.8
แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการลดผลกระทบชาติ		
- แพทย์	22	6.5
- พยาบาล	43	12.8

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
- วารสาร	20	5.9
- เอกสารรูปภาพ	32	9.5
- หนังสือพิมพ์	2	0.6
- อื่น ๆ	18	5.3

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6, $\bar{X} = 23.16$, $SD = 3.481$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของครอบครัว

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
0-12 คะแนน	1	0.3		
13-24 คะแนน	211	62.6	23.16	3.481
25-35 คะแนน	124	36.8		

ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 1.012$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดี จำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 3.90$, $SD = 0.892$) เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ ระดับปานกลาง จำนวน 19 ข้อ ($\bar{X} = 3.08$, $SD = 1.093$) และระดับน้อยจำนวน 7 ข้อ ($\bar{X} = 2.15$, $SD = 0.996$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ทศนคติต่อการลดธรรมชาติของครอบครัว

ข้อความ	X	SD
1. การลดธรรมชาติทำให้ห้องคลอดไม่กระชับเหมือนเดิม	2.75	0.944
2. การลดธรรมชาติเป็นการคลอดที่ผู้คลอดควบคุมการคลอดได้ด้วยตนเอง	3.37	1.034
3. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น	3.71	0.849
4. การนวดฝีเย็บเป็นวิธีที่ทำให้ยากและไม่สะดวกในการทำ	2.98	0.982
5. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด	4.29	0.794
6. การประเมินการหดตัวของมดลูกจำเป็นสำหรับการลดธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยให้บอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดได้	3.78	0.861
7. เมื่อมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แสดงว่ามีความก้าวหน้าในการคลอด	3.86	0.845
8. ความกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง	3.40	1.003
9. การลูบหน้าท้องเป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้คลอด	3.19	1.121
10. การฟังเพลงที่ตนเองชอบเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์ได้	3.40	1.066
11. การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้คลอดเนื่องจากเป็นห่วงสามี	3.21	1.316
12. การคลอดต้องได้รับการดูแลที่สะอาดปราศจากเชื้อ ครอบครัวจึงไม่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในห้องคลอด	2.56	1.215
13. การลดธรรมชาติไม่ควรใช้ยาระงับปวดเพื่อลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์	3.32	1.132
14. การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่ปฏิบัติเป็นประจำเป็นการกระทำที่ไม่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอด	2.76	1.179
15. การสวนอุจจาระเป็นการรบกวนการทำงานของระบบขับถ่ายโดยไม่จำเป็น	2.78	1.106
16. การลดธรรมชาติจำเป็นต้องสวนอุจจาระก่อนคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและไม่ให้มีกลิ่นรบกวนผู้อื่น	2.36	1.130

ข้อความ	X	SD
17. ผู้คลอดควรนอนพักก่อนบนเตียงเพื่อเก็บแรงไว้ใช้ในระยะเบ่งคลอด	2.24	1.113
18. การคลอดธรรมชาติ ผู้คลอดสามารถเลือกคลอดในท่าใดก็ได้ที่ผู้คลอดรู้สึก สบายและทำให้การคลอดง่ายขึ้น	2.62	1.233
19. พยาบาลสามารถประเมินความก้าวหน้าในการคลอดจากอาการแสดงและ การหดตัวของมดลูกได้ โดยไม่จำเป็นต้องตรวจภายในบ่อย ๆ	3.20	1.009
20. การใช้ยากระตุ้นการคลอดจะทำให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็วและไม่เจ็บ ครรภ์นาน	2.79	1.079
21. การใช้ยากระตุ้นการคลอดเป็นการรบกวนกลไกการคลอดตามธรรมชาติ	3.17	1.036
22. กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดจะสามารถยืดขยายได้ ดี จึงไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ	3.20	0.874
23. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือ ประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ตลอดเวลา	2.32	0.999
24. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือ ประเมินการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา	2.49	0.943
25. ผู้คลอดและครอบครัวมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการ ดูแลของตนเอง	3.64	0.874
26. การคลอดธรรมชาติจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อมารดามี ภาวะเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของลูก	1.66	0.855
27. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงอย่างหนึ่งจึงควรให้แพทย์และ/หรือพยาบาล ซึ่ง เป็นผู้มีความรู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด	1.87	0.929
28. การคลอดธรรมชาติทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการแสดง บทบาทการเป็นมารดา	4.18	0.908
29. การคลอดธรรมชาติช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดามากขึ้น	4.07	0.890
30. การคลอดธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความประทับใจให้กับครอบครัว	4.01	0.909
31. การคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แพทย์และพยาบาลจึงควรเป็นผู้ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเท่านั้น	2.12	1.006
32. การคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง สามีจึงไม่ควรเข้าไปดูแลและรับรู้ ประสบการณ์การคลอดด้วย	3.31	1.180

ข้อความ	X	SD
33. การให้สามีเข้าไปร่วมรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว	3.77	1.049
34. การคลอดธรรมชาติเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว	3.58	0.898
35. การคลอดธรรมชาติเป็นภาวะที่อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้น	3.41	1.028
36. ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะช่วยให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ	3.76	0.872
37. การผ่าตัดคลอดมีค่าใช้จ่ายแพงกว่าการคลอดธรรมชาติ	4.19	0.959
38. การผ่าตัดคลอดให้ประสบการณ์ที่ดีกับการคลอดเนื่องจากผู้คลอดไม่ต้องเจ็บครรภ์	3.12	1.236
รวม	3.17	1.012

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวมีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.992$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า มีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 4.51$, $SD = 0.766$) ระดับมากจำนวน 13 ข้อ ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.953$) ระดับปานกลางจำนวน 10 ข้อ ($\bar{X} = 2.96$, $SD = 1.066$) และระดับน้อยจำนวน 2 ข้อ ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.995$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว

ข้อความ	X	SD
1. ท่านต้องการให้ภรรยาคลอดเองตามธรรมชาติ	4.18	0.969
2. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับความรู้และฝึกหัดบริหารร่างกายเพื่อเตรียมตัวคลอด	4.29	0.792
3. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับความรู้และฝึกหัดนวดฝีเย็บ	3.84	0.971
4. ท่านต้องการให้ภรรยาและท่านได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนคลอด	4.16	0.838
5. ท่านต้องการช่วยลูบหน้าท้องให้ภรรยาในขณะที่เจ็บครรภ์	3.71	0.987
6. ท่านต้องการนวดหลังให้ภรรยาในขณะที่เจ็บครรภ์	3.52	1.053
7. ท่านต้องการให้ภรรยาฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่คลอดในกรณี ที่ภรรยาต้องการฟัง	3.58	1.102
8. ท่านต้องการเข้ามาอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาของการคลอด	3.67	1.114
9. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์	3.16	1.164
10. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนคลอด	2.54	1.015
11. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการสวนอุจจาระก่อนคลอด	2.55	1.034
12. ท่านต้องการให้ภรรยาได้เคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด	3.46	1.089
13. ท่านต้องการให้ภรรยาได้เลือกท่าคลอดด้วยตนเอง	2.84	1.109
14. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำในระยะคลอด	3.05	1.045
15. ท่านต้องการให้ภรรยารับประทานอาหารและน้ำในระยะคลอด	2.81	1.059
16. ท่านต้องการให้ภรรยาคลอดเร็วขึ้นโดยการได้รับยากระตุ้นการคลอด	3.23	1.149
17. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะรอคลอดเพื่อให้ การคลอดเร็วขึ้น	3.17	1.045
18. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมงในระยะรอ คลอดเพื่อทราบความก้าวหน้าของการคลอด	2.45	1.016
19. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการตัดฝีเย็บในขณะที่คลอดเพื่อไม่ต้องแบ่ง คลอดนาน	2.76	0.946

ข้อความ	X	SD
20. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องฟังทางหน้าท้องของภรรยาตลอดเวลา	2.25	0.973
21. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอดเป็นระยะๆ	4.03	0.866
22. ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของภรรยา	3.79	0.955
23. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการดูแลที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นคน	4.07	0.894
24. ท่านต้องการให้ภรรยาได้รับการดูแลที่เป็นส่วนตัว	3.74	0.930
25. ท่านต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรและภรรยาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด	4.51	0.766
26. ท่านต้องการให้ภรรยามีโอกาสให้บุตรดูนมภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	4.36	0.912
รวม	3.45	0.992

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลออดธรรมชาติ รวมทั้งปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อ
การให้บริการการคลออดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการอายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 36.43 ปี (ร้อยละ 69.1)
ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.2) ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี (ร้อยละ 81.0) (ร้อยละ 52.2)
และเคยได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการคลออดธรรมชาติ (ร้อยละ 57.1) และสถานภาพ
สมรสคู่ (ร้อยละ 66.7) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-25 ปี	4	9.5
26-30 ปี	9	21.4
31-35 ปี	11	26.2
36-40 ปี	6	14.3
41 ปีขึ้นไป	12	28.6
—		
X = 36.43 SD = 10.013		
ศาสนา		
- พุทธ	40	95.2
- อิสลาม	2	4.8
- คริสต์	-	-
ระดับการศึกษา		
- อนุปริญญา	2	4.8
- ปริญญาตรี	34	81.0
- สูงกว่าปริญญาตรี	6	14.3
การได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการ คลออดธรรมชาติ		
- ไม่เคย	18	42.9
- เคย	24	57.1

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม		
- ไม่เคย	18	42.9
- 1-2 ครั้ง	14	33.3
- 3-5 ครั้ง	10	23.8
สถานภาพ		
- โสด	13	31
- คู่	28	66.7
- หย่าร้าง แยกกันอยู่	1	2.4
- หม้าย	-	-

ความรู้เกี่ยวกับการลดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 25-35) (ร้อยละ 90.5) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความรู้เกี่ยวกับการลดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
0-12 คะแนน		
13-24 คะแนน	3	7.1
25-35 คะแนน	38	90.5

ทัศนคติต่อการลดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการลดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.52$, $SD = 0.931$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการลดธรรมชาติอยู่ในระดับดีมากจำนวน 4 ข้อ ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.513$) ระดับดีจำนวน 15 ข้อ ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 0.846$) ระดับปานกลางจำนวน 15 ข้อ ($\bar{X} = 3.02$, $SD = 1.099$) และระดับน้อยจำนวน 4 ข้อ ($\bar{X} = 1.98$, $SD = 1.043$) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ทักษะคติต่อการลดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. การลดธรรมชาติทำให้ช่องคลอดไม่กระชับเหมือนเดิม	2.98	1.115
2. การลดธรรมชาติเป็นการลดที่ผู้คลอดควบคุมการคลอดได้ด้วยตนเอง	3.88	0.993
3. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น	4.26	0.767
4. การนวดฝีเย็บเป็นวิธีที่ทำให้ยากและไม่สะดวกในการทำ	3.10	1.122
5. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด	4.71	0.457
6. การประเมินการหดตัวของมดลูกจำเป็นสำหรับการลดธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยให้บอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดได้	4.17	0.730
7. เมื่อมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แสดงว่ามีความก้าวหน้าในการคลอด	3.95	1.011
8. ความกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง	4.29	0.774
9. การดูหน้าห้องเป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้คลอด	2.60	1.231
10. การฟังเพลงที่ตนเองชอบเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์ได้	4.14	0.814
11. การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้คลอดเนื่องจากเป็นห่วงสามี	2.14	1.372
12. การคลอดต้องได้รับการดูแลที่สะอาดปราศจากเชื้อ ครอบครัวยังไม่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในห้องคลอด	1.79	0.976
13. การลดธรรมชาติไม่ควรใช้ยาระงับปวดเพื่อลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์	3.31	1.179
14. การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่ปฏิบัติเป็นประจำเป็นการกระทำที่ไม่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอด	3.38	1.058
15. การสวนอุจจาระเป็นการรบกวนการทำงานของระบบขับถ่ายโดยไม่จำเป็น	3.50	0.969
16. การลดธรรมชาติจำเป็นต้องสวนอุจจาระก่อนคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและไม่ให้มีกลิ่นรบกวนผู้อื่น	2.74	1.270

ข้อความ	\bar{X}	SD
17. ผู้คลอดควรนอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อเก็บแรงไว้ใช้ในระยะเบ่งคลอด	2.31	1.070
18. การคลอดธรรมชาติ ผู้คลอดสามารถเลือกคลอดในท่าใดก็ได้ที่ผู้คลอดรู้สึก สุขสบายและทำให้การคลอดง่ายขึ้น	4.21	1.025
19. พยาบาลสามารถประเมินความก้าวหน้าในการคลอดจากอาการแสดงและ การหดรัดตัวของมดลูกได้ โดยไม่จำเป็นต้องตรวจภายในบ่อย ๆ	3.91	0.958
20. การใช้ยากระตุ้นการคลอดจะทำให้การคลอดสั้นสุด โดยเร็วและไม่เจ็บ ครรภ์นาน	2.79	1.116
21. การใช้ยากระตุ้นการคลอดเป็นการรบกวนกลไกการคลอดตามธรรมชาติ	3.50	1.132
22. กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดจะสามารถยืดขยายได้ ดี จึงไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ	3.67	1.028
23. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือ ประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ตลอดเวลา	3.12	1.173
24. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกตลอดเวลา	2.79	1.094
25. ผู้คลอดและครอบครัวมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการ ดูแลของตนเอง	4.33	0.754
26. การคลอดธรรมชาติจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อมารดามี ภาวะเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของลูก	4.07	0.921
27. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงอย่างหนึ่งจึงควรให้แพทย์และ/หรือพยาบาล ซึ่ง เป็นผู้มีความรู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด	3.36	0.983
28. การคลอดธรรมชาติทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการแสดง บทบาทการเป็นมารดา	4.69	0.517
29. การคลอดธรรมชาติช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดามากขึ้น	4.48	0.773
30. การคลอดธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความประทับใจให้กับครอบครัว	4.45	0.739
31. การคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แพทย์และพยาบาลจึงควรเป็นผู้ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเท่านั้น	2.81	1.018

ข้อความ	\bar{X}	SD
32. การคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง สามีจึงไม่ควรเข้าไปดูแลและรับรู้ ประสบการณ์การคลอดด้วย	1.67	0.754
33. การให้สามีเข้าไปร่วมรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการช่วยส่งเสริม สัมพันธภาพภายในครอบครัว	4.52	0.552
34. การคลอดธรรมชาติเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว	4.05	0.909
35. การคลอดธรรมชาติเป็นภาวะที่อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้น	2.64	1.078
36. ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะช่วยให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ	4.26	0.497
37. การผ่าตัดคลอดมีค่าใช้จ่ายแพงกว่าการคลอดธรรมชาติ	4.67	0.526
38. การผ่าตัดคลอดให้ประสบการณ์ที่ดีกับการคลอดเนื่องจากผู้คลอดไม่ต้อง เจ็บครรภ์	2.60	0.939
รวม	3.52	0.931

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีความต้องการการคลอด
ธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.813$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มี
ความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 ข้อ ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.56$) ระดับมาก
จำนวน 19 ข้อ ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.815$) และระดับปานกลางจำนวน 5 ข้อ ($\bar{X} = 2.76$, $SD = 0.961$)
ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความต้องการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ข้อความ	X	SD
1. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้คลอดรายปกติคลอดเองตามธรรมชาติ	4.40	0.734
2. ท่านยินดีสนับสนุนการสอนและการฝึกหัดบริหารร่างกายให้ผู้คลอดเพื่อเตรียมตัวคลอด	4.26	0.734
3. ท่านยินดีสนับสนุนการสอนและฝึกหัดนวดฝ่าเท้าให้ผู้คลอด	4.10	0.759
4. ท่านยินดีให้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้กับผู้คลอด	4.36	0.759
5. ท่านยินดีช่วยลูบหน้าท้องเพื่อลดความไม่สบายให้กับผู้คลอด	4.10	0.759
6. ท่านยินดีช่วยนวดหลังเพื่อลดความไม่สบายให้กับผู้คลอด	4.05	0.795
7. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้คลอดให้มีโอกาสฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่คลอดตามความต้องการ	4.45	0.633
8. ท่านยินดีให้สามีเข้ามาอยู่ให้กำลังใจผู้คลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด	4.21	0.717
9. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้คลอดใช้วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา	4.33	0.721
10. ท่านไม่ต้องการโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่ผู้คลอด	3.93	1.091
11. ท่านไม่ต้องการสวนอุจจาระก่อนคลอดแก่ผู้คลอด	3.60	1.127
12. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด	4.17	0.881
13. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้คลอดเลือกท่าคลอดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสบายและคลอดง่ายด้วยตนเอง	4.29	0.864
14. ท่านยินดีให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำแก่ผู้คลอดเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้	4.36	0.727
15. ท่านยินดีให้ผู้คลอดงดอาหารและน้ำในระหว่างรอคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป	3.60	1.191

ข้อความ	X	SD
16. ท่านต้องการให้การคลอดสิ้นสุดลงอย่างรวดเร็วโดยการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก	2.52	0.994
17. ท่านยินดีเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อให้การคลอดสิ้นสุดลงอย่างรวดเร็ว	2.95	0.825
18. ท่านยินดีตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการคลอดทุก 2 ชั่วโมง	2.79	1.094
19. ท่านต้องการตัดฝีเย็บให้ผู้คลอดทุกราย	2.60	0.857
20. ท่านยินดีประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องตรวจทางหน้าท้องผู้คลอดตลอดเวลา	2.95	1.035
21. ท่านยินดีตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องฟังทางหน้าท้องผู้คลอดตลอดเวลา	3.62	1.106
22. ท่านยินดีที่จะอธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอดแก่ผู้คลอดเป็นระยะๆ	4.45	0.593
23. ท่านยินดีที่จะให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของตนเอง	4.38	0.697
24. ท่านต้องการให้การพยาบาลที่ระหนักถึงสิทธิของผู้คลอดและครอบครัว	4.57	0.590
25. ท่านยินดีให้การดูแลผู้คลอดโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว	4.40	0.587
26. ท่านยินดีส่งเสริมการสร้างคามผูกพันระหว่างมารดา บิดา และทารกทันทีหลังคลอด โดยไม่แยกทารกจากไป	4.55	0.593
27. ท่านยินดีให้ทารกได้ดูนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	4.74	0.497
รวม	3.95	0.813

ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53$, $SD = 0.974$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากจำนวน 10 ข้อ ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.933$) ระดับปานกลางจำนวน 5 ข้อ ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 1.056$) และระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 2.33$, $SD = 0.979$) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติ

ข้อความ	X	SD
1. สูติแพทย์/พยาบาลไม่มีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการคลอดธรรมชาติ	2.95	0.987
2. สูติแพทย์/พยาบาลไม่เห็นความสำคัญและไม่เห็นด้วยกับการคลอดธรรมชาติ	2.95	1.147
3. สูติแพทย์/พยาบาลในห้องคลอดมีน้อย จึงไม่สามารถให้บริการคลอดธรรมชาติได้	3.57	1.016
4. สูติแพทย์/พยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็วจึงนิยมการเร่งคลอด	3.71	0.891
5. สูติแพทย์/พยาบาลส่วนใหญ่นิยมให้ยาระงับปวด	3.10	0.906
6. สูติแพทย์/พยาบาลยังยึดติดรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่ปฏิบัติกันมานาน	3.90	0.850
7. การคลอดธรรมชาติไม่ใช่ชน โขบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข	3.33	1.119
8. นโยบายของสถานบริการไม่เอื้อต่อการส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ	3.61	1.022
9. ผู้คลอดไม่เชื่อมั่นในหลักการคลอดธรรมชาติ	3.60	0.912
10. ผู้คลอดไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ	4.02	0.975
11. ผู้คลอดไม่มีอำนาจในการต่อรองในการเลือกวิธีการคลอดธรรมชาติ	3.69	0.950
12. ผู้คลอดต้องการคลอดแบบไม่เจ็บปวด	4.45	0.772
13. ผู้คลอดขาดการเตรียมความพร้อมในการคลอดธรรมชาติ	4.38	0.764
14. การคลอดธรรมชาติอาจทำให้มีการติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวเข้ามาในห้องคลอด	2.33	0.979
15. การคลอดธรรมชาติจะทำให้สูติแพทย์/พยาบาลทำงานไม่สะดวก เนื่องจากมีครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยในห้องคลอด	3.10	1.122
16. สถานที่ไม่เหมาะในการคลอดธรรมชาติ	3.79	1.180
รวม	3.53	0.974

การอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ ทักษะหรือการรับรู้ และความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่องทัศนคติหรือการรับรู้เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.879$), ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.892$) ตามลำดับจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น 5. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด 6. การประเมินการหดตัวของมดลูกจำเป็นสำหรับการคลอดธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยให้บอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดได้ 7. เมื่อมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี แสดงว่ามีความก้าวหน้าในการคลอด 25. ผู้คลอดและครอบครัวมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการดูแลของตนเอง 28. การคลอดธรรมชาติทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา 29. การคลอดธรรมชาติช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น 30. การคลอดธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความประทับใจให้กับครอบครัว 33. การให้สามีเข้าไปร่วมรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นการช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว 34. การคลอดธรรมชาติเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว 36. ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะช่วยให้การคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ และข้อ 37. การผ่าตัดคลอดมีค่าใช้จ่ายแพงกว่าการคลอดธรรมชาติ

ส่วนหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05, SD = 1.080$), ($\bar{X} = 3.08, SD = 1.093$) จำนวน 20 และ 19 ข้อ ตามลำดับได้แก่ ข้อ 1. การคลอดธรรมชาติทำให้ช่องคลอดไม่กระชับเหมือนเดิม 2. การคลอดธรรมชาติเป็นการคลอดที่ผู้คลอดควบคุมการคลอดได้ด้วยตนเอง 4. การนอนหลับเป็นวิธีที่ทำให้ยากและไม่สะดวกในการทำ 8. ความกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง 9. การลูบหน้าท้องเป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้คลอด 10. การฟังเพลงที่ตนเองชอบเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์ได้ 11. การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในห้องคลอดเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้คลอดเนื่องจากเป็นห่วงสามี 12. การคลอดต้องได้รับการดูแลที่สะอาดปราศจากเชื้อ ครอบครัวจึงไม่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในห้องคลอด 13. การคลอดธรรมชาติไม่ควรใช้ยาเร่งปวดเพื่อลดความไม่สบายจากการเจ็บครรภ์ 14. การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่ปฏิบัติเป็นประจำเป็นการกระทำที่ไม่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้คลอด 15. การสวนอุจจาระเป็นการรบกวนการทำงานของระบบขับถ่ายโดยไม่จำเป็น 18. การคลอดธรรมชาติ ผู้คลอดสามารถเลือกคลอดในท่าใดก็ได้ที่ผู้คลอดรู้สึกสบายและทำให้การคลอดง่ายขึ้น 19. พยาบาลสามารถ

ประเมินความก้าวหน้าในการลดจากอาการแสดงและการหดตัวของมดลูกได้ โดยไม่จำเป็นต้องตรวจภายในบ่อย ๆ 20. การใช้ยากระตุ้นการคลอดจะทำให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็วและไม่เจ็บครรภ์นาน 21. การใช้ยากระตุ้นการคลอดเป็นการรบกวนกลไกการคลอดตามธรรมชาติ 22. กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการเตรียมก่อนคลอดจะสามารถยืดขยายได้ดี จึงไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ 32. การคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิง สามิจึงไม่ควรเข้าไปดูแลและรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้วย 35. การคลอดธรรมชาติเป็นภาวะที่อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้น 38. การผ่าตัดคลอดให้ประสบการณ์ที่ดีกับการคลอดเนื่องจากผู้คลอดไม่ต้องเจ็บครรภ์ สำหรับข้อ 24. การคลอดเป็นภาวะเสี่ยงจึงต้องมีการติดตามการคลอดโดยใช้เครื่องมือประเมินการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา ของหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

ในเรื่องความต้องการการคลอดธรรมชาติเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ครอบครัวมีความต้องการต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.766$) คือข้อ 25. ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรและภรรยาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ส่วนหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มีความต้องการต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00, SD = 0.887$), ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.953$) จำนวน 12 ข้อและ 13 ข้อ ตามลำดับ โดยในข้อที่เหมือนกันจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1. ต้องการคลอดเองตามธรรมชาติ 2. ต้องการได้รับ/ให้ภรรยาได้รับความรู้และฝึกหัดบริหารร่างกายเพื่อเตรียมตัวคลอด 3. ต้องการได้รับ/ให้ภรรยาได้รับความรู้และฝึกหัดนวดฝีเย็บ 4. ต้องการได้รับ/ให้ภรรยาได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนคลอด 5. ต้องการช่วยตนเอง/ช่วยลูบหน้าท้องให้ภรรยาโดยการลูบหน้าท้องในขณะที่เจ็บครรภ์ 8. ต้องการให้สามีเข้ามาอยู่ให้กำลังใจ/สามีต้องการเข้ามาอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาของการคลอด 21. ต้องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอด 22. ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของตนเอง/ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของภรรยา 23. ต้องการการดูแลที่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นคน/ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดของภรรยา

24. ต้องการการดูแล/ให้ภรรยาได้รับการดูแลที่เป็นส่วนตัว 26. ต้องการให้นมตนเอง/ให้ภรรยามีโอกาสให้นบุตรดูนมภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ข้อที่แตกต่างมี 1 ข้อ คือ ข้อ 25. ท่านต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรและสามีตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ส่วนครอบครัวข้อที่แตกต่างมี 2 ข้อ คือ ข้อ 6. ต้องการนวดหลังให้ภรรยาในขณะที่เจ็บครรภ์และข้อ 7. ต้องการให้ภรรยาฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่คลอดในกรณีที่ภรรยาต้องการฟัง

ส่วนหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มีความต้องการต่อการคลอดธรรมชาติ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.03, SD = 1.035$), ($\bar{X} = 2.96, SD = 1.066$) จำนวน 13 ข้อและ 10 ข้อ ตามลำดับ โดยในข้อที่เหมือนกัน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9. ต้องการได้รับ/ให้ภรรยาได้รับ ยาแก้ปวดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ 10. ต้องการ/ให้ภรรยา ได้รับโภชนาการที่ช่วยสับสนก่อนคลอด 11. ต้องการ/ให้ภรรยา ได้รับสวน

อุจจาระก่อนคลอด 12. ต้องการ/ให้ภรรยา ได้รับเคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด 13. ต้องการ/ให้ภรรยาได้รับเลือกท่าคลอดด้วยตนเอง 14. ต้องการได้รับ/ให้ภรรยาได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำในระยะคลอด 15. ไม่ต้องการ/ต้องการให้ภรรยา รับประทานอาหารและน้ำในระยะคลอด 16. ต้องการให้ตนเอง/ให้ภรรยาคลอดเร็วขึ้น โดยการได้รับยากระตุ้นการคลอด 17. ต้องการ/ให้ภรรยา ให้เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะคลอด และข้อ 19. ต้องการ/ให้ภรรยา ให้มีการตัดฝีเย็บในขณะที่คลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ข้อที่แตกต่างกันมี 3 ข้อ คือ ข้อ 6. ต้องการให้มีผู้ช่วยนวดหลังในขณะที่เจ็บครรภ์ 7. ต้องการฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลายในขณะที่คลอดตามความต้องการ และข้อ 18. ต้องการให้ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมงในระยะคลอด

สำหรับผู้ที่ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ทักษะหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ขณะเดียวกันก็มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน

จากการที่หญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดและครอบครัวได้มอบความไว้วางใจในการตัดสินใจการคลอดให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่มีความรู้ เป็นระยะเวลาอันจึงยอมรับการดูแลทุกด้านที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพหรือผู้ให้บริการ ดังนั้นเมื่อผู้ให้บริการให้ความสนใจและความสำคัญในการพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ หญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดและครอบครัวจึงให้ความสนใจและปฏิบัติตามบริบทนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากการวิจัยครั้งนี้ที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ในขณะที่เดียวกันก็มีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

ส่วนผู้ให้บริการให้ความสนใจและความสำคัญในการพัฒนาการให้บริการที่มีคุณภาพซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญเพราะได้รับแรงผลักดันอย่างมากจากการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระแสโลกาภิวัตน์ การปฏิรูประบบราชการ การประกาศสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความตื่นตัว มีการปรับปรุงการบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและการอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้จากการวิจัยครั้งนี้ว่า ผู้ให้บริการมีความรู้ ทักษะ และความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากเพราะได้รับการอบรมจากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านให้บริการการคลอดธรรมชาติหลายครั้ง และได้ดำเนินการให้บริการการคลอดธรรมชาติมาในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งความต้องการการคลอดธรรมชาติในการศึกษาครั้งนี้ที่สูงสุดมี 5 ข้อ คือ ต้องการให้ทารกดูนมมารดาในช่วงชั่วโมงแรกหลังคลอด ต้องการให้สามีหรือครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ต้องการการบริหารกล่อมเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น ต้องการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด และต้องการมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการคลอดธรรมชาติด้วย นอกจากนี้ยังพบ

ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากด้วย โดยจากการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาที่มีคะแนนสูง 3 ปัญหาใหญ่คือ ผู้คลอดต้องการคลอดแบบไม่เจ็บปวด ผู้คลอดขาดการเตรียมความพร้อมในการคลอดธรรมชาติ และผู้คลอดไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ ซึ่งโดยปกติการคลอดธรรมชาติ จะประสบผลสำเร็จได้ก็จุดสำคัญต้องมีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในช่วงมารับบริการการฝากครรภ์ และให้ครอบครัวเข้าไปดูแลผู้คลอดในระยะคลอดด้วย (Norman, 2002) โดยมีกระบวนการสอนที่แตกต่างจากการสอนที่ให้บริการในปัจจุบัน เพราะการสอนเพื่อการคลอดธรรมชาติ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้ฝึกฝนในการควบคุมการเจ็บครรภ์คลอดในระยะคลอดอย่างแท้จริงและทำให้เกิดความพึงพอใจในการคลอดสูงตามมา (Kannan, Jamison, & Datta, 2001)

ดังนั้นจึงต้องพัฒนารูปแบบในการให้บริการการคลอดธรรมชาติที่มีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทั้งเรื่องความรู้และการสนับสนุนการคลอดธรรมชาติให้ประสบความสำเร็จและมีการให้บริการมากขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพประสบความสำเร็จและผู้รับบริการเกิดความประทับใจต่อการคลอดธรรมชาติ ตลอดจนควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ มากขึ้นเพื่อให้ผลการวิจัยได้รับการยอมรับและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถสนองตอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสามารถทำตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าการดูแลการคลอดที่ดีควรมีอัตราการผ่าตัดคลอดไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดา-ทารกและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้ทัศนคติและความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ด้วยแบบสอบถามความรู้ทัศนคติและความต้องการการคลอดธรรมชาติที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี เฉลี่ย 24.38 ปี (ร้อยละ 57.8) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.4) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.1) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.8) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เฉลี่ย 3,760.64 บาท (ร้อยละ 56.7) และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 66.5) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 52.2)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9, $\bar{X} = 23.20$, $SD = 3.321$)

ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 0.997$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดี จำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.879$) ระดับปานกลางจำนวน 20 ข้อ ($\bar{X} = 3.05$, $SD = 1.080$) และระดับน้อยจำนวน 6 ข้อ ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 0.970$)

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.962$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากจำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.887$)

ระดับปานกลางจำนวน 13 ข้อ ($\bar{X} = 3.03, SD = 1.035$) และระดับน้อยจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 2.12, SD = 0.919$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ครอบครัวอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี เฉลี่ย 28.10 ปี (ร้อยละ 57.6) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.9) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 44.8) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 62.3) รายได้อยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท เฉลี่ย 7,145.16 บาท (ร้อยละ 52.2) และเคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ (ร้อยละ 40.9) โดยแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติมากที่สุด ได้แก่ พยาบาล (ร้อยละ 12.8) และรองลงมาคือ เอกสารสุขภาพ (ร้อยละ 9.5)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6, $\bar{X} = 23.16, SD = 3.481$)

ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17, SD = 1.012$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดี จำนวน 12 ข้อ ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.892$) เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ ระดับปานกลาง จำนวน 19 ข้อ ($\bar{X} = 3.08, SD = 1.093$) และระดับน้อยจำนวน 7 ข้อ ($\bar{X} = 2.15, SD = 0.996$)

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของครอบครัว ครอบครัวมีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45, SD = 0.992$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.766$) ระดับมากจำนวน 13 ข้อ ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.953$) ระดับปานกลางจำนวน 10 ข้อ ($\bar{X} = 2.96, SD = 1.066$) และระดับน้อยจำนวน 2 ข้อ ($\bar{X} = 2.35, SD = 0.995$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติ รวมทั้งปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการอายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 36.43 ปี (ร้อยละ 69.1) ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.2) ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี (ร้อยละ 81.0) (ร้อยละ 52.2) และเคยได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ (ร้อยละ 57.1) และสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.7)

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 25-35) (ร้อยละ 90.5)

ทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.52, SD = 0.931$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีทัศนคติหรือการรับรู้ต่อการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับดีมากจำนวน 4 ข้อ ($\bar{X} = 4.65, SD = 0.513$)

ระดับดีจำนวน 15 ข้อ ($\bar{X} = 4.14, SD = 0.846$) ระดับปานกลางจำนวน 15 ข้อ ($\bar{X} = 3.02, SD = 1.099$) และระดับน้อยจำนวน 4 ข้อ ($\bar{X} = 1.98, SD = 1.043$)

ความต้องการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีความต้องการการคลอดธรรมชาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95, SD = 0.813$) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่ามีความต้องการการคลอดธรรมชาติอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 ข้อ ($\bar{X} = 4.62, SD = 0.56$) ระดับมากจำนวน 19 ข้อ ($\bar{X} = 4.16, SD = 0.815$) และระดับปานกลางจำนวน 5 ข้อ ($\bar{X} = 2.76, SD = 0.961$)

ซึ่งความต้องการการคลอดธรรมชาติในการศึกษาครั้งนี้ที่สูงสุดมี 5 ข้อ คือ ต้องการให้ทารกุดนมมารดาในช่วงชั่วโมงแรกหลังคลอด ต้องการให้สามีหรือครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ต้องการการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้การคลอดง่ายขึ้น ต้องการการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด และต้องการมีสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการคลอดธรรมชาติ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในการให้บริการการคลอดธรรมชาติที่มีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ทั้งเรื่องความรู้และการสนับสนุนการคลอดธรรมชาติให้ประสบความสำเร็จและมีการให้บริการมากขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพประสบความสำเร็จและผู้รับบริการเกิดความประทับใจต่อการคลอดธรรมชาติ ตลอดจนควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ มากขึ้นเพื่อให้ผลการวิจัยได้รับการยอมรับและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. คณะพยาบาลศาสตร์และโรงพยาบาลเมืองจะเขิงเทราควรมีการทำวิจัยร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการให้บริการการคลอดธรรมชาติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. คณะพยาบาลศาสตร์ควรผลักดันให้โรงพยาบาลเมืองจะเขิงเทรากำหนดเป็นนโยบายเน้นการให้บริการการคลอดธรรมชาติ ซึ่งจะสามารถรองรับการเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาโทในสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูงซึ่งจะเปิดสอนในปีการศึกษา 2551 นี้
3. คณะพยาบาลศาสตร์ตั้งศูนย์ให้ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการการคลอดธรรมชาติ

บรรณานุกรม

- ขนิษฐา สำเภา. (2544). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอด โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. เชียงใหม่ : แพรการพิมพ์.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อุษาพร ชวลิตนิธิกุล ชุติมา อัครถาวร โกวิท ราตรี โอภาส และอรชร ณ
ระนอง.(2537). การรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ครอบครัว. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา
โรคเอดส์ ทบวงมหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐนิชา คำपालะ. (2546). ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการ
คลอดด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลสตรี)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์พร วรมงคล. (2550). การตายของมารดาและทารกปริกำเนิด. ใน : ชาอุชัย วันทนาศิริ, วิทยา
ดิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ และสุนทร สื้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ปริกำเนิด.
กรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด.
- นิจ์สากร นังกลา. (2546). ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์
แรกและผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาล
สตรี) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรียา แก้วพิมพ์. (2546). การมีส่วนร่วมของสตรีครรภ์แรกในการดูแลในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลสตรี) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๔๒.(2546). กรุงเทพฯ : ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีนท์.
- พิริยา สุขศรี.(2547). การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : จากปรัชญาสู่การปฏิบัติ. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 12(3) : 1-11.
- พัฒน์ สุจำนงค์.(2546). สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ. แปลและเรียบเรียง (2544). กว่าจะเป็นแม่ คู่มือ
ตั้งครรภ์คุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- มูลนิธิส่งเสริมการคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย. (2546). การคลอดวิถีธรรมชาติ.
กรุงเทพฯ : มูลนิธิส่งเสริมการคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย.

- วิโรจน์ วรรณภีระ. (2546). *การประชุมวิชาการประจำปี 2546 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย : การดูแลทารกปริกำเนิดแบบบูรณาการร่วมสมัย (Modern Integrated Perinatal Care)*. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์.(2547). การออกกำลังกายและการบริหารร่างกายเพื่อการคลอดธรรมชาติ. *การประชุมวิชาการการคลอดธรรมชาติ : คุณภาพการพยาบาลในยุคปฏิรูปสุขภาพ*. ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2548). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชลบุรี : ศรีศิลป์.
- สุจิต คุณประดิษฐ์. (2546). *การประชุมวิชาการประจำปี 2546 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย : การดูแลทารกปริกำเนิดแบบบูรณาการร่วมสมัย (Modern Integrated Perinatal Care)*. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ.
- เอกชัย โควาวิสารัช และชนิด หัพนานนท์. (2544). *การคลอดวิถีธรรมชาติ*. ใน : เขื่อน ดันนินันดร, บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์มารดาและทารก*. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อและอู่การพิมพ์.
- Benderson,B.(2001). *The legacy of Dr.Lamaze : the story of the man who changed childbirth*. New York : St.Martin.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park : Addison-Wesley.
- Balaskas,J. (1983). *Active birth*. London : McGraw Hill.
- Friedman,M.M.,Bowden,V.R., & Jones,E.G.,(2003). *Family Nursing : Research, Theory, & Practice*. (5th ed.). New Jersey : Prentice Hall.
- Herrel, et.al. (2004). Somali Refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4) : 345-349.
- Humenick, S.S. (2006). The Life-Changing Significance of Normal Birth. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4) : 1-3.
- Hunter, L.P. (2006). Women give birth and Pizzas are delivered : Language and Western Childbirth Paradigms. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2) : 119-124.
- Kannan,S., Jamison,R.N., & Datta,S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472.
- Korte,D.(1997). *The VBAC Companion : The Expectant Mother's Guide to Vaginal Birth After Cesarean*. Boston : The Harvard Common.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York : Harper.

- Melender, Hanna-Leena. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of Pregnant Finnish Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5): 331-339.
- Moore, M. & Costa, C. de. (2003). *Cesarean Section : Understanding and Celebrating Your Baby's Birth*. Baltimore : The Johns Hopkins University.
- Murphy, M. & Wasson, C. L. (2003). *Pelvic Health & Childbirth : What Every Woman Needs to Know*. New York : Prometheus Books.
- Murray, S. S. & McKinney, E. S. (2006). *Foundations of Maternal – Newborn Nursing*. (4th ed.). USA : Saunders.
- Norman, B. (2002). Natural childbirth is inappropriate in a modern world. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 11, 28-32.
- Reid, E. (1993). *Placing women at the centre of the analysis issues paper 6*, HIV and development programme, UNDP, New York.
- Robertson, A. (1988). *Preparing for Birth : Background notes for Pre-natal Classes*. NSW : ACE Graphics.
- Robertson, A. (1999). *Preparing for Birth : Fathers : Background notes for Pre-natal Classes*. NSW : ACE Graphics.
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. New York : Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person*. New York : Houghton Mifflin.
- Simkin, P., Whalley, J., & Keppler, A. (1993). *Pregnancy Childbirth and the Newborn : The complete guide*. New York : Meadowbrook.
- Scotto, C. J. (2003). Faculty Forum : A New View of Caring. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 289-291.
- Streubert, H. J. and Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative* (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Watson, J. (1985). *The Philosophy and science of caring*. Colorado : Colorado Associated University Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติศาสตร์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 5 ท่าน ดังรายนามต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์เจียรนัย โพธิ์ไทรย์ จากจังหวัดเชียงใหม่
2. นายแพทย์เอกชัย โคควาวิสารัช จากโรงพยาบาลราชวิถี
3. แพทย์หญิงยุพียง แห่งเชาวนิช จากโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพฯ
4. อาจารย์พิสุทธิ ปทุมมาสูตร จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
5. คุณมีนะ สพสมัย จากมูลนิธิส่งเสริมการคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามเรื่องความรู้ทัศนคติ และความต้องการการลดผลกระทบ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสอบถามความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องเกี่ยวกับการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) หน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อ และเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี เดือน

2. ศาสนา.....

3. ระดับการศึกษา

(.....) ไม่ได้เรียน

(.....) ประถมศึกษา

(.....) มัธยมศึกษา

(.....) ปวช./ ปวส./อนุปริญญา

(.....) ปริญญาตรี

(.....) สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

(.....) เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ การประมง) ระบุ.....

(.....) รับจ้าง ระบุ ตำแหน่ง

(.....) รับราชการ ระบุ ตำแหน่ง.....

(.....) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบุ ตำแหน่ง.....

(.....) ค้าขาย ระบุ

(.....) งานบ้าน ระบุ

(.....) อื่น ๆ ระบุ

4. รายได้ของท่าน บาท/เดือน

5. ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด ภูมิลำเนาปัจจุบัน จังหวัด..... อยู่มานาน ปี

6. ปัจจุบันท่านตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่..... (ถ้าเป็นครรภ์แรกข้ามไปตอบข้อ 8)

7. จำนวนการแท้งบุตร.....ครั้ง

8. จำนวนบุตรทั้งหมด..... คน เป็นบุตรที่คลอดเองทางช่องคลอด.....คน

เป็นบุตรที่คลอดทางช่องคลอด โดยได้รับการช่วยคลอดทำกัน คน

เป็นบุตรที่คลอดโดยผ่าตัดคลอด.....คน สาเหตุที่ได้รับการผ่าตัดคลอด.....

เป็นบุตรที่คลอดใช้เข็มหรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศ.....คน สาเหตุที่ได้รับการช่วยคลอดด้วย เข็ม

หรือเครื่องดูดสุญญากาศ.....

9. อายุครรภ์ของท่านในปัจจุบัน.....เดือน หรือ สัปดาห์

10. ลักษณะครอบครัว

(.....) ครอบครัวเดี่ยว (อยู่กับสามีและบุตร)

(.....) ครอบครัวขยาย (อยู่ร่วมกับบิดามารดา หรือปู่ย่า หรือตายาย)

แบบสอบถามความรู้เรื่องเกี่ยวกับการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อ ขอให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและทำทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นไม่ถูกต้อง

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ความคิดเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. การลดผลกระทบเป็นการลดที่ทารกคลอดออกจากช่องคลอด โดยไม่ต้องใช้ยาหรือเครื่องมือใด		

แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการลดผลกระทบของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการลดผลกระทบของท่าน คำตอบของท่านจึงไม่ใช่ถูกหรือผิด แต่เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนางานบริการพยาบาลในห้องคลอดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

2. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อ ขอให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและทำทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การลดอัตราชนชาติทำให้ช่องคลอดไม่กระชับเหมือนเดิม					

แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการลดอัตราชนชาติของหญิงตั้งครรภ์

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อ ขอให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และทำทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าท่านต้องการให้พยาบาลกระทำให้ท่านในระดับมากที่สุด
 มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าท่านต้องการให้พยาบาลกระทำให้ท่านในระดับมาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าท่านต้องการให้พยาบาลกระทำให้ท่านในระดับปานกลาง
 น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าท่านต้องการให้พยาบาลกระทำให้ท่านในระดับน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าท่านต้องการให้พยาบาลกระทำให้ท่านในระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านต้องการคลอดเองตามธรรมชาติ					

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) หน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อ และเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. ศาสนา.....
3. ระดับการศึกษา

(.....) ไม่ได้เรียน	(.....) ประถมศึกษา
(.....) มัธยมศึกษา	(.....) ปวช./ปวส./อนุปริญญา
(.....)ปริญญาตรี	(.....) สูงกว่าปริญญาตรี
3. อาชีพ

(.....) เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ การประมง) ระบุ.....
(.....) รับจ้าง ระบุ ตำแหน่ง
(.....) รับราชการ ระบุ ตำแหน่ง.....
(.....) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบุ ตำแหน่ง.....
(.....) ค้าขาย ระบุ
(.....) งานบ้าน ระบุ
(.....) อื่น ๆ ระบุ
4. รายได้ของท่าน บาท/เดือน
5. ท่านเคยได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติหรือไม่

(.....) เคย (ถ้าตอบเคยให้ตอบข้อ 6 ต่อ)
(.....) ไม่เคย
6. ถ้าท่านเคยได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ ท่านได้รับจากแหล่งใด

(.....) แพทย์	(.....) พยาบาล
(.....) วารสาร	(.....) เอกสารสุขภาพ
(.....) หนังสือพิมพ์	(.....) อื่น ๆ.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (.....) หน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อ และเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ศาสนา.....

3. สถานภาพสมรส

(.....) โสด

(.....) คู่

(.....) หย่าร้าง/แยกกันอยู่

(.....) หม้าย

4. ระดับการศึกษา

(.....) อนุปริญญา

(.....)ปริญญาตรี

(.....) ปริญญาโท

(.....) อื่น ๆ ระบุ.....

3. ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด..... ปี เดือน

4. การได้รับการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ

(.....) ไม่เคย

(.....) เคย ระบุ (จำนวนครั้ง จำนวนวัน).....

แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการให้บริการการคลอดธรรมชาติของผู้ให้บริการ

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อ ขอให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและทำทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านต้องการ/ยินดี/เต็มใจในการให้บริการการคลอดธรรมชาติในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านต้องการ/ยินดี/เต็มใจในการให้บริการการคลอดธรรมชาติในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านต้องการ/ยินดี/เต็มใจในการให้บริการการคลอดธรรมชาติในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านต้องการ/ยินดี/เต็มใจในการให้บริการการลดค่าธรรมเนียมในระดับ
น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านต้องการ/ยินดี/เต็มใจในการให้บริการการลดค่าธรรมเนียมในระดับ
น้อยที่สุด

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านยินดีสนับสนุนให้ผู้ลดรายปกติตลอดเองตาม ธรรมชาติ					

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการการลดค่าธรรมเนียม

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อ ขอให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและทำทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อความ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สวัสดิภาพ/พยาบาล ไม่มีความเชื่อมั่นในความ ปลอดภัยจากการลดค่าธรรมเนียม					

ภาคผนวก ก.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จดหมายยินยอมเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย

คณะผู้วิจัยกำลังศึกษาความรู้ ทักษะ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ครบครัน และผู้ให้บริการ โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ให้ตรงกับความเป็นจริง และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที โดยไม่ต้องเขียนชื่อของท่านลงบนแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามเป็นข้อมูลที่มีค่ามาก คณะผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล ซึ่งการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลต่อตัวท่านไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ท่านมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ คณะผู้วิจัยยินดีตอบคำถามของท่าน และในระหว่างการตอบแบบสอบถามท่านอาจยกเลิกการตอบได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน

ขอแสดงความนับถือ

รศ.วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์

ผศ.ดร.รัชนีวรรณ รอส

ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านคำอธิบายการวิจัยถึงวิธีการและผลที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้แล้ว มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ

ลงนาม.....

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2549