



การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จ
ในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

Perceptions of Childbirth Experience, Social Support and
Maternal Role Attainment among Mothers with Cesarean Section

ปาริฉัตร แซ่ลิว	พย.ม.*	Parichat Saeliw	M.N.S.*
กรรณิการ์ กันธะรักษา	พย.ด.**	Kannika Kantaruksa	Ph.D.**
นงลักษณ์ เฉลิมสุข	พย.ด.*	Nonglak Chaloumsuk	Ph.D.*

บทคัดย่อ

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีความสำคัญอย่างมากต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยในชีวิตของทารก โดยเฉพาะในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซึ่งผ่านประสบการณ์การคลอด แตกต่างจากมารดาทั่วไป ทั้งนี้ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย ที่มารับบริการตรวจสุขภาพภายหลังคลอด 4 ถึง 6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลสันป่าตอง ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสุกัญญา ปรีชญญกุล ฉวี เบาทรวง และ ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒน์ (2556) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ที่สร้างขึ้นโดยลินี สิทธิบุญมา กรรณิการ์ กันธะรักษา และ บังอร ศุภวิทพัฒนา (2557) และแบบประเมิน ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (MRAS-Form B) ที่สร้างขึ้นโดยศรีสมร ภูมณสกุล อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์ และอุษา ศิริวัฒน์โชค (2547) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางบวก ร้อยละ 52.94 และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดทางลบ ร้อยละ 47.06
2. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.24 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.76
3. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.06 และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.94

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



4. การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$)

คำสำคัญ: การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

Abstract

Maternal role attainment is very important for babies' health and life safety, especially for mothers who have undergone a cesarean section and as a result had a different experience during birth compared to other mothers. Successful maternal role attainment depends on several factors. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore perceptions of childbirth experience, social support, and maternal role attainment among mothers who had a cesarean section. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 mothers with emergency cesarean section who had postpartum check-up at 4-6 weeks at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Health Promotion Hospital, Lampoon Hospital and Sanpatong Hospital. The data were collected from May to August 2015. The instruments used for data collection were: the Perceptions of Childbirth Experience for mothers with cesarean section Questionnaire modified from the Childbirth Perception and Experience Questionnaire by Sukanya Parisanyakul, Chavee Baosoung and Piyaporn Prasitwatanasaree (2013), the Social Support Questionnaire by Nalinee Sitthiboonma, Kannika Kantaruksa and Bungorn Supavititpatana (2014), and the Maternal Role Attainment Scale Form-B by Srisamon Phumonsakul, Arapan Somboonsam and AUSA Sirivatanachok (2004). Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed that:

1. Perceptions of childbirth experience of mothers with cesarean section were positive for 52.94% of the sample and negative for 47.06%.
2. Social support of mothers with cesarean section were at a high level for 88.24% of the sample and at a moderate level for 11.76%.
3. Maternal role attainment was at a high level for 47.06% of the sample and at a low level for 52.94%.
4. Perceptions of childbirth experience had a low positive correlation with maternal role attainment ($r = .214, p < .05$). Social support had a moderate positive correlation with maternal role attainment ($r = .393, p < .01$).

Key words: Perceptions of Childbirth Experience, Social Support, Maternal Role Attainment, Mothers with Cesarean Section, Emergency Cesarean Section



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการผ่าตัดคลอดในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลการคลอดในปี 2008 จาก 137 ประเทศ พบว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดประมาณ 18.5 ล้านรายทั่วโลก (Gibbons et al., 2010) และองค์การอนามัยโลกรายงานว่าพบอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกร้อยละ 16 (World Health Organization [WHO], 2012) อย่างไรก็ตามไม่พบสถิติการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในระดับโลก เช่นกันกับประเทศไทยที่พบเพียงสถิติการผ่าตัดคลอดโดยรวม จากข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 20.3 ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.25 ในปี พ.ศ. 2550 (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2551)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ (planned or elective cesarean birth) กระทำในกรณีมีข้อบ่งชี้ว่าอาจจะเกิดความเสี่ยงสูงหากคลอดทางช่องคลอดหรือกรณีที่มีการคลอดต้องการผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean birth) กระทำในกรณีมีเหตุฉุกเฉินเป็นทางด้านการแพทย์เพื่อรักษาชีวิตมารดาและทารกโดยไม่มีการวางแผนมาก่อน (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดยังคงเป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายได้ในมารดาและทารก (Campbell, 2011) โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินซึ่งมารดาต้องผ่านประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดและมีระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานนำไปสู่การใช้ยาระงับความเจ็บปวดและการชักนำการคลอดแต่เกิดความล้มเหลวจึงต้องได้รับการผ่าตัดคลอดในที่สุด (Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2008) มารดากลุ่มนี้บางรายอาจถูกนำตัวส่งเข้าห้องผ่าตัดโดยเร็วทำให้ไม่ได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์จากแพทย์หรือพยาบาล จึงเกิดความกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและบุตรมากขึ้น (Yokote, 2008) หลังคลอดมารดาต้องเผชิญความเจ็บปวดจากแผล

ผ่าตัดและการหดตัวของมดลูก (Karlstrom, Engstrom, Norbergh, Sjolning, & Hildingsson, 2007) และอาจมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านลบที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในจิตใจมารดา (Nystedt et al., 2008) ความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าของร่างกายยังทำให้มารดาขาดเรี่ยวแรงในการดูแลทารก ขาดความไวในการตอบสนองทารก รวมทั้งขาดความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดาซึ่งส่งผลทางลบต่อการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ (Reenen & Rensburg, 2013)

การผ่าตัดคลอดอาจส่งผลกระทบต่อทารก โดยเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตภายหลังการผ่าตัด ซึ่งปัญหาที่พบทั่วไป ได้แก่ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (transient tachypnea of newborn) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) และการติดเชื้อ (Campbell, 2011) และแม้ทารกจะไม่มีภาวะเจ็บป่วยแต่ภายหลังเกิดมักถูกแยกจากมารดาเพื่อรับการตรวจร่างกายตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล และได้เริ่มสร้างสัมพันธภาพครั้งแรกกับมารดาล่าช้า (Chalmers et al., 2010) มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพและความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรก (Mercer, 2006) จะเห็นว่าการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความสามารถในการดูแลทารก ความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดา อันเป็นองค์ประกอบที่บ่งบอกถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (maternal role attainment) (Reenen & Rensburg, 2013)

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นกระบวนการที่มารดาสามารถกระทำบทบาทการเป็นมารดา และสามารถผสมผสานพฤติกรรมของมารดาในลักษณะของตนเองร่วมกับการกระทำบทบาทอื่นได้อย่างมีความสุข มีความสบายใจและพึงพอใจในการแสดงเอกลักษณ์ของการเป็นมารดา (Mercer, 1985) โดยพฤติกรรมตามบทบาทการเป็นมารดาแสดงให้เห็นจากความสามารถในการดูแลทารก ความรัก ความพึงพอใจต่อทารก การยอมรับในภาระหน้าที่ของบทบาทมารดา



(Mercer, 1995) กระบวนการพัฒนาความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา มีช่วงเวลาที่สำคัญ คือ 4 ถึง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่มารดาจะปรับกิจวัตรของตนเองเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสัญญาณของทารกได้อย่างเหมาะสม ทำความรู้จักคุ้นเคยกับทารก อีกทั้งเป็นช่วงของการเผชิญต่อบทบาทใหม่ (Ngai, & Chan, 2012)

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีความสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและภาวะสุขภาพของทารก เนื่องจากกระบวนการพัฒนาความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเกิดขึ้นพร้อมกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก (Mercer, 1995) การพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาช่วยให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถเกี่ยวกับการจัดการด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ และสังคมของทารก การพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาในระดับต่ำยังสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการทำร้ายและการทอดทิ้งทารก นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและการคิดของบุตรยังสัมพันธ์กับความยากลำบากในการเข้าสู่บทบาทของมารดาด้วย (World Health Organization, 2002 as cited in Emmanuel, Creedy, St John, & Brown, 2011)

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ตามแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) ประเมินได้จาก 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (attachment) 2) ความสามารถในการดูแลทารก (competence) และ 3) การแสดงออกถึงความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดา (gratification/satisfaction) จากการทบทวนวรรณกรรมในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดพบการศึกษาค้นคว้าประกอบของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเพียง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การศึกษาของชาลเมอร์ส และคณะ (Chalmers et al., 2010) ที่ศึกษาค้นคว้าประกอบด้านความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และความสามารถในการดูแลทารก พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสัมผัสทารกน้อยกว่า รวมทั้งระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ และการ

ศึกษาของ เฮอร์กันเนอร์ และคณะ (Herguner et al., 2014) ที่ศึกษาค้นคว้าประกอบด้านความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอด 5 เดือนชาวตุรกีพบว่าคะแนนความผูกพันของมารดาและทารกในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มมารดาคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินอาจมีผลมาจากหลายปัจจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ตามกรอบแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 2004) แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ด้านทารก และด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านมารดา เช่น อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด (perception of birth experience) การแยกมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอด (early mother infant separation) เป็นต้น ปัจจัยด้านทารก เช่น ลักษณะทางอารมณ์ รูปร่างหน้าตา และภาวะสุขภาพของทารก เป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม (social support) ภาวะเครียดของสังคม (social stress) เป็นต้น ทั้งนี้การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อหลายปัจจัยตามกรอบแนวคิดของเมอร์เซอร์ อาทิ ภาวะสุขภาพของมารดาและทารก การแยกจากของมารดาและทารกในระยะแรก รวมถึงการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เนื่องจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบสูงสุด (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดยังเป็นสถานการณ์ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยปรับสมดุลผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นกับจิตใจของมารดา (Herguner et al., 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านมารดา คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้การดูแลได้ โดยเฉพาะการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่มัก



เป็นไปในทางลบสูงมากในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Karlstrom et al., 2007)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลอด ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด (Marut & Mercer, 1979) โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกแปลความร่วมกับประสบการณ์เดิมเป็น 2 ลักษณะ คือ ประสบการณ์การคลอดทางบวกและประสบการณ์การคลอดทางลบ (สุกัญญา ปรีชญญกุล และคณะ, 2556) จากการศึกษาของ ดิแมททีโอ และคณะ (DiMatteo et al., 1996 as cited in Karlstrom et al., 2007) พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดในระยะยาวน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ มารดาที่ผ่าตัดคลอดมักใช้ระยะเวลาสั้นกว่าจะเริ่มมีการสร้างความผูกพันกับทารกครั้งแรกหลังคลอด อีกทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับทารกน้อยกว่าแม้ว่าจะกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินผ่านประสบการณ์การคลอดแตกต่างจากมารดาทั่วไปจึงต้องการได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากบุคคลใกล้ชิด (Mercer, 1990) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนมารดาหลังคลอดจากกลุ่มบุคคลอื่น แบ่งเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า (appraisal support) การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (informational support) และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) การสนับสนุนทางสังคมช่วยรักษาสมดุลของผลกระทบทางลบของเหตุการณ์ในชีวิต มารดาที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำกัดมีแนวโน้มที่จะปรับตัวสู่การเป็นมารดาได้ยากลำบาก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การปรับตัวสู่บทบาทมารดาง่ายขึ้น (Emmanuel et al., 2008) จากการศึกษาของ เฮอร์กันเนอร์ และคณะ (Herguner et al., 2014) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกซึ่งมีผลต่อ

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และญาติ ช่วยให้มารดาเกิดความสบายใจและส่งเสริมการรับรู้ของมารดา ช่วยให้การจัดการปัญหาต่างๆ ของมารดาเป็นไปได้ง่ายขึ้น มีความมั่นใจ และกระทำหน้าที่ตามบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Reenen & Rensburg, 2013; Chalmer et al., 2010; Karlstrom et al., 2007) แต่ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นอย่างไร



สำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการ
ผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

3. การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการ
ดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมี
ความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีผลกระทบต่อมารดา
และทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลต่อความ
สำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การศึกษาครั้งนี้ใช้
แนวคิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา
ของเมอร์เซอร์ (Mercer, 2004) ซึ่งอธิบายว่าเป็น
กระบวนการที่มารดาสามารถกระทำบทบาทการเป็น
มารดา และสามารถผสมผสานพฤติกรรมของมารดาใน
ลักษณะของตนเองร่วมกับการกระทำบทบาทอื่นได้อย่าง
มีความสุข มีความสบายใจ และพึงพอใจในการแสดง
เอกลักษณ์ของการเป็นมารดา โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
ต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่ผู้วิจัย
ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา คือ การรับรู้ประสบการณ์
การคลอดตามแนวคิดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut
& Mercer, 1979) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การ
สนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ (House,
1981) ซึ่งคาดว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบ
ฉุกเฉินที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบจะมี
ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในระดับต่ำ และ
มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่มีการ
สนับสนุนทางสังคมระดับมากจะมีความสำเร็จในการ
ดำรงบทบาทมารดาในระดับสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความ
สัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประสบการณ์
การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จใน
การดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังการผ่าตัดคลอดแบบ

ฉุกเฉิน ที่มารับบริการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังการผ่าตัดคลอดแบบ
ฉุกเฉิน ที่มารับบริการตรวจสุขภาพภายหลังคลอด 4 ถึง
6 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน
และโรงพยาบาลสันป่าตอง ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง
เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์เจ็บครรภ์คลอดในการ
คลอดครั้งล่าสุด 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่
ตกเลือด ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 3) ไม่มีโรคประจำตัว
4) บุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดก่อนกำหนด
มีภาวะขาดออกซิเจน มีความผิดปกติ หรือพิการแต่
กำเนิด 5) อาศัยอยู่กับสามีหรือครอบครัว 6) มีความ
สามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทย และ 7) ยินยอม
เข้าร่วมงานวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง
ประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ
(power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ
.05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และ
การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร
(estimated effect size) .30 ซึ่งได้ขนาดของกลุ่ม
ตัวอย่าง 85 ราย (Polit, 2010) และเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ในแต่ละโรงพยาบาลโดยการกำหนดสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ที่ผู้วิจัยดัดแปลง
จากแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ
สุกัญญา ปริสัณญกุล และคณะ (2556) ซึ่งพัฒนามาจาก
กรอบแนวคิดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut &
Mercer, 1979) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
(content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.95 และ
ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.73

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ
มารดาหลังคลอด ที่สร้างขึ้นโดย นลินี สิทธิบุญมา



และคณะ (2557) ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบประเมินจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.96

4. แบบประเมินความสำเร็จในการดำรงบทบาท มารดา MRAS-Form B ที่สร้างขึ้นโดยศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2547) ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1967) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบประเมินจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับตามปกติ

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสันป่าตองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทจำนวน 1 คน ช่วยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลลำพูน โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าไปแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อยินยอม ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนการรับรู้ ประสิทธิภาพการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสิทธิภาพการคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด โดยใช้สถิติทดสอบโคโมโกรอฟซามิโนฟ (Kolmogorov Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.87 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 31-35 ปี ร้อยละ 48.24 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.47 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.35 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.88 รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 38.82 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 84.71 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.82 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.59 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก ร้อยละ 76.47 อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดเท่ากับ 39 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับยาเร่งคลอด ร้อยละ 50.59 ไม่ได้รับยาแก้ปวดระหว่างรอคลอด ร้อยละ 65.88 ได้รับยาเร่งจับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดคลอดโดยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ร้อยละ 71.76 ไม่ได้สัมผัสฝีเย็บก่อนคลอด ในระยะแรกหลังคลอด ร้อยละ 64.71 ไม่ได้ให้บุตรดูดนมในระยะแรกหลังคลอด ร้อยละ 90.59 มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร้อยละ 72.94 ระยะเวลาที่บุตรแยกจากมารดาภายหลังคลอดที่พบมากที่สุด คือ 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 49.41

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมการรับรู้ประสิทธิภาพการ



การคลอต่ออยู่ระหว่าง 51-107 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 78.96 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.85 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอต่อทางบวก ร้อยละ 52.94 และรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอต่อทางลบ ร้อยละ 47.06

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.24 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.76 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.81-5.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.42 รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้านการประเมินค่าและด้านข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ย 4.37, 4.06 และ 3.99

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอต่อ การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอต่อ (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ประสบการณ์การคลอต่อ	1.000		
2. การสนับสนุนทางสังคม	.196	1.000	
3. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา	.214*	.393**	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ประสบการณ์การคลอต่อ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอต่อทางบวก คิดเป็น ร้อยละ 52.94 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 48.24 และมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.35 มารดาที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้มแข็งทางจิตใจและสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีและการศึกษาที่สูงทำให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ จึงรับมือและปรับตัวกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ ดังการศึกษาของจรรยา หน่อแก้ว (2536) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง

ตามลำดับ

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ระหว่าง 87-115 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 103.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.16 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.06 และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.94

5. การรับรู้ประสบการณ์การคลอต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$) ดังตารางที่ 1

คู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอต่อ และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอต่อ พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอต่อทางบวก และพบว่าระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .164, r = .289, p < .05$) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง คิดเป็นร้อยละ 71.76 จึงสามารถรับรู้เหตุการณ์ในระยะผ่าตัดคลอต่อได้ตามความเป็นจริง และสัมผัสได้ถึงอาการของทารกทำให้เกิดความพึงพอใจและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอต่อใน



ทางบวก ดังการศึกษาของ มาร์ต และเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ถูกเชิญและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากกว่ามารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.36, p<.05$) นอกจากนี้ในข้อคำถามว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกพึงพอใจกับการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการคลอด และการผ่าตัดคลอดจากพยาบาล/แพทย์ ส่วนใหญ่เห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงมากที่สุด ร้อยละ 56.47 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ ช่วยให้มารดาเข้าใจสถานการณ์การคลอดของตนเอง สามารถปรับตัวและเตรียมตนเองในการได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ซึ่งทำให้มารดามีแนวโน้มรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกมากขึ้น ดังการศึกษาของวาลเดนสตรอม และคณะ (Waldenstrom et al., 2004) ที่พบว่าความพึงพอใจเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดช่วยลดความเสี่ยงของการมีประสบการณ์การคลอดทางลบได้

2. การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.24 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงสุด รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 98.82 และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.59 จึงเป็นไปได้ว่าบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี และญาติ คอยดูแล แบ่งเบาภาระหน้าที่ รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น (Negron et al., 2013) ทำให้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของเฮอร์กันเนอร์ และคณะ (Herguner et al., 2014) พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับมารดามากที่สุด ได้แก่ สามี ครอบครัว และญาติ เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 38.82 และรายได้ของครอบครัวเพียงพอร้อยละ

84.71 ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ดังการศึกษาของ ซี และคณะ (Xie et al., 2011) พบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอดในระดับสูง โดยมารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.40 มีรายได้ครอบครัวสูง

3. ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 52.94 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้สัมผัสโอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 64.71 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ให้บุตรได้ดุนมในระยะแรกหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 90.59 อีกทั้งบุตรถูกแยกจากมารดาภายหลังคลอดอยู่ในช่วง 24-48 ชั่วโมง และมากกว่า 48 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 49.41 และ 12.90 ตามลำดับ ส่งผลต่อการสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรก มารดาขาดโอกาสทำความรู้จักและเรียนรู้ทารก ทำให้มารดาขาดความสามารถในการดูแลทารกและอาจมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดาของตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นองค์ประกอบของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาทั้ง 3 ด้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความยากลำบากในการพัฒนาเอกลักษณ์ความเป็นมารดาซึ่งบ่งบอกความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Mercer, 2004) ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ รีเนน และเรนส์เบิร์ก (Reenen & Rensburg, 2013) เกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินกับการสร้างสัมพันธภาพของมารดาและทารกในระยะแรก ระบุว่ามารดามีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกล่าช้าและถูกแยกจากทารกในระยะแรกหลังคลอด มารดาสูญเสียความผูกพันใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก ส่งผลต่อกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในเวลาต่อมา และการศึกษาของ ชาลส์เมอร์ และคณะ (Chalmers et al., 2010) เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดคลอดและการคลอดปกติ พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 32.0 ได้พบทารกครั้งแรก



ภายหลังคลอດแล้ว 1-5 ชั่วโมง โดยทารกส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.40 ถูกแยกห้องกับมารดาในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังคลอດมารดาในกลุ่มนี้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเหมาะสมน้อยกว่ามารดาคลอตกติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติ และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214, p < .05$) อธิบายได้ว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติทางลบจะมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับต่ำ ส่วนมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติทางบวกจะมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.94 มีประสบการณ์การคลอตกติทางบวก แต่มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 47.06 มีประสบการณ์การคลอตกติทางลบ อาจเป็นไปได้ว่าทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามีค่าต่ำ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 2004) ที่ระบุว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติเป็นตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา โดยมารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอตกติทางลบจะรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ส่งผลให้มารดาขาดความมั่นใจและขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในบทบาทการเป็นมารดา เกิดความล่าช้าในกระบวนการพัฒนาเอกลักษณ์ความเป็นมารดา และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาอยู่ในระดับต่ำได้ (Meighan, 2006) ดังเช่นการทบทวนอย่างเป็นระบบของโลเบล และเดลูคา (Lobel & DeLuca, 2007) เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตสังคมของการผ่าตัดคลอตกติ ซึ่งพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติแบบฉุกเฉินมักมีความพึงพอใจเกี่ยวกับการคลอตกติของตนเองต่ำ มองตนเองในเชิงลบ ต่ำห็นตนเอง มีความชื่นชอบในตัวทารกต่ำ ซึ่งส่งผลให้แสดงพฤติกรรมความเป็นบิดามารดาได้

เหมาะสมน้อยกว่ามารดาคลอตกติ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .393, p < .01$) อธิบายได้ว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติแบบฉุกเฉินที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากจะมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูง ในขณะที่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอตกติแบบฉุกเฉินที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยจะมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน ตามแนวคิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 2004) การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา การสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมช่วยให้ความเครียดและความท้าทายในการปรับบทบาทมารดาลดลง มารดาที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด มักแสดงบทบาทการเป็นมารดาและปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้ดี มีความมั่นใจกับความสามารถในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และพึงพอใจกับการแสดงบทบาทมารดาของตนเองมากขึ้นอันเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Mercer, 1981) ดังการศึกษาของ เฮอร์กันเนอร์ และคณะ (Herguner et al., 2014) เกี่ยวกับชนิดของการคลอตกติ ความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างสัมพันธภาพของมารดาและทารกในมารดาหลังคลอตกติ 5 เดือนชาวตุรกี พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างความผูกพันของมารดาและทารกซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่แสดงถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.423, p < .01$)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เช่น สนับสนุนให้บุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะสามีเข้ามามีส่วนในการสนับสนุนดูแลมารดาในระยะคลอด และระหว่างขั้นตอนการได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นต้น

1.2 ปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมากขึ้น เช่น การให้ข้อมูลภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ขั้นตอนการดูแลรักษาในระยะคลอดอย่างเพียงพอ การลดระยะเวลาการแยกจากกันของมารดาและทารกหลังคลอด เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำข้อมูลจากการศึกษาไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ตระหนักถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

2. ทำการศึกษาเชิงทดลองโดยการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา หน่อแก้ว. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นลินี สิทธิบุญมา. (2557). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2534). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* (10-16). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์, และ อุษา ศิริวัฒนโชค. (2547). การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา: ฉบับปรับปรุงและคุณสมบัติด้านการวัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(1), 28-38.
- สุกัญญา บริสัณญกุล, นวี เบาหวง และ ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร*, 40(1), 84-93.
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. (2551). *การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอด*. สืบค้นจาก <http://thdocz.com/doc/27099/การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอด>
- Campbell, C. (2011). Elective cesarean delivery. *Nursing for Women's Health*, 15(4), 308-319.
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D. B., O'Brien, B., & Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian women: A comparison of experiences. *Birth*, 37(1), 44-49.
- Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., & Brown, C. (2011). Maternal role development: The impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*, 27(2), 265-272.
- Emmanuel, E., Creedy, D. K., St John, W., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 18-26.



- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report*, 30, 1-31.
- Herguner, S., Cicek, E., Annagur, A., Herguner, A., & Ors, R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(1), 15-20.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Mass: Addison - Wesley.
- Karlstrom, A., Engstrom, O. R., Norbergh, K. G., Sjolting, M., & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 430-440.
- Kunaviktikul, C., Sirivatanapa, P., Tongsong, T., Wanapirak, C., Piyamongkol, W., Sirichotiyakul, S., . . . Leopreecha, U. (2005, 2013). *Pregnancy with diabetes mellitus. Maternal-Fetal Medicine*. Retrieved August 1, 2014 from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php>
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social science & Medicine*, 64(11), 272-284.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed., pp. 807-813). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-265.
- Meighan, M. (2006). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed.). St Louis: Mosby.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34, 198-204.
- Mercer, R. T. (1990). *Parents at risk*. New York: Springer.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623.
- Ngai, F. W., & Chan, S. W. C. (2012). Stress, maternal role competence, and satisfaction among Chinese women in the perinatal period. *Research in Nursing & Health*, 35(1), 30-39.
- Nystedt, A., Hogberg, U., & Lundman, B. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 250-258.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.



- Reenen, S. L., & Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. *Journal of Psychology in Africa, 23*(2), 269-274.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth, 31*(1), 17-27.
- World Health Organization. (2012). World health statistics 2012. Retrieved July 31, 2014 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf
- Xie, R. H., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2011). Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of Women's Health, 20*(12), 1881-1886.
- Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery, 22*(1), 37-47. Retrieved October 9, 2014 from https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjam/22/1/22_1_37/_pdf