

## บทความวิชาการ

# การดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก

## Caring for Women for a Positive Childbirth Experience

เยาวเรศ สมทรัพย์\*

Yaowares Somsap<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่  
<sup>1</sup>Associate Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand.

\*ผู้รับผิดชอบหลัก: ysomsap@gmail.com

\*Corresponding author: ysomsap@gmail.com

Received 8 April 2022 • Revised 23 May 2022 • Accepted 25 May 2022

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** ประสบการณ์การคลอด เป็นการรับรู้หรือความรู้สึก และความคิดเห็นของสตรีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ซึ่งแต่ละคนรับรู้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่ลักษณะส่วนบุคคล ความกลัว ความคาดหวังต่อการบริการ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ความสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ โดยภาพจำเกี่ยวกับการคลอดของสตรีส่วนใหญ่ คือ ความปวด ไม่สุขสบายกาย ความยากลำบาก และทุกข์ทรมาน ซึ่งการคลอดจะไม่สามารถบอกผลลัพธ์แน่นอนได้ล่วงหน้า แต่ผลลัพธ์การคลอดที่พึงประสงค์ คือ ความปลอดภัยของทั้งสตรีและทารก และสตรีรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งประสบการณ์การคลอดในทางบวกเป็นเรื่องทางใจที่สำคัญมาก เนื่องจากช่วยให้สตรีไม่กลัวการคลอดในครั้งต่อไป และปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ดีต่อไปในอนาคต พยาบาลผดุงครรภ์สามารถดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก ด้วยการจัดชั้นเรียนการเตรียมตัวเพื่อคลอดในระยะตั้งครรภ์ ส่วนระยะคลอดให้ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด กระตุ้นการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อเผชิญความปวด รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเท่าที่จำเป็นอย่างสุภาพและให้เกียรติ จัดให้ญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะคลอด สำหรับระยะหลังคลอดควรเปิดโอกาสให้มารดาได้สัมผัสและโอบกอดทารกเร็วที่สุด

**สรุป:** การส่งเสริมให้สตรีมีประสบการณ์การคลอดในทางบวก เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ หากมุ่งมั่นทำจนเป็นกิจวัตร ย่อมเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี และเป็นประสบการณ์ชีวิตที่น่าจดจำสำหรับสตรี

**คำสำคัญ:** การดูแล; ประสบการณ์การคลอดในทางบวก; สตรี

## Abstract

**Introduction:** Childbirth experience is a woman's perceptions, feelings, and opinions to events occurring during the birth. Which each women perceives differently depending on personal characteristics, fear, expectation of care, childbirth preparation, the ability to encounter pain during intrapartum, tissue injury during birth, social support, and midwifery care. The memories of women of childbirth include pain,

unhappiness, difficulties, and suffering. Giving birth cannot predict the result exactly. The goals physically and spiritually are the safety of mother and child and a positive childbirth experience. The result is that women do not fear the next childbirth and adapt to the role of a good mother in the future. Midwifery care is beneficial to the positive childbirth experience by providing counseling during pregnancy, closely assist continuously after birth, promote the progress, stimulate with various techniques to deal with pain, and assist with all necessary activities politely and respectfully without the intervention of a nurse. The midwife facilitates the participation of family and relatives in the process of childbirth and the ability of the mother to touch and embrace her child as soon as possible after birth. **Conclusion:** The delivery of a positive childbirth experience is the independent role of the midwife who is committed to a routine might have an impact on childbirth and a memorable experience for women.

**Keywords:** caring; positive childbirth experience; women

## บทนำ

การคลอดบุตรเป็นกระบวนการนำชีวิตใหม่สู่โลกภายนอก ทุกการคลอดมีความเป็นปัจเจกและให้ประสบการณ์ที่ซับซ้อนต่อสตรีในหลายมิติ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และจิตวิญญาณ<sup>1</sup> โดยผลลัพธ์สำคัญของการคลอด ซึ่งที่มสุขภาพต้องการ คือ สตรีและทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน และสตรีได้รับประสบการณ์การคลอดในทางบวก จากการที่ประสบการณ์การคลอดเป็นความทรงจำระยะยาว และคงอยู่ในความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์เป็นเวลานาน<sup>2</sup> จึงส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยสตรีที่ได้รับประสบการณ์การคลอดบุตรทางบวก จะมีสุขภาพจิตดี มั่นใจในตนเอง ไม่กลัวการคลอดครั้งต่อไป<sup>3</sup> รวมทั้งมีร่างกายแข็งแรง การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างแม่และลูกดำเนินไปด้วยดี<sup>3,4</sup> แต่หากสตรีมีประสบการณ์การคลอดทางลบ สตรีมักเกิดความผิดปกติทางใจหลังเผชิญความเครียดขณะคลอด หรือเกิดโรคเครียดจากความสะเทือนใจหลังการคลอด (posttraumatic stress disorder after childbirth)<sup>5</sup> ทำให้อารมณ์ พฤติกรรม และความต้องการทางเพศผิดปกติ<sup>6</sup> สายสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกไม่ดี<sup>7</sup> มีความรักใคร่ผูกพันทารกลดลง และมารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>8</sup> รวมทั้งส่งผลต่อการตัดสินใจตั้งครรภ์ในอนาคต<sup>4</sup> เนื่องจากมีทัศนคติไม่ดีต่อการคลอดทางช่องคลอด มักร้องขอรับการผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์<sup>9</sup> โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การคลอดมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล<sup>2,10</sup> ปัจจัยที่ควบคุมได้<sup>1,2,4-5,9-13</sup> และปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด<sup>3,4,11,13,14</sup> ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจ เพื่อนำปัจจัยเหล่านี้มาประกอบการดูแลสตรีเพื่อให้เกิดประสบการณ์การคลอดในทางบวก

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการดูแลมารดาและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งสามารถช่วยเหลือการคลอดปกติได้<sup>15</sup> ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทสำคัญมากในการส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก<sup>4</sup> จึงจำเป็นต้องมีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ มีสติ สงบ ควบคุมตนเองได้ เห็นอกเห็นใจผู้อื่นสูง เอาใจเขามาใส่ใจเรา<sup>16</sup> พร้อมรับฟังและเป็นที่ยอมรับให้สตรี ต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการคลอด เพื่อให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ และกลยุทธ์แก่ผู้คลอด รวมทั้งสามารถเลือกใช้ถ้อยคำและมีเทคนิคในการพูด<sup>17</sup> ที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้คลอดให้รับรู้ความสามารถของตนและเผชิญเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ พยาบาลผดุงครรภ์ช่วยสร้างประสบการณ์การคลอดในทางบวกให้สตรี โดยจัดชั้นเรียนเตรียมตัวเพื่อการคลอดในระยะตั้งครรภ์<sup>2,16</sup> สำหรับระยะคลอด<sup>3,17,18</sup> ควรอธิบายผู้คลอดถึงขั้นตอน แผนการรักษาพยาบาล อยู่เป็นเพื่อนดูแลให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แจ้งผลการตรวจ เช่น ผลการตรวจครรภ์ การตรวจทางช่องคลอด การตรวจการหดตัวของมดลูก เป็นต้น เพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ข้อมูลและความก้าวหน้าของการคลอด กระทำทุกหัตถการต่อผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล<sup>15,19</sup> สอนและกระตุ้นผู้คลอดใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญความปวดส่งเสริมผู้คลอดให้สุขสบายและเฝ้าติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ตลอดระยะคลอด ส่วนระยะหลังคลอด<sup>19,20</sup> ควรเปิดโอกาสให้มารดาได้สัมผัสและโอบกอดทารกเร็วที่สุด ซึ่งการดูแลสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์คลอด จนถึงหลังคลอดดังกล่าว เป็นการเตรียมความพร้อมเสริมสร้างพลังอำนาจ และหนุนนำกำลังใจ จนสตรีมีความกล้าหาญในการให้กำเนิดชีวิตใหม่และนำพาตนเองผ่านพ้นกระบวนการ

คลอดด้วยดี มีความพึงพอใจ และรับรู้ต่อประสบการณ์คลอดทางบวกไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือครั้งหลังก็ตาม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ คือ นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์การคลอด ผลกระทบจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกและลบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และการดูแลเพื่อส่งเสริมให้สตรีมีประสบการณ์การคลอดในทางบวก

### ประสบการณ์การคลอด (childbirth experience)

ประสบการณ์การคลอด หมายถึง การรับรู้ของสตรีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะที่ 1 2 และ 3 ของการคลอด ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการรับรู้จะเริ่มตั้งแต่เมื่อสตรีเจ็บครรภ์จริง จนถึงเบ่งคลอด และขณะรกคลอด ประสบการณ์การคลอดยังหมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้คลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการคลอด ครอบคลุมความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อการคลอด และการควบคุมตนเองเพื่อเผชิญความเจ็บปวด<sup>21</sup> ซึ่งลักษณะของการคลอดที่ต่างกัน ได้แก่ การคลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าและการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ส่งผลให้สตรีรับรู้ประสบการณ์คลอดแตกต่างกัน<sup>10</sup> โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีทั้งทางบวกและทางลบ ส่วนใหญ่ค่านึงถึง 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในระยะคลอด ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการที่สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด<sup>8,22</sup>

ดังนั้น ประสบการณ์การคลอดจึงหมายถึง การรับรู้ความรู้สึก และความคิดเห็นของสตรีต่อทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งรกคลอดทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้านบวกและลบจะมีผลกระทบตามมาเสมอ

### ผลกระทบจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกและทางลบ

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกหรือลบขึ้นอยู่กับสตรีตั้งครรภ์รับรู้เหตุการณ์ปัจจุบันในระยะคลอดแล้วนำมาเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของตนเอง จากนั้นแปลความหมายออกมา 2 ลักษณะ คือ ทางบวกและทางลบ ที่มีผลกระทบดังนี้

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ส่วนใหญ่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และคลอดได้เองทางช่องคลอด โดยสตรีมีใจในศักยภาพตนเองว่าตนคลอดได้ ต้องเข้ามาแทรกแซง หรือใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อช่วยคลอด<sup>11</sup> สตรีจึงไม่กลัวการคลอด ไม่กังวลกับสุขภาพตนและทารกในครรภ์ สามารถนำเทคนิคต่าง ๆ มารับมือความปวดจากมดลูกหดตัวได้ดีจึงควบคุมตัวเองและปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ มีทัศนคติทางบวก พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด<sup>23</sup> การพัฒนาสายสัมพันธ์กับทารกเป็นไปในทิศทางที่ดี<sup>3,4</sup> เนื่องจากผู้คลอดยินดีและพึงพอใจ<sup>24,25</sup> เช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนไว้ ทำให้มีช่วงเวลาเตรียมความพร้อมทั้งกายและใจ เนื่องจากรับทราบข้อมูลล่วงหน้าจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับขั้นตอนผ่าตัดคลอด ทำให้มีความกลัวและกังวลน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผน หรือการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน<sup>10,18</sup>

สำหรับสตรีที่รับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ สตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน หรือใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด หรือมีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะคลอด<sup>2,9</sup> สตรีจึงกังวลและกลัว จนรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่ดี จึงสูญเสียการควบคุมตนเองเกิดภาวะเครียด<sup>4</sup> และมีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกหลังคลอด<sup>7</sup> ปรับตัวยากกับบทบาทมารดา การสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกไม่ดี<sup>7,9</sup> กลัวการคลอด จนบางรายไม่ต้องการมีบุตรอีก<sup>9</sup> โดยเฉพาะรายที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน จะรู้สึกผิดหวัง ล้มเหลวไม่ภาคภูมิใจในตนเอง และรับรู้คุณค่าในตัวเองต่ำ<sup>23</sup> ซึ่งเป็นผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง

การที่สตรีจะรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกหรือทางลบนั้น เป็นเรื่องไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้าด้วยมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อนำมาวางแผนดูแลให้สตรีมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรี ควรค่าแก่การศึกษาเนื่องจากขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ ซึ่งแต่ละสังคมไม่เหมือนกันทำให้แตกต่างกันไปตามบริบท<sup>13</sup> ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่ควบคุมได้ และปัจจัยด้านเหตุการณ์ในระยะคลอด ดังรายละเอียด

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา<sup>10</sup> ลักษณะหรือชนิดของการคลอด<sup>11</sup> โดยสตรีที่อายุมากและมีการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะเลือกการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งลักษณะของการคลอดมีส่วนให้สตรีเกิดการรับรู้ประสบการณ์คลอดที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์<sup>11</sup> หากสตรีผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความมั่นใจมากกว่าสตรีที่คลอดครั้งแรก ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

2. ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ ความรู้และการเตรียมตัวเพื่อการคลอด<sup>12</sup> ความเจ็บปวด<sup>19</sup> ความคาดหวังต่อการคลอด<sup>9</sup> ความกลัวการคลอด<sup>1,2,4,5,9,10,24</sup> ความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์<sup>3</sup> การรับรู้ความสามารถ<sup>3</sup> การควบคุมตนเองในระยะคลอด<sup>2</sup> ความสามารถในการเผชิญกับความปวด<sup>3,4</sup> ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>4,16</sup> แรงสนับสนุนทางสังคม<sup>17,18</sup> การสนับสนุนขณะคลอดจากคู่สมรส<sup>7</sup> การเอาใจใส่จากผู้ดูแล<sup>17,18</sup> ซึ่งปัจจัยที่ควบคุมได้ทั้งหมด พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องมาถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ชนิดของการคลอด<sup>11,13</sup> (เช่น การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน การใช้สูติศาสตร์หัตถการ เป็นต้น) การดูแลและการปฏิบัติของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อผู้คลอดขณะคลอด<sup>3,12,19</sup> ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด บางครั้งอาจเป็นเรื่องสุวิสัยที่จะป้องกันได้ แต่การที่พยาบาลผดุงครรภ์คอยดูแลผู้คลอดอย่างตั้งใจ เอาใจใส่และปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพย่อมมีส่วนสำคัญ ในการทำให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีที่มีประสบการณ์สังเกตการคลอดครั้งแรก ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของตนในอนาคต หากเป็นประสบการณ์เชิงบวกจะบ่งชี้ว่าสตรีมีโอกาสเกิดผลลัพธ์การคลอดและการเลี้ยงดูทารกที่ดีในอนาคต แต่หากเป็นประสบการณ์ทางลบ มีส่วนให้สตรีกลัวการคลอดบุตรมากขึ้น<sup>26</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้จะนำมาใช้ดูแลสตรีเพื่อส่งเสริมให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

## การดูแลเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

เริ่มด้วยการประเมินสตรีตั้งครรภ์เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทั้งหมด และนำมาวางแผนดูแลและส่งเสริมสตรีให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งการดูแลจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ดังรายละเอียด คือ

1. **ประเมินสตรีตั้งครรภ์** โดยสอบถามข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ข้อมูลอายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด สถานะทางสังคม ทักษะความคิด ความคาดหวัง ความกลัวการคลอด การให้คุณค่าของการคลอดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาความรู้เรื่องการเตรียมตัวเพื่อคลอด (ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด อาการนำก่อนคลอด อาการเจ็บครรภ์จริง วิธีบรรเทาความปวดระยะคลอด การเบ่งคลอด) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและคู่สมรสประสบการณ์การคลอดในอดีต ความรู้สึกของสตรีต่อการดูแลและการปฏิบัติของพยาบาลผดุงครรภ์ ข้อมูลที่ได้ต้องนำมาใช้วางแผนดูแลสตรี โดยสนับสนุนและส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้สตรีมีประสบการณ์การคลอดในทางบวก และขจัดปัจจัยที่ส่งผลทางลบ

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทั้งหมด ควรถูกบันทึกไว้ตั้งแต่สตรีมาฝากครรภ์ และส่งต่อไปยังพยาบาลผดุงครรภ์ในหน่วยห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอดตามลำดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องจนทำให้สตรีเกิดประสบการณ์การคลอดในทางบวก แต่ปัจจุบันพบว่าการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้นบันทึกไว้ ต้องประเมินข้อมูลใหม่ทุกครั้งที่สตรีเข้าสู่กระบวนการคลอด ซึ่งอาจไม่ทันการณ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ควรมาร่วมกันพิจารณาหาแนวทางพัฒนาและออกแบบการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ข้อมูลมาประกอบการดูแลเพื่อส่งเสริมสตรีให้เกิดประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลสูติศาสตร์

2. **การดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก** ต้องครอบคลุมทั้ง ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ดังรายละเอียด คือ

2.1 **การดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก: ระยะตั้งครรภ์** พยาบาลผดุงครรภ์ดำเนินการดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และพยาบาลผดุงครรภ์เกิดความใกล้ชิดและคุ้นเคยกัน เนื่องจากการพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ตั้งแต่ครั้งแรก จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เปิดเผยข้อมูลเชิงลึก กล้าซักถามในสิ่งที่สงสัย ให้ความร่วมมือ และเปิดใจยอมรับ การดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์

2) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ตามรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น และให้การพยาบาลตามความเหมาะสม

3) จัดชั้นเรียนสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมตัวคลอด ซึ่งการจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมตัวคลอด มีการปฏิบัติมาอย่างยาวนานในหน่วยฝากครรภ์ของประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย การสอนเทคนิคต่าง ๆ เพื่อเผชิญความปวด<sup>26,27</sup> ซึ่งทั้งสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะได้รับความรู้ การปลุกฝังทัศนคติ และการฝึกปฏิบัติ เนื้อหาความรู้ ได้แก่ กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา การเจริญเติบโตของสิ่งมีชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้ไม่สุขสบายและวิธีแก้ไข ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โภชนาการ บทบาทมารดา การเตรียมตัวเพื่อการคลอด เทคนิคการเผชิญความปวด การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด การเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแลทารกแรกเกิด ในไตรมาสที่ 3 จะจัดให้สตรีตั้งครรภ์เยี่ยมชมห้องคลอด และฝึกทักษะเพื่อเตรียมพร้อมกับการคลอด ได้แก่ การบริหารร่างกาย การนวด การควบคุมการหายใจ และวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวด ซึ่งการเตรียมดังกล่าว ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของสตรีขณะรอคลอด<sup>1</sup> ส่งผลต่อการเลือกคลอดทางช่องคลอด<sup>27</sup> สตรีควบคุมตนเองได้ดีเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอด มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงระหว่างรอคลอดและขณะคลอด<sup>2,27</sup> และสามารถนำเทคนิคที่เรียนรู้จากชั้นเรียนมาใช้เผชิญความเจ็บปวด<sup>27</sup> เมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์ผู้จัดชั้นเรียน ต้องเข้าใจปรัชญาและแนวคิดของการเตรียมคลอดปกติ หรือคลอดธรรมชาติ หลักการ วิธีจัดการเรียนการสอน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์<sup>16,17</sup> เพื่อดำเนินการจัดชั้นเรียนอย่างมีคุณภาพและคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละคนแต่จากประสบการณ์ที่ผู้เขียนพบคือ หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลรัฐบาล แต่ละวันมีผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องจัดบริการและทำทุกกิจกรรม

อย่างรวดเร็วเพื่อแข่งกับเวลา รวมถึงการจัดชั้นเรียนในโครงการโรงเรียนพ่อแม่ จะจัดการสอนแบบกลุ่มเน้นบรรยายความรู้ในภาพรวมเพราะโอกาสที่จะลงรายละเอียดเชิงลึกสำหรับสตรีแต่ละคนทำได้ยาก ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์ และญาติเกิดขึ้นน้อยมาก ส่วนโรงพยาบาลในภาคเอกชนส่วนใหญ่มีเป้าหมายหลักเรื่องการบริการที่ดี สะดวก รวดเร็ว ใช้เวลาน้อย จึงขึ้นกับนโยบายของโรงพยาบาลว่าจะเน้นผู้รับบริการกลุ่มไหน โดยโรงพยาบาลเอกชนที่เจาะจงบริการด้านสูติศาสตร์ มักให้ความสำคัญกับการจัดชั้นเรียนเตรียมการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ด้วยเห็นความจำเป็นและประโยชน์ แต่จะคิดค่าบริการสูง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการสอนสำหรับสถานพยาบาลของรัฐที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาพยาบาลย่อมมีโอกาสมากในการจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมการคลอดให้สตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นหัวข้อที่ใช้ประเมินผลนักศึกษาการสอบมีทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล จึงช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดเต็มรูปแบบ ส่วนสตรีที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐที่ไม่ใช่แหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาโอกาสได้รับความรู้เชิงลึกเป็นรายบุคคลน้อยลง

การจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมตัวคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย มีจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งหัวข้อการเตรียมตัวเพื่อการคลอด จัดในครั้งที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื้อหาการสอบประกอบด้วย อาการที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อคลอด การเตรียมของใช้และเอกสาร การใช้เทคนิคเผชิญความปวดขณะมดลูกหดตัว และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประเมินผลในภาพรวมพบว่า สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถนำเทคนิคเผชิญความปวดไปปฏิบัติขณะรอคลอด เนื่องจากไม่ได้ฝึกทักษะ การมีข้อจำกัดด้านวิสัยทัศน์ เนื้อหาการจัดฝึกทักษะ และอัตรากำลังไม่สมดุลกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่าควรปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย ทำสื่อความรู้ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงสื่อการสอนง่ายขึ้นและใช้ทบทวนได้ นอกจากนี้ควรเพิ่มเวลาฝึกปฏิบัติเทคนิคเผชิญความปวด หรืออาจจัดทำวีดิทัศน์หรือคัดเลือกรายการสื่อการใช้เทคนิคเผชิญความปวดในระยะคลอด ส่งมอบให้สตรีตั้งครรภ์นำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ร่วมกับปรับวันเวลาในการจัดชั้นเรียน ที่อาจไม่ใช่วันและเวลาราชการเท่านั้น แต่เป็นวันและเวลาที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีความพร้อม เช่น ช่วงวันหยุดเสาร์หรืออาทิตย์

หรือตอนเย็นหลังเลิกงาน เป็นต้น ปัจจุบันที่มีสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 พยาบาลผดุงครรภ์อาจผสมผสานการจัดชั้นเรียนในสถานบริการ ร่วมกับการสอนแบบออนไลน์ดังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้แหล่งข้อมูลดิจิทัล<sup>28</sup> เรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์การเลี้ยงลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งให้ผลดีเช่นกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีจัดชั้นเรียนสำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเตรียมตัวคลอดดังกล่าว จึงเป็นเรื่องน่าสนใจและท้าทายพยาบาลผดุงครรภ์อย่างยิ่ง

4) ติดตามประเมินผลการจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมตัวคลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์ประเมินผลทุกครั้งหลังสิ้นสุดการสอน เพื่อนำผลประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาการจัดชั้นเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.2 การดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก: ระยะคลอด

การดูแลในระยะคลอดเริ่มต้นเมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์จริง และรับไว้ในห้องคลอด การดูแลประกอบด้วย

1) การดูแล ช่วยเหลือ และประคับประคองผู้คลอดอย่างใกล้ชิด<sup>3,29</sup> โดยสนับสนุนผู้คลอดหลายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support)<sup>15,18,29</sup> สนับสนุนด้านข้อมูล (information support)<sup>3,16</sup> สนับสนุนด้านความสบาย (comfort support)<sup>4,18</sup> และการเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) แต่ละการสนับสนุนมีพยาบาลผดุงครรภ์เป็นหลัก<sup>11,13</sup> โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำโดยอยู่ดูแลอย่างต่อเนื่อง หรืออนุญาตให้ครอบครัวหรือสามี<sup>4,29</sup> หรือญาติผู้หญิงมาอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิด<sup>18</sup> เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีกำลังใจและมั่นใจ ผู้ดูแลควรเลือกใช้คำพูดและการสัมผัสที่อ่อนโยน<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ ให้คำแนะนำเทคนิคเผชิญความเจ็บปวด<sup>9</sup> และการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด<sup>20</sup> สนับสนุนด้านความสบายให้ผู้คลอด ได้แก่ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าให้แห้ง ช่วยจัดท่าหรือเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด นวดดูแลให้อาหาร น้ำ และสารน้ำอย่างเหมาะสมตามระยะของการคลอด และช่วยเหลือด้านการขับถ่าย เป็นตัวแทนให้ผู้คลอดที่อาจสื่อสารได้ไม่มีประสิทธิภาพ เพราะเจ็บปวดและไม่สบาย ผู้ดูแลจะเป็นตัวแทนในการสื่อสารความต้องการของผู้คลอด คอยแจ้งข้อมูลญาติที่ไม่ได้มาเฝ้าคลอดซึ่งการดูแลช่วยเหลือและประคับประคองอย่างใกล้ชิด<sup>3,29</sup> ทำให้ผู้คลอดอบอุ่นใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งควบคุมตนเองได้ดี ผ่อนคลายจากความกังวลและความกลัวเกิดความพึงพอใจและรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก<sup>3,13</sup> การที่ผู้คลอด

มีญาติผู้หญิงอยู่เป็นเพื่อน<sup>18</sup> ช่วยดูแลและตอบสนองผู้คลอด เป็นสิ่งที่ผู้คลอดต้องการมากที่สุด การมีคนอยู่เป็นเพื่อนใกล้ตลอดเวลา<sup>29</sup> คอยปลอบโยน และแสดงความเห็นใจด้วยการสัมผัส<sup>1</sup> ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอดได้ดี

ตัวอย่างคำพูดที่แสดงความต้องการของผู้คลอด ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงขณะผู้เขียนนำนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้คลอดมักจะบอกว่า “กลัว เวลาคลอดไม่รู้อะไรจะทำอย่างไร” “ช่วยอยู่เป็นเพื่อนด้วย” “อยากให้ออกว่าจะทำอะไรบ้าง” “ลูกเป็นอย่างไรบ้าง” “ปวดกันกับ” “ไม่ไหว ปวดจนทนไม่ได้แล้ว” หรือขอให้ช่วยเหลือ เช่น “รบกวนช่วยเปลี่ยนผ้าถุงให้ด้วย” “ช่วยโทรศัพท์บอกแฟนว่าตอนนี้อยู่ห้องคลอด” ทั้งหมดบ่งชี้ว่าผู้คลอดต้องการรับการสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านความสบาย และการเป็นตัวแทน ซึ่งการสนับสนุนทั้งหมดเป็นการดูแลและตอบสนองตามความคาดหวัง จึงส่งเสริมความรู้สึกมั่นใจให้ผู้คลอดเมื่อผู้คลอดผ่านกระบวนการคลอดอย่างปลอดภัย และทารกมีสุขภาพแข็งแรง ย่อมเกิดความพึงพอใจในการคลอดของตน และรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก

2) เข้าไปแทรกแซงการคลอดให้น้อยที่สุด สิ่งนี้มีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างประสบการณ์การคลอดทางบวก<sup>2,24</sup> โดยผู้คลอดปกติไม่ควรได้รับการรักษาพยาบาลมากเกินไป<sup>9</sup> ต้องไม่เข้าแทรกแซงกระบวนการคลอดด้วยการเจาะถุงน้ำ หรือกระตุ้นให้มดลูกหดตัวเพิ่มขึ้นจากธรรมชาติ ควรปล่อยให้กระบวนการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ ให้ผู้คลอดได้คลอดเองทางช่องคลอด เพราะมีส่วนเติมเต็มสัญชาตญาณการเป็นมารดาให้สมบูรณ์ขึ้น และส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก<sup>2,21</sup>

3) ทำทุกหัตถการอย่างนุ่มนวลให้เกียรติคำนึงถึงความเป็นบุคคล และไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว<sup>2,7,19,24</sup> ซึ่งการทำหัตถการอย่างรุนแรง ไม่ให้เกียรติหรือไม่เคารพศักดิ์ศรีของผู้คลอดทำให้มีการรับรู้กระบวนการดูแลทางลบ<sup>2,19</sup> ตัวอย่างเช่น การตรวจทางช่องคลอดเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งเป็นการตรวจที่จำเป็นแต่ต้องเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อครั้งผู้เขียนเป็นนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ท่านให้ข้อคิดไว้ว่าการตรวจทางช่องคลอดเป็นสิ่งพึงสังวรด้วยเป็นการตรวจอวัยวะของสงวนต้องระมัดระวัง ดังนั้นก่อนตรวจให้ขออนุญาตผู้คลอดร่วมกับอธิบายขั้นตอนการตรวจ ปิดม่านมิดชิดปิดตาผู้คลอด เทรปฝ่า

เปิดเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เท่านั้น เพื่อไม่ให้ผู้คลอดรู้สึกเขินอายรวมทั้งให้ใช้เทคนิคการตรวจอย่างถูกต้องนุ่มนวล ไม่ทำให้ผู้คลอดเจ็บ และทำความสะอาดหลังการตรวจทุกครั้ง ซึ่งการคำนึงถึงความเป็นบุคคล การให้เกียรติการขออนุญาตผู้คลอด และไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัวยอมทำให้ผู้คลอดรู้สึกพึงพอใจ ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ส่วนการดูแลแบบไม่ให้เกิดภัย ผู้คลอดจะรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ<sup>24</sup>

4) ดูแลผู้คลอดให้ใช้เทคนิค โดยไม่ใช้ยา เพื่อเผชิญความปวดจากการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลผดุงครรภ์กระตุ้นผู้คลอดใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญความปวดด้วยวิธีธรรมชาติ<sup>30</sup> เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การจัดทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สუნัขบำบัด เป็นต้น ซึ่งผู้คลอดอาจต้องปฏิบัติบางเทคนิคด้วยตัวเองจึงจำเป็นต้องได้รับการสอนและเตรียมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ<sup>26</sup> กรณีที่ผู้คลอดมีผู้ดูแลช่วยเหลือ อาจจะใช้วิธีประคบร้อนและเย็น การสัมผัส การนวด การกดจุด ให้ผู้คลอดฟังดนตรี ให้ดมกลิ่น สุนัขบำบัด ซึ่งการเลือกใช้เทคนิคเผชิญความปวดโดยไม่ใช้ยา ต้องมาจากการตัดสินใจเลือกของผู้คลอด และเป็นไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล อาจใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน ตามความชอบของผู้คลอด จึงจะเกิดประสิทธิภาพ และส่งเสริมความสุขสบายได้มาก

5) ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้คลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์แสดงความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ผู้คลอดผ่านการสัมผัส และการพูด<sup>16,17</sup> ตัวอย่างคำพูดที่ช่วยส่งเสริมผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ “คุณแม่หายใจแบบนี้ถูกต้องแล้ว ทำได้ดีมาก ทำต่อไปเรื่อย ๆ นะคะ” หรือ “คุณแม่ตั้งใจทำหัวสูงแบบนี้ ถูกต้องเลยคะ จะช่วยเสริมให้มดลูกหดตัวดี ถ้าพอไหว ให้หนึ่งแบบนี้ตอนนะคะ” หรือ “คุณแม่เบ่งได้ดี เยี่ยมมาก เห็นหัวลูกเคลื่อนต่ำลงมาแล้ว ตอนนี้มีลมเบ่งให้เบ่งช่วยนะคะ” การที่ผู้คลอดได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถของตน<sup>26,29</sup> ย่อมมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นเผชิญความปวดได้ดี กลัวและกังวลต่ำ ส่วนผู้คลอดที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะกลัว กังวล เผชิญความปวดไม่ดี และไม่มั่นใจว่าจะคลอดทางช่องคลอดได้

ดังนั้นควรมีการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้คลอดอย่างเพียงพอ ซึ่งการศึกษาพบว่า หากจัดจำนวนพยาบาลต่อผู้คลอดในอัตรา 1:1 ขณะผู้คลอดอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ก่อเกิดผลดีอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลได้ดูแลผู้คลอดอย่างเต็มที่ ผู้คลอดมีความพึงพอใจสูง รับรู้ความปวดลดลง<sup>13</sup> แต่ในสภาพจริงจะพบการจัดอัตรากำลัง

ไม่ได้สัดส่วนกัน โดยเฉพาะยามวิกาล หรือเวรบ่ายและเวรดึก (ช่วง 16.00-24.00 น. และ 24.00-08.00 น.) หากการคลอดเกิดขึ้นช่วงเวลานี้ พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องเลือกดูแลผู้ที่กำลังคลอดอย่างใกล้ชิดจนกว่าการคลอดสิ้นสุดลง ทำให้โอกาสดูแลผู้คลอดรายอื่นลดลง ซึ่งการขาดอัตรากำลังจนทำให้ไม่อาจดูแลผู้คลอดทุกคนได้อย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดต่ำ<sup>19</sup> เมื่อไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความคาดหวัง จึงรับรู้ออกประสบการณ์การดูแลทางลบ ดังนั้นการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้คลอดให้เพียงพอจึงมีความสำคัญฝ่ายบริหารต้องเข้ามาดูแลนโยบายด้านอัตรากำลัง เพราะปัจจุบันยังคงมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสูติศาสตร์

### 2.3 การดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวก: ระยะหลังคลอด

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาที่ผ่านมาเน้นให้มารดามีโอกาสได้สัมผัสและโอบกอดทารกแรกเกิดเร็วที่สุด<sup>3,20</sup> ซึ่งกระทำได้ดีกรณีมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ โดยพยาบาลผดุงครรภ์จะช่วยให้มารดาอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) ภายใน 30-40 นาทีแรกหลังคลอด และให้ดูตมภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเช่นกัน<sup>19</sup> เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน (bonding and attachment) การโอบกอดจะกระตุ้นสัญชาตญาณความเป็นแม่ ทำให้มารดาคลายจากความเจ็บปวด รู้สึกรักและผูกพันลูก จึงพัฒนาสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกให้แน่นหนาขึ้น<sup>7,9</sup> ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้มารดาโอบกอดทารก ทั้งมารดาคลอดปกติหรือได้รับการผ่าตัดคลอด ดังพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอด จะไม่ได้โอบกอดสัมผัสบุตรทันทีหลังการผ่าตัดคลอด จึงรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ<sup>19,22</sup>

ส่งเสริมความพร้อมของมารดาในการดูแลและตอบสนองความต้องการของทารก ด้วยความรัก เอาใจใส่ทะนุถนอม โดยให้มารดาพักผ่อนอย่างเพียงพอ ได้รับอาหารและน้ำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงจนพร้อมดูแลบุตรและสนับสนุนด้านข้อมูลในการดูแลทารกโดยเฉพาะมารดาที่มีลูกคนแรก ช่วงหลังคลอดต้องนำทารกอยู่กับมารดาตลอดเวลาเพราะทำให้มารดามีความสุข และรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก อย่างไรก็ตามยังมีโรงพยาบาลบางแห่งแยกมารดาไปแผนกหลังคลอด และทารกไปแผนกเด็กอ่อนซึ่งทำให้เกิดผลเสียตามมา

## สรุป

พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักว่า แม้การคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่การช่วยให้สตรีมีประสบการณ์การคลอดในทางบวกมีความสำคัญมาก ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีให้มีประสบการณ์การคลอดในทางบวกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยระยะตั้งครรภ์จะจัดชั้นเรียนสำหรับสตรีเพื่อเตรียมตัวคลอดในระยะคลอดให้ดูแลช่วยเหลือและประคับประคองผู้คลอดอย่างใกล้ชิด เข้าไปแทรกแซงการคลอดน้อยที่สุด ทำทุกหัตถการอย่างนุ่มนวลและให้เกียรติ ดูแลผู้คลอดใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อเผชิญความปวดจากการหดตัวของมดลูก ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้คลอด และจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้คลอดอย่างเพียงพอ สำหรับระยะหลังคลอด ควรส่งเสริมให้มารดาได้สัมผัส โอบกอดลูก และให้นมแม่เร็วที่สุด ซึ่งการดูแลทั้งหมดจะทำให้สตรีเกิดความพึงพอใจมีประสบการณ์ทางบวกต่อการคลอด และดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่ดี

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การจัดชั้นเรียนการเตรียมตัวเพื่อคลอด ควรเตรียมผู้สอนให้มีบุคลิกภาพอบอุ่น อ่อนโยน เข้าใจแนวคิดปรัชญาการเตรียมสตรีเพื่อการคลอด มีศักยภาพด้านการสอน พัฒนารูปแบบและวิธีการสอนให้น่าสนใจ
2. การนำครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดที่สตรีไว้วางใจ โดยไม่จำกัดเพศ เข้ามาเป็นผู้ช่วยเหลือผู้คลอด โดยเข้าร่วมชั้นเรียนเตรียมตัวเพื่อการคลอดทุกครั้ง และอยู่เป็นเพื่อนขณะคลอด ซึ่งหน่วยฝากครรภ์ในประเทศไทย มีโครงการโรงเรียนพ่อแม่ลูกที่ให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วม แต่เมื่อสตรีเข้าสู่กระบวนการคลอดผู้ช่วยเหลือการคลอดได้ร่วมดูแลเฉพาะระยะที่ 1 ของการคลอดเท่านั้น ส่วนนี้จึงแตกต่างจากต่างประเทศ ที่ผู้ช่วยเหลือการคลอดร่วมดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอดด้วย ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างของห้องคลอดในประเทศไทย ไม่ได้ถูกเตรียมเพื่อรองรับบุคคลภายนอกเข้ามาใช้พื้นที่ ทั้งยังต้องระวังการติดเชื้อที่ปัจจุบันมีการระบาดของโรคโควิด 19 จึงอาจเป็นข้อจำกัด ทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมของญาติน้อยลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรี

## การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนดำเนินการในทุกขั้นตอน

## การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้รับบริการทางสูติศาสตร์ และพ่อแม่ครูบาอาจารย์ที่ให้แรงบันดาลใจ ในการเขียนบทความวิชาการครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Bilgiç G, Bilgin NC. Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well-being in pregnant women. *J Relig Health*. 2020; 60(1): 295-310. doi: 10.1007/s10943-020-01087-4.
2. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, et al. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217(3): 342.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.027.
3. Janruechai D, Tiwato K, Pangduangaw J. Impact of supportive & palliative care during childbirth on childbirth stress and childbirth experience perception of first-time mothers at Fan Ajaro hospital. *Thai J Nurs Council*. 2013; 28(1): 100-10. Thai.
4. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, et al. Comparison of childbirth experiences and postpartum depression among primiparous women based on their attendance in childbirth preparation classes. *J Matern Fetal Neonat Med*. 2020; 19: 1-8. doi: 10.1080/14767058.2020.1834531.
5. Ayers S, Bond R, Bertullies S, et al. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*. 2016; 46(6): 1121-34. doi: 10.1017/S0033291715 002706.
6. Delicate A, Ayers S, Easter A, et al. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Reprod Infant Psychol*. 2018; 36(1): 102-15. doi: 10.1080/02646838.2017.1397270.
7. Reisz S, Jacobvitz D, George C. Birth, and motherhood: Childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Ment Health J*. 2015; 36(2): 167-78. doi: 10.1002/imhj.21500.
8. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016; 39(Suppl): 112-23. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.014.
9. Möller L, Josefsson A, Lilliecreutz C, et al. Reproduction, fear of childbirth and obstetric outcomes in women treated

- for fear of childbirth in their first pregnancy: A historical cohort. *AOGS*. 2019; 98(3): 374-81. doi: doi.org/10.1111/aogs.13503.
10. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, et al. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2016; 37(3): 75-83. doi: 10.1080/0167482X.2016.1181055.
  11. Neerland CE, Avery MD, Saftner MA, et al. Maternal confidence for physiologic birth: Associated prenatal characteristics and outcomes. *Midwifery*. 2019; 77: 110-6 doi: 10.1016/j.midw.2019.07.004.
  12. Gankaya S, Simsek B. Effects of antenatal education on fear of Birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clin Nurs Res*. 2021; 30(6): 818-29. doi: 10.1177/1054773820916984.
  13. Fenaroli V, Molgora S, Dodaro S, et al. The child-birth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 419. doi: 10.1186/s12884-019-2561-7.
  14. Kjerulff KJ, Brubaker LH. New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth*. 2018; 45(1): 19-27. doi: 10.1111/birt.12315.
  15. Thailand nursing and midwifery council. Professional nursing and midwifery act B.E. 2528 (1985): Revision of the Act B.E.2540 (1997). Nontaburi: Judthong; 1997. Thai.
  16. Larsson B, Hildingsson I, Ternström E, et al. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women Birth*. 2019; 32(1): e88-e94. doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.008.
  17. Aktas S, Pasinlioğlu T. The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *J Eval Clin Pract*. 2021; 27(4): 858-67. doi: 10.1111/jep.13523.
  18. Karapakdee C, Deoisres W, Chuahorm, U. Effects of labor support program by a female relative on fear of childbirth and perception of childbirth experience among first-time adolescent mothers. *JFONUBUU*. 2019; 27(2): 20-9. Thai.
  19. Nakanakupt M, Kanungbutr P, Noykerd T. Relationship between perceptions of intrapartum care process, childbirth experience perception and satisfaction with nursing care among parturients. *Nurs J*. 2018; 45(1): 50-61. Thai.
  20. Parisunyakul S, Baosoung C, Prasitwatanasaree P. Predictors of women's perceptions of the positive childbirth experience. *Nurs J*. 2013; 40(Suppl): 84-93. Thai.
  21. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: Licence CC BY-NC-SA 3.0 I; 2018.
  22. Dencker A, Nilsson C, Begley C, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth*. 2019; 32(2): 99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.
  23. Kjerulff KJ, Brubaker LH. New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth*. 2018; 45(1): 19-27. doi: 10.1111/birt.12315.
  24. Thomson G, Stoll K, Downe S, et al. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017; 38(1): 37-44. doi: 10.1080/0167482X.
  25. Mocumbi S, Hogberg U, Lampa E, et al. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1): 303. doi: 10.1186/s12884-019-2449-6.
  26. Pinar G, Avsar F, Aslantekin F. Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity: A case-control study. *Clin Nurs Res*. 2018; 27(3): 315-42. doi: 10.1177/1054773816682331.
  27. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, et al. Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*. 2021; 8(5): 2558-66.
  28. Meedya S, Winb K, Yeatmanc H, et al. Developing and testing a mobile application for breastfeeding support: The milky way application. *Women Birth*. 2020; 34(2): e196-e203. doi: 10.1016/j.wombi.2020.02.006.
  29. Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, et al. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 48. doi: 10.1186/s12884-019-2717-5.
  30. Šalanská E, Moravcová M. Coping strategies in midwife care for women with labour pain. *KONTAK*. 2019; 21(3): 298-305. doi: 10.32725/kont.2019.018.