

การมีส่วนร่วมของผู้คลอด ณ โรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา

การะเกต ส่งสัมพันธ์

สรลพร ศรีวัฒน์

โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของผู้คลอด มีความสำคัญทางการพยาบาลเพราะเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทำให้ความต้องการของผู้คลอดได้รับการตอบสนอง แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอด และปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมงแรกที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 104 ราย โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 รวบรวมข้อมูลโดย วิธีสัมภาษณ์และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะคลอดซึ่งเป็นรายเดียวกับที่สัมภาษณ์จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด และแบบสังเกตการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาพบว่า ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับมากในด้านการ เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล ด้านการปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแลและด้านการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย ความคิดและสติปัญญา ส่วนกลุ่มที่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางคือ ด้านการปรับช่องว่างของความรู้ ข้อมูลและความสามารถและด้านการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย ความคิดและสติปัญญาอย่างเหมาะสม ส่วนปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดได้แก่ ความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ความเกรงใจ ความไม่กล้า ความอาย ความกลัว การขาดความรู้และประสบการณ์ การขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การขาดประสบการณ์ของผู้ดูแลและประสบการณ์การคลอดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมและลดปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ผู้คลอด, โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

บทนำ

การมีส่วนร่วมในการดูแลคือ การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของผู้รับบริการในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ร่วมวางแผน ปฏิบัติกิจกรรม และร่วมประเมินผลการ

ดูแลตั้งแต่แรกกับจนกระทั่งจำหน่ายผู้รับบริการออกจาก การดูแล⁽¹⁾ ลักษณะที่แสดงออกถึงการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการ และผู้ดูแลการปรับช่องว่างของความรู้ ข้อมูลและความ

สามารถ การปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย ความคิด และสติปัญญาอย่างเหมาะสม และการเกิดผลลัพธ์ที่ดี ต่อร่างกาย ความคิด และสติปัญญา⁽²⁾ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลมีระดับการเกิดตั้งแต่ ระดับการให้ข้อมูล ระดับการปรึกษาหารือ ระดับการเจรจาต่อรอง ระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และระดับการปฏิเสธ การดูแลรักษา⁽³⁾

การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีความสำคัญเพราะ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนอง แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพ เป้าหมายการพยาบาล บรรลุผล ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักดูแลตนเอง เพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง สำหรับผู้คลอดทำให้ การคลอดเกิดความก้าวหน้า ลดการช่วยเหลือด้วย เทคโนโลยีทางการแพทย์ ลดความทุกข์ทรมานจากการ คลอด เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ มีเจตคติที่ดีต่อ การคลอด⁽⁴⁾ เกิดประสบการณ์การคลอดที่ดี และส่งเสริมการปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดาในระยะหลังคลอด ได้ดี แต่ในสถานการณ์การคลอดพบว่า ผู้คลอดไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลระยะคลอดได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความ ต้องการของผู้รับบริการ

ภาวะสุขภาพ เป็นปัญหาอุปสรรคประการหนึ่ง ในการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ⁽⁵⁾ แม้การคลอดเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดต้อง เผชิญกับภาวะที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เกิดความเครียด ความกลัว ความเหนื่อยล้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ สูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง จากการศึกษา ผู้คลอดครรภ์แรกที่อยู่ในระยะการคลอดก้าวหน้า พบ ว่ามีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด สูงกว่าที่คาดหวังไว้ ก่อนเจ็บครรภ์คลอด⁽⁶⁾ ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะ เป็นภาวะปกติของกระบวนการคลอดแต่ส่งผลให้ผู้

คลอดเกิดความไม่สุขสบาย มีความทุกข์ทรมาน⁽⁷⁾ ความ สามารถในการควบคุมตัวเองของผู้คลอดลดลง เกิดการ ปรับตัวและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากผู้คลอด ขาดความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถเผชิญกับความ เจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมจะขัดขวางต่อความ ก้าวหน้าของการคลอดซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ ผู้คลอดและทารกตามมา⁽⁶⁾ ผู้ดูแลต้องปฏิบัติการเพื่อ ช่วยเหลือโดยต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาความปวด⁽⁸⁾ ผล จากการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเช่น ยากลุ่ม มอร์ฟีนทำให้ผู้คลอดมีอาการเวียนศีรษะ ง่วงนอน เกิด ความรู้สึกสับสน สูญเสียพลังอำนาจที่จะเผชิญกับการ คลอดตามที่ตั้งใจกระทำ ขณะเดียวกันผลของยาทำให้ การคลอดเกิดความล่าช้าและฤทธิ์ของยามีผลกดศูนย์ หายใจของทารกในครรภ์ ทำให้การเต้นของหัวใจทารก ผิดปกติ และการงดน้ำและอาหารในผู้คลอดปกติเพื่อ เตรียมร่างกายสำหรับการช่วยเหลือการคลอดกรณีเร่งด่วน ซึ่งผลจากการปฏิบัติดังกล่าวทำให้ผู้คลอดมีอาการ อ่อนเพลียเพราะร่างกายอาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการคลอดได้ และ ในรายที่มีการเจาะถุงน้ำและการให้ฮอร์โมนสังเคราะห์ เพื่อเร่งการคลอดในผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ปกติอาจ เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวในการส่งเสริมการคลอด ผู้คลอดเกิดความทุกข์ทรมานเนื่องจากการหดตัวของ มดลูกที่เพิ่มขึ้น เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมน สังเคราะห์ที่การเร่งคลอดและฮอร์โมนเอ็นโดรฟินที่ บรรเทาปวดที่ร่างกายสร้างตามธรรมชาติทำให้ต้องช่วย เหลือโดยใช้ยาบรรเทาปวดซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะ แทรกซ้อนดังที่กล่าวมาแล้ว⁽⁹⁾

นอกจากนี้ภาวะสุขภาพจิตก็มีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการคลอด เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะมีความเครียดและความวิตกกังวล ความกลัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด⁽¹⁰⁻¹¹⁾ กลัวทารก ในครรภ์มีภาวะสุขภาพไม่ดีและได้รับการบาดเจ็บจาก การคลอด กลัวการคลอดล่าช้า กลัวการถูกทอดทิ้งให้ คลอดเพียงลำพังเนื่องจากสามีไม่สามารถอยู่ด้วยใน

ระยะคลอด กลัวภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่คาดหวังและกลัวว่าจะไม่สามารถแสดงบทบาทของมารดาที่ดีในระยะหลังคลอดได้⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ความกลัวที่กล่าวมาแล้วผู้คลอดอาจเกิดความเครียดจากความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลและสถานที่ในห้องคลอด ตลอดจนการปฏิบัติกรต่าง ๆ ในระยะคลอดที่ต้องเปิดเผยร่างกายเพื่อตรวจทางช่องคลอดหรือในขณะที่คลอด สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนคุกคามความรู้สึกของผู้คลอดทำให้สูญเสียความเป็นตัวเอง ส่งผลให้ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อจำกัดที่กล่าวมาทำให้ผู้คลอดขาดความมั่นใจในตนเองไม่สามารถมีส่วนร่วมในระยะคลอดได้อย่างเต็มที่

ความรู้และการศึกษา ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการดูแลตัวเอง การขาดความรู้ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถมีส่วนร่วมในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การคลอดครั้งแรกที่ผู้คลอดขาดความรู้ทำให้ไม่เข้าใจประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเกิดความรู้สึกไม่มีอำนาจและมีแนวโน้มทำตามผู้ดูแลโดยการขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้คลอด⁽⁶⁾ นอกจากนี้เมื่อขาดความรู้ทำให้ไม่ทราบเกี่ยวกับสิทธิของตนเองไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ ไม่กล้าถามหรือแสดงความคิดเห็นกับผู้ดูแล ข้อจำกัดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการขาดความรู้เป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม⁽¹²⁾

การสนับสนุนจากผู้ดูแล บุคคลใกล้ชิด และนโยบายของสถานบริการสุขภาพ การสนับสนุนในระยะคลอดมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะช่วยให้ผู้คลอดมีกำลังใจในการเผชิญกับการคลอด การคลอดมีความก้าวหน้าเร็ว ทำให้การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือกรณีมีภาวะแทรกซ้อนลดลง⁽⁹⁾ ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก สำหรับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลโดยทั่วไปในประเทศไทยยังไม่

สามารถปรับใช้ แนวคิดการบริการที่มุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้อย่างสมบูรณ์ โดยการดูแลในห้องคลอดส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้สามีหรือบุคคลใกล้ชิด เพ้าดูแล ผู้คลอดระยะระคลอด แม้ว่าในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราได้พยายามพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องและปัจจุบันได้เปิดโอกาสให้สามีหรือผู้ใกล้ชิดให้การสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอดแต่การปฏิบัติ จริยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการคลอดเพราะขาดการเตรียมความพร้อมในการมีส่วนร่วมในระยะคลอด ซึ่งเมื่อขาดการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้คลอดขาดกำลังใจไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดของสถานบริการส่วนใหญ่ยึดหลักสิทธิผู้ป่วยในการให้บริการ เช่น การให้บริการบนพื้นฐานที่ว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ การคำนึงถึงความเสมอภาคของประชาชนไทยในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การได้รับบริการช่วยเหลือรีบด่วนในกรณีฉุกเฉิน การมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงผู้ให้บริการ เป็นต้น⁽¹²⁾ การมีสิทธิผู้ป่วยนี้สนับสนุนให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองในระยะคลอดมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ก็ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้คลอด ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอดที่กลุ่มงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้เพื่อจัดบริการที่ตอบสนองผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้อย่างสมบูรณ์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาเป็นรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้คลอด

ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้คลอดบุตรในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการเปิดตารางโดยใช้กรอบประชากรจำนวนผู้คลอดปกติของกลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ซึ่งมีจำนวน 409 คน ได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25⁽¹³⁾ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ 104 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 อายุ 20 - 35 ปี
- 1.2 ภาวะการตั้งครรภ์ปกติ
- 1.3 สม่ใจเข้าร่วมในการศึกษา

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเป็นข้อมูลการสังเกตในเวลาราชการ เฉพาะเวรเช้า เวลา 09.00 - 16.30 น. เริ่มสังเกตตั้งแต่ต้นเวรเช้าหรือเมื่อผู้คลอดเริ่มเข้ารับการดูแลในห้องคลอดจนสิ้นสุดช่วงเวลาในเวรเช้าหรือผู้คลอดสิ้นสุดการคลอดและย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยที่รับมารดาหลังคลอดไว้ดูแลและในกรณีที่ผู้รคลอดเข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติระบุ จะใช้วิธีสุ่มเลือกสังเกตเพื่อลดความลำเอียงและกลุ่มตัวอย่างที่สังเกตทั้ง 30 ราย ผู้วิจัยติดตามสัมภาษณ์ซ้ำหลังคลอด ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหลังคลอดโดยเก็บข้อมูลหลังการคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

3. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการตามแนวคิดของคาฮิล⁽²⁾ โดยกำหนดคะแนนรวมการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการคำนวณอันตรภาคชั้นดังนี้

ด้านการเกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแลคลอดจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อที่ 1 - 8 คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับจากการคำนวณอันตรภาคชั้นดังนี้

คะแนน 0-8 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9-16 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17-24 อยู่ในระดับมาก

ด้านการปรับช่องว่างของความรู้ ข้อมูลและความสามารถ มีจำนวน ข้อคำถาม 16 ข้อ ข้อที่ 9-24 คะแนนเต็ม 48 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 0-16 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 17-32 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 33-48 อยู่ในระดับมาก

ด้านการปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแล มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ ข้อที่ 25 - 38 คะแนนเต็ม 42 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณอันตรภาคชั้นดังนี้

คะแนน 0-14 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 15-28 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 29-42 อยู่ในระดับมาก

ด้านการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย ความคิดและสติปัญญาอย่างเหมาะสม จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อที่ 39 - 58 คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณอันตรภาคชั้นดังนี้

คะแนน 0-20 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 21-40 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 41-60 อยู่ในระดับมาก

ด้านการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย ความคิดและสติปัญญา มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อที่ 59 - 66 คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 0-8 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9-16 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17-24 อยู่ในระดับมาก

คะแนนรวมการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการคำนวณอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนน 0-66 อยู่ในระดับต่ำ

การมีส่วนร่วมของผู้คลอด ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านของคะแนนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการมีส่วนร่วม
โดยรวม	128.64	15.46	ปานกลาง
รายด้าน			
การเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล	19.46	2.43	มาก
การปรับช่องว่างของความรู้ข้อมูลและความสามารถ	21.63	7.97	ปานกลาง
การปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแล	29.02	4.63	มาก
การเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย	31.54	5.02	ปานกลาง
ความคิดและสติปัญญาที่เหมาะสม			
การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกายความคิดและสติปัญญา	19.78	3.10	มาก

คะแนน 67-132 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 133-198 อยู่ในระดับมาก

4. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะคลอดตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติเบื้องต้น ร้อยละ ความถี่ เพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งจากการเก็บข้อมูลด้วยวิธี การสังเกตและจากการสัมภาษณ์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ พร้อมบรรยายรายละเอียดพฤติกรรมที่พบ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะคลอดมาจัดกลุ่มเพื่อหาปัญหาอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดตาม

บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 24.16 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.97 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 19-25 ปี ร้อยละ 59.22 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.15 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.10 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนประมาณ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 34.95 เป็นผู้รับบริการทั่วไป ร้อยละ 69.90 ด้รับยาเร่งคลอด ร้อยละ 62.13 และมีการคลอดปกติ ร้อยละ 68.93

2. ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล ด้านการปรับระดับอำนาจ และการควบคุมของผู้ดูแลและด้านการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย ความคิด และสติปัญญา การมีส่วนร่วมจัดอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแลและด้านการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองด้านร่างกาย ความคิดและสติปัญญาเหมาะสม การมีส่วนร่วมจัดอยู่ใน

ในระดับปานกลาง

3. ปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมได้แก่ ความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ความรู้สึกเกรงใจ ความไม่กล้า ความอาย ความกลัว การขาดความรู้และประสบการณ์ การขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การขาดประสบการณ์ของผู้ดูแล และสถานการณ์การคลอดไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

วิจารณ์

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอดโดยรวมซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง แสดงให้เห็นว่าเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้คลอดแต่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วม เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดของคาฮิล⁽²⁾ พบว่า โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราให้การดูแลผู้คลอดโดยยึดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่งานห้องคลอดโดยยึดแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการประกันคุณภาพโรงพยาบาล แสดงถึงผู้ดูแลมีการตระหนักถึงสิทธิผู้คลอด สอดคล้องกับข้อตกลงของคาฮิล ที่ได้เสนอไว้คือ การคำนึงความเท่าเทียมกันระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล ผู้ดูแลมีการสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมตามสิทธิผู้คลอด ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเด็นที่การจัดการของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับตัวผู้คลอดและผู้สนับสนุนที่พบว่ายังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้คลอดมีความพร้อมด้านความรู้ด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนผู้สนับสนุนสามารถช่วยเหลือเพื่อให้ ผู้คลอดสามารถมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญเพราะช่วยให้ผู้คลอดและผู้สนับสนุนมีความรู้และทักษะเพื่อเผชิญเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด⁽¹⁵⁾ ดังรายละเอียดของการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการเกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล พบว่า มีระดับการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ

เจเวล⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมระดับปรึกษาหารือมีการปฏิบัติการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก โดยการมีส่วนร่วมจะเกิดได้นั้นผู้รับบริการต้องมีความรู้สึกกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความสำคัญเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจ เรื่องราวที่อาจจะกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ผลจากการเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีดังได้กล่าวไว้ข้างต้นนำไปสู่การเกิดความร่วมมือในการดูแล

ด้านการปรับช่องว่างของความรู้ ข้อมูลและความสามารถ พบว่า การมีส่วนร่วมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ผลการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ดูแลมีการซักประวัติผู้คลอดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ลักษณะการมีส่วนร่วมในข้อนี้จะเป็นการซักถามอาการที่เกิดขึ้นจริงกับผู้คลอดเมื่อมาโรงพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นจริงกับผู้คลอด ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของทอมป์สัน⁽¹⁷⁾ เกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ไม่เกี่ยวข้องกับความชำนาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ หากการมีส่วนร่วมที่ต้องการความชำนาญเฉพาะทางจะไม่ต้องการมีส่วนร่วม

ด้านการปรับระดับอำนาจและการควบคุมของผู้ดูแล พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการบอกถึงความต้องการแสดงให้เห็นว่าผู้คลอดมีข้อมูลรับรู้และแสดงออกถึงสิทธิของตนเองในฐานะผู้รับบริการ⁽¹⁸⁾ ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีการปรับระดับอำนาจลงและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้มีสิทธิในการบอกความต้องการการดูแลตามความเหมาะสม และผู้คลอดมีการรับอำนาจและมีความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีส่วนร่วม⁽²⁾

ด้านการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ความคิดและสติปัญญาอย่างเหมาะสม พบว่า การมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลจะให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ผู้คลอดทุกรายได้ปฏิบัติ⁽¹⁹⁾ ผลของการให้ข้อมูลและสนับสนุนทำให้ผู้คลอดรับรู้ข้อมูลและเห็นความสำคัญ

ของการปฏิบัติ เกิดการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติการมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองด้านร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน แก่ตนเอง ส่วนการมีโอกาสดูแลทารกหลังคลอดด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมทำให้สามีอุ้มทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยมาก ซึ่งอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดที่กำหนดให้ทารกเกิดใหม่ทุกรายควรได้รับการดูแลเพื่อสังเกตอาการและประเมินการดูดกลืน ตรวจร่างกายจากกุมารแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยของทารกแรกเกิด มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

ด้านการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย ความคิด และสติปัญญา พบว่า มีลักษณะการปฏิบัติเพื่อมีส่วนร่วมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับมาก ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญ รู้สึกว่าสามารถควบคุมตัวเองได้ในระยะคลอด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ การวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดี เช่น เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง⁽²⁰⁾ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจการดูแล ลดความเครียดและผลการดูแลที่ไม่ปรารถนา⁽²¹⁾

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอดที่พบได้แก่ ความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ความรู้สึกเกรงใจและไม่กล้า ความอาย ความกลัว การขาดความรู้และประสบการณ์ การขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การขาดประสบการณ์ของผู้ดูแล และสถานการณ์การคลอดที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งจะได้อภิปรายผลในแต่ละประเด็นดังนี้

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของจัดจ์⁽²²⁾ ที่ว่าความเจ็บปวดทำให้ความสามารถของผู้คลอดในการรับรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล

ลดลง และสอดคล้องกับไรเฟอร์⁽²³⁾ ที่เสนอว่าการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการการคลอดและความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดทุกซ์ทรมาน ไม่สามารถควบคุมตัวเอง ในการทำกิจกรรมและเกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจที่จะเผชิญกับการคลอดต่อไป

ความอ่อนเพลีย ระยะคลอดเป็นช่วงเวลาที่ย่างกายผู้คลอดมีความต้องการพลังงานมาก ความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดไม่ยอมรับประทานอาหารทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้คลอดไม่มีแรงเบ่ง ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหลังคลอดลดลง ผู้คลอดไม่สามารถซักถามข้อมูลและฟังข้อมูลไม่เข้าใจ จากการสัมภาษณ์ผู้คลอดให้ข้อมูลว่าหลังคลอดไม่ได้ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวเองและบุตรเพราะรู้สึกเพลียมาก และเมื่อคลอดเสร็จก็จะหลับในทันที ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย⁽²⁴⁾ ผู้คลอดบางรายได้รับการงดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมคลอด และเมื่อการคลอดเกิดขึ้นผู้คลอดมีการเสียเลือด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความอ่อนเพลียมีผลต่อการมีส่วนร่วมเพราะทำให้ผู้คลอดขาดความพร้อมและความสามารถทำกิจกรรมในระยะคลอดของผู้คลอดลดลง⁽²⁵⁾

ความเกรงใจและความไม่กล้า ความเกรงใจ และความไม่กล้าเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับผู้ดูแลเพราะการทำงานของแพทย์และพยาบาลมีการทำงานแบบผลัดหมุนเวียน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอด และผลการศึกษาก็สอดคล้องกับ ณัฐนิชา คำปาละ ที่ศึกษาผลการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ ไม่กล้าในการซักถามเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากเกรงใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในห้องคลอดและไม่กล้าบอกความต้องการของตนเองแก่เจ้าหน้าที่⁽²⁶⁾

ความอาย ความอายทำให้ผู้คลอดไม่สามารถให้ความร่วมมือเมื่อทำกิจกรรมการดูแล ความอายในระยะคลอด เนื่องจากต้องเปิดเผยร่างกายกับคนแปลก

หน้าทำให้เป็นอุปสรรค ต่อการมีส่วนร่วมในการคลอด เพราะการปฏิบัติดังกล่าวจะคุกคามความรู้สึกของผู้คลอด ทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง ส่งผลให้ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁷⁾

ความกลัว ความกลัวเป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลจากการสัมภาษณ์ ผู้คลอดให้ข้อมูลว่ารู้สึกกลัว เพราะเป็นการคลอดครั้งแรก กลัวการคลอดยาก กลัวลูกมีอันตราย กลัวเจ็บครรภ์ กลัวไม่ได้คลอดเองเพราะปากมดลูกอาจไม่เปิด กลัวเสียงร้องของคนทีนอนรอดคลอด กลัวตอนเบ่งร่างกายจะฉีก กลัวผู้ดูแล กลัวเวลาทำการทำกิจกรรมการดูแล โดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด⁽²⁸⁾ กลัวทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีการบาดเจ็บจากการคลอด กลัวการคลอดล่าช้า กลัวการถูกทอดทิ้งให้คลอดเพียงลำพัง เนื่องจากสามีไม่สามารถอยู่ด้วยในระยะคลอด กลัวภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่คาดหวังและกลัวว่าไม่สามารถแสดงบทบาทของมารดาที่ดีในระยะหลังคลอดได้⁽²⁹⁾

การขาดความรู้และประสบการณ์ การขาดความรู้และประสบการณ์เป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด เพราะจากการสัมภาษณ์ ผู้คลอดให้ข้อมูลว่าขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล การมีน้ำเดิน กระบวนการคลอด ความเจ็บปวดและวิธีลดปวด ปฏิบัติการช่วยเหลือทางการแพทย์ระยะคลอด ตรงกับผลการศึกษาของไบเล⁽³⁰⁾ ที่บอกว่าการขาดความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม เพราะความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในบุคคล⁽³¹⁾

การขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนในระยะคลอดมีความสำคัญเพราะช่วยลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับการคลอด ผู้คลอดขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลน่าจะเกิดจากผู้ดูแลมีงานยุ่งทำให้ไม่มีโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ ไม่มีเวลาขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บ

ปวด สอดคล้องกับการศึกษาของยูฟา ชัยเพ็ชร และอัจฉรา ศรีนภาสวัสดิ์ ที่พบว่า การที่มารดาขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น จากครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถดำเนินชีวิตและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³²⁾

การขาดประสบการณ์ของผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ดูแลเป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมเพราะผู้ดูแลอายุน้อยเป็นปัญหาอุปสรรคด้านการเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดและผู้ดูแล สถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมเพราะการเกิดความร่วมมือในการดูแลนั้นต้องการความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสองฝ่ายที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ภายใต้สถานการณ์ที่รู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัย มีการยอมรับนับถือและมีความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมตามมา⁽³³⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้คลอดและครอบครัวเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดของผู้คลอด ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอดเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้คลอดในการดูแลในระยะคลอดต่อไป
3. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดเพื่อให้การคลอดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการ

ให้การดูแลเพิ่มเติมตามความต้องการเฉพาะกลุ่ม

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้คลอดในระยะคลอดและ / หรือจัดปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด

3. ควรกำหนดตัวแปรอื่น ๆ ที่ใช้ในการศึกษา เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้คลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Saunder P. Encouraging patients to take part in their own care. *Nursing Times* 1995; 91(9):42-3.
2. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *Adv Nurs* 1996; 24:561-71.
3. Kirkley DL. Is motherhood good for women: a feminist exploration. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 49:459-64.
4. พรรณนิภา รัชนีกุลส. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
5. Biley FC. Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *Adv Nurs* 1992; 17:414-21.
6. Lawrence SM, Percival P. Comparison of expected and experienced labor pain of primiparous women. *Journal of the Royal College of Nursing Australia* 1995; 4:32-8.
7. Jimenez SLM. Comfort and pain management. In: Nichols FH, Humenick SS, editors. *Childbirth education*. London : W.B. Saunders; 2000. p. 555-74.

8. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Obstet Gynaecol Res Scandinavia* 2001; 80:315-20.
9. เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. การส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง ครั้งที่ 3; 17 ก.พ. 2543 : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2543.
10. Davis DC. The discomfort of pregnancy. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25:73-81.
11. Melender HL, Lauri S. Fear associated with pregnancy and childbirth: experience of women who have recently given birth. Philadelphia Pa: Midwifery; 1999.
12. พนมกร ดิษฐสุวรรณ. สิทธิผู้ป่วย. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กค. 2543]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.thaiclinic.com/pt_right.html
13. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, ทศนีย์ นะแส. วิจัยทางการแพทย์ : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทม; 2539.
14. อุทุมพร จามรมาน. การวัดและประเมินการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พันนี้พับลิชชิ่ง; 2530.
15. เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: แพรการพิมพ์; 2544.
16. Jewell SE. Patient participation: What does it mean to nurse?. *Adv Nurs* 1994; 19:433-38.
17. Thompson SG, Pitts JS, Schwantovsky I. Preference involvement in medical decision making: situational and demographic influence. *Patient Educational and Counselling* 1992; 22:133-40.
18. สุกัญญา โลจนากิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์, สุชาติ ธิติวรรณะ. เปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิผู้ป่วย และการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2546; 13(1):1-7.
19. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนของหญิงไทยระหว่างปี 2543-2547. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
20. Ashworth PD. Patient participation: its meaning significance in the context of caring. *Adv Nurs* 1997; 54:1430-39.
21. Avis M. Silent partners: patients' views about choice and decision-making in a day surgery unit. *British Journal of Theatre Nursing* 1992; 8-11.
22. Judge E. Choice intrapartum care. *Nursing Times* 1997; 93(10):54-5.
23. Reifer G. Thompson's introducing to maternity and pediatric nursing. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999.
24. Silverton L. The art and science of midwifery. New York: Prentice Hall; 1993.
25. Sleutel M, Golden SS. Fasting in labor: relic or requirement. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28:508-12.

26. ณัฐนิชา คำปาละ. ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
27. Manderson L. Pregnancy and birth in intercultural settings. In : PL. Rice editors. Asian mother, Australian birth. Victoria: Ross Co; 1994.
28. Davis DC. The discomfort of pregnancy. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25:73-81.
29. Melender HL, Lauri S. Fear associated with pregnancy and childbirth: Experience of women who have recently given birth. New York : Midwifery; 1999.
30. Biley FC. Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *Adv Nurs* 1992; 17:414-21.
31. อุบลวรรณ กุลสันต์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ข้อมูลที่ได้รับและความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
32. ยูพา ชัยเพชร, อัจฉรา ศรีนภาสวัสดิ์. พฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 1 ปี ของมารดาในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*; 2548.
33. Ashworth PD, Longmate MA, Morrision P. Patient participation : Its meaning significance in the context of caring. *Adv Nurs* 1997; 17:1430-39.

Abstract Maternal Participation in Intrapartum Care in Chachoengsao Hospital

Karakat Songsamphant, Sarunporn Sriwat

Chachoengsao Hospital

Journal of Health Science 2008; 17:SVI1747-56.

Participation in intrapartum care is important in nursing care, because it provides patient centered care to complete patient's needs, but there are still problems and obstacles which influence the participation in intrapartum care. The purpose of this descriptive study was to describe the attribution of the participation in intrapartum care of gravida, and to describe the problems and obstacles which influenced the maternal participation in intrapartum care. Data were collected by interview and non-participatory observation. The samples were 104 cases of postpartum mothers during the first 24 hour after giving birth during January - March 2008. The instruments were the demographic form, the Interview of Participation in Intrapartum Care of Intrapartum form, and the Observation of Participation in Intrapartum Care of Intrapartum form. Data were analyzed and presented in terms of frequency, percent, mean, and standard deviation.

The results of the study revealed that the subjects had participation in intrapartum care at a moderate level in general. The attributes which showed the highest level of participation in intrapartum care were the existence of a relationship, surrendering the degree of power or control by carer, and positive benefit associated with intellectual and / or physical activity. The attributes which showed a moderate level of participation in intrapartum care were narrowing the gap of knowledge, information and / or competence, and an engagement in selective intellectual and / or physical activity. The problems and obstacles to participation in intrapartum care were pain, fatigue, afraid of offending and lack of courage, shyness, fear, lack of knowledge and experience, lack of the support of caregivers and / or close peer, lack of caring experience of caregivers, and unexpected outcomes during labour. The findings could be used as a background information for the development of the guideline to improve the participation in intrapartum care.

Key words: maternal, participation, intrapartum, Chachoengsao Hospital