

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน



ร.ต.ท.หญิง นริสา จันทบุรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

นริสา จันทบุรี

ร้อยตำรวจโทหญิง นริสา จันทบุรี
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

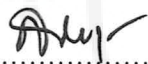
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

นริสา จันทบุรี

ร้อยตำรวจโทหญิง นริสา จันทบุรี

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

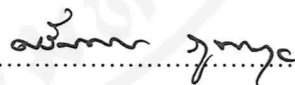
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัศมี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ปิยะมิตร ศรีธรา,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์

โรคหัวใจ

คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรัสศรี ชีระกุลชัย กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในทุก ขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี และรองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการปรับปรุง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ ดร.ปรานี ป้องเรือ และนางสาวบุญทวี สุนทรลิ่มศิริ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบ เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้บังคับการวิทยาลัย โรงพยาบาลตำรวจ คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ตลอดจนหัวหน้าและบุคลากรทุกท่านของ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้การ สนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมทั้งให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบไม่มีแผลทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี เพื่อให้การศึกษาใน ครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด และขอขอบคุณไมตรีจิตจากเพื่อนร่วมรุ่น รุ่นพี่ และรุ่นน้องทุกคน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาริบัติ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่สนิส - คุณพ่อนิธิญ จันทบุรี ที่ห่วงใย ให้ การสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอด และน้องชายที่ให้กำลังใจ รวมทั้ง เพื่อนสนิททุกคน จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL – INFANT ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS

นริสา จันทบุรี 5736229 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศีรสมร ภูมณสกุล, D.N.S., จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล และพักฟื้นหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ณ โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลและแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r = .36$ และ $r = .21$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินปัจจัยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดตามมาตรฐานของวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

คำสำคัญ: ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก/ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL – INFANT ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS

NARISA JANTABUREE 5736229 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study was a descriptive research designed to explore the correlations between selected factors and maternal-infant attachment of mothers who received unplanned cesarean sections using the Maternal-Infant Attachment Theory of Klaus & Kennel (Klaus & Kennel, 1982) as the conceptual framework. The subjects were composed of 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections and had postpartum recovery care at the Obstetrics-Gynecology Patient Ward in Police General Hospital from September 2016 – January 2017. The subjects were purposively recruited based on inclusion criteria. Data collection instruments consisted of the Demographic Data Questionnaire, the Perceived Childbirth Experience Questionnaire, the Nurses' Labor Support Scale and Maternal Attachment Inventory (MAI). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

According to the findings, the factors correlated with maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean section were perceived childbirth experience ($r = .36$) and nursing support during labor ($r = .21$) with statistical significance ($p < .05$).

Based on the findings of this study, nurses should assess perceived childbirth experience and provide nursing support for women in labor meeting professional standards to promote maternal-infant attachment.

KEY WORDS: MATERNAL - INFANT ATTACHMENT/ UNPLANNED CESAREAN SECTION

142 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	12
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	22
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่าง มารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	42
สถานที่เก็บข้อมูล	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์	53
สหสัมพันธ์เพียร์สัน	
บทที่ 4	ผลการวิจัย
	54
บทที่ 5	อภิปรายผลการวิจัย
	59
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัย
	69
ข้อจำกัดในการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	71
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	87
บรรณานุกรม	101
ภาคผนวก	112
ประวัติผู้วิจัย	142

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	55
4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประสบการณ์ การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	56
4.3 ระดับของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	57
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)	58

สารบัญภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	8
2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดา และทารก และผลลัพธ์	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสังคมที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะสถาบันครอบครัว ซึ่งกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะพัฒนาไปพร้อมกับการปรับบทบาทการเป็นมารดา (Klaus & Kennel, 1982; Mercer, 1986) หากเกิดอุปสรรคขัดขวางในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จะส่งผลให้การปรับบทบาทการเป็นมารดาไม่มีประสิทธิภาพ (ปาริชาติ บัวหลวง, 2552) นำไปสู่การปฏิเสธทารก ทำให้ทารกขาดการเลี้ยงดูที่ดี ถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้ายร่างกาย ส่งผลต่อการพัฒนาการของทารกในแต่ละช่วงวัยและเกิดปัญหาทางด้านจิตสังคมในอนาคต รวมทั้งความสัมพันธ์นี้ยังส่งผลให้เกิดความมั่นคงในชีวิต (Klaus & Kennel, 1982)

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันเริ่มก่อตัวตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ จะสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมการวางแผนการตั้งครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย และความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอาจขัดขวางการยอมรับการตั้งครรภ์ แต่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถรับรู้และเริ่มยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่งเมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ (ศรีสมร ภูมนสกุล, 2558) และความรักใคร่ผูกพันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งมารดาได้พบกับทารก (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) ซึ่งระยะเวลาที่สำคัญที่สุดก็คือในช่วง 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอด โดยมารดาจะมีโอกาสมองเห็นทารก ได้สำรวจทารกและได้เรียนรู้พฤติกรรมของทารกว่าเป็นอีกบุคคลหนึ่ง (ศรีสมร ภูมนสกุล, 2558; Klaus & Kennel, 1982) ดังนั้น หากช่วงเวลานี้ขาดหายไป การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอาจจะล่าช้าทำได้ยาก หรือไม่เกิดขึ้นเลย ดังเช่น ในกรณีที่มีการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง เป็นต้น (Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราสูงขึ้น ดังรายงานสถิติของประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 2008 มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.4 (Gibbons et al., 2010) เป็นร้อยละ 32 ในช่วงปี ค.ศ. 2014 (WHO, 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศ

สหรัฐอเมริกาที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 22 ในช่วงปี ค.ศ. 2008 (Gibbons et al., 2010) เป็นร้อยละ 33 ในช่วงปี ค.ศ. 2014 (WHO, 2015) และในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในประเทศไทยอาจสูงกว่าร้อยละ 50 (เพื่องลดา ทองประเสริฐ, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลรามาริบดี มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 58 ในช่วงปี พ.ศ. 2547 - 2557 (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาริบดี, 2558) และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 21 ในช่วงปี พ.ศ. 2533 - 2554 (เพื่องลดา ทองประเสริฐ, 2555) ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 15 (WHO, 2015) สำหรับโรงพยาบาลตำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2558 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นจากร้อยละ 41.47 เป็นร้อยละ 43.03 และ ร้อยละ 48.09 ตามลำดับ โดยแยกเป็นอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผน จากร้อยละ 13.51 ร้อยละ 13.42 และ ร้อยละ 14.83 ตามลำดับ และอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 27.96 เป็นร้อยละ 29.62 และร้อยละ 33.25 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติการคลอดบุตรประจำห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ, 2558) จากสถิติข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นถึงการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการคลอดที่ไม่มีความก้าวหน้า หรือต้องการหลีกเลี่ยงอันตรายที่รุนแรง หรืออาจถึงแก่ชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของมารดาและทารกในครรภ์แต่ส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัวภายหลังคลอด (Marut & Mercer, 1979) และส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอีกด้วย (Klaus & Kenell, 1982; Mercer, 1986; Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน มารดาจะไม่ทราบมาก่อนล่วงหน้าว่าต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดและมีเวลาเพียงเล็กน้อยในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น มารดาจะรู้สึกผิดและตำหนิตนเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดจนไม่สามารถคลอดเองได้ตามธรรมชาติอย่างที่ตั้งใจไว้ และมีความเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดนั้นแสดงว่าตนเองและบุตรตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย (Van Reenen & Van Rensburg, 2013) ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลว่าตนเองจะสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตินี้ไปได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ ดังรายงานการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ร้อยละ 80 จะมีความวิตกกังวล กลัวอันตรายในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้สตรีหลังผ่าตัดคลอดมองประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Bennington, 2010; Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip, & Bhattacharya, 2007) และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตนเองน้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Marut & Mercer, 1979; Roux & Van Rensburg, 2011) และแตกต่างจากการ

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผนที่มารดาจะมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับกับสถานการณ์และรู้สึกรู้ว่ามีความปลอดภัยทั้งมารดาเองและทารก (Cranley, Hedahl, & Pegg, 1983; Zakerihamidi, Roudsari, & Khoei, 2014) นอกจากนี้ในมารดาที่พยายามคลอดเองทางช่องคลอดแล้วไม่สามารถคลอดเองได้จึงต้องได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ทำให้มารดาใช้เวลาในระยะรอคลอดนาน ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Chalmers et al., 2010) รวมทั้งในระยะหลังผ่าตัดคลอดใหม่ๆ สภาพร่างกายยังไม่พร้อมและไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในการให้นมและเลี้ยงดูบุตรได้ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Cox & Smith, 1982; Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip, & Bhattacharya, 2007) ส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Bennington, 2012; Klaus & Kenell, 1982; Marut & Mercer, 1979) ดังนั้น มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนจึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Roux & Van Rensburg, 2011) และมีผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอดด้วยเช่นกัน (Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller - Nix, 2011; Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนี้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านมารดา - บิดา ปัจจัยด้านทารกและปัจจัยการดูแล (Klaus & Kenell, 1982) ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน การสร้างความรักใคร่ผูกพันในระยะที่ยังไม่ได้เลี้ยงดูทารก จะมีจุดเน้นอยู่ที่ปัจจัยทางด้านมารดา - บิดาและปัจจัยทางด้านการดูแล กล่าวคือ ในปัจจัยด้านมารดา - บิดา เป็นปัจจัยทางด้านภูมิหลังและคุณลักษณะของมารดา - บิดา ดังรายงานการศึกษาที่พบว่า มารดาที่ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับต่ำ (Salisbury, Law, LaGasse, & Lester, 2003; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) และในระยะคลอดนั้นนับว่าเป็นภาวะวิกฤติตามวุฒิภาวะ (maturation crisis) และภาวะวิกฤติตามสถานการณ์ (situation crisis) หากมารดาขาดความรู้ขาดประสบการณ์ และขาดความพร้อมด้านวุฒิภาวะ อาจมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และระดับการศึกษาของมารดาอาจส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเช่นกัน ดังการศึกษางานวิจัยจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 – 2006 พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วยเช่นกัน (วันดี ไชยทรัพย์, 2540; Keawboonruang, 2001)

ส่วนปัจจัยทางด้านการดูแลนั้น ประกอบด้วยพฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด การแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kenell, 1982) จากการศึกษาพบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในรูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาพร้อมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุญทวี สุนทรลัมศิริ, 2551; มนต์ตรา พันธุ์พัก, 2552; วาสนา แหวนหล่อ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในมารดาที่เคยสูญเสียบุตร โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ด้วยการให้ความรู้ ให้ดูภาพถ่ายคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 8 - 22 สัปดาห์พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sriintravanit, 2005) นั่นคือ การช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลจะช่วยในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นเรื่อยๆ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลนั้น มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทางด้านตัวมารดาเอง การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในการดูแลและช่วยเหลือมารดาในระหว่างการคลอด น่าจะมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และยังไม่พบว่ามีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงปัจจัยดังกล่าวต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลที่ครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดากลุ่มนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้มาจากแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (maternal - infant attachment) ของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งให้ความหมายความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ว่าหมายถึง ความสัมพันธ์ที่เฉพาะระหว่างบุคคล 2 คน ที่มีความคงทนถาวรตลอดไป (Klaus & Kennell, 1982)

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันที่เฉพาะเจาะจงระหว่างมารดาและทารก จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป และมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ โดยในระยะก่อนการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ดั้งเดิมของผู้หญิงจะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันเมื่อเป็นมารดาเอง โดยผู้หญิงจะใช้ตัวแบบ (model) จากมารดาของตนที่รับรู้ได้ในวัยเด็ก ซึ่งมีพฤติกรรมแสดงออกที่สะท้อนถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ คือ การวางแผนการตั้งครรภ์ (planning the pregnancy) ซึ่งในระยะตั้งครรภ์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการ 2 แบบ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ในสตรีตั้งครรภ์เอง และ 2) การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ในระยะนี้จะแตกต่างกันไป อันเป็นผลมาจากการวางแผนการตั้งครรภ์ (planning the pregnancy) เหตุการณ์หรือพฤติกรรมแสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ของหญิงตั้งครรภ์ ก็คือ การยืนยันการตั้งครรภ์ (confirming the pregnancy) การยอมรับการตั้งครรภ์ (acceptance of pregnancy) การยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่ง (perception of the fetus as a separate individual) (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558)

ส่วนในระยะคลอด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามกระบวนการคลอด ทำให้เกิดการเพิ่มการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamine) เนื่องจากร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ โดยเฉพาะการเพิ่มระดับอีพิเนฟริน (epinephrine) จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการคลอดได้ในส่วนของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การหดตัวของมดลูกน้อยลงและระยะเวลาของการคลอดยาวนาน ส่งผลให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น ในส่วนของทารกเมื่อมีการเพิ่มระดับของอีพิเนฟริน ส่งผลให้เกิดไหลเวียนไปที่มดลูกน้อยลงและทารกมีภาวะหายใจลำบาก (birth asphyxia) เมื่อแรกคลอดได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558) ซึ่งอาจต้องการหัตถการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่รับรู้มาก่อนว่าตนเองนั้นจะต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันของมารดาและทารก เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอาจต้องมีการแยกมารดาและทารกออกจากกันหรือเกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพัน และไม่ได้รับการส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอันเป็นผลมาจากขั้นตอนการดูแลรักษา นอกจากนี้การผ่าตัดทารกทางหน้าท้องยังมีการให้ยาระงับปวด ส่งผลให้มารดาขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองหรือมี

ส่วนร่วมในการเลี้ยงดูทารก หรือระบบการดูแลผู้คลอดเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป จะส่งผลให้เกิดการจัดวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเช่นกัน (Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ด้วยการมีผู้ช่วยคลอดอยู่เป็นเพื่อน ด้วยการสนับสนุนทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ การเป็นตัวแทนของผู้คลอด และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและให้คำแนะนำแก่มารดา จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้

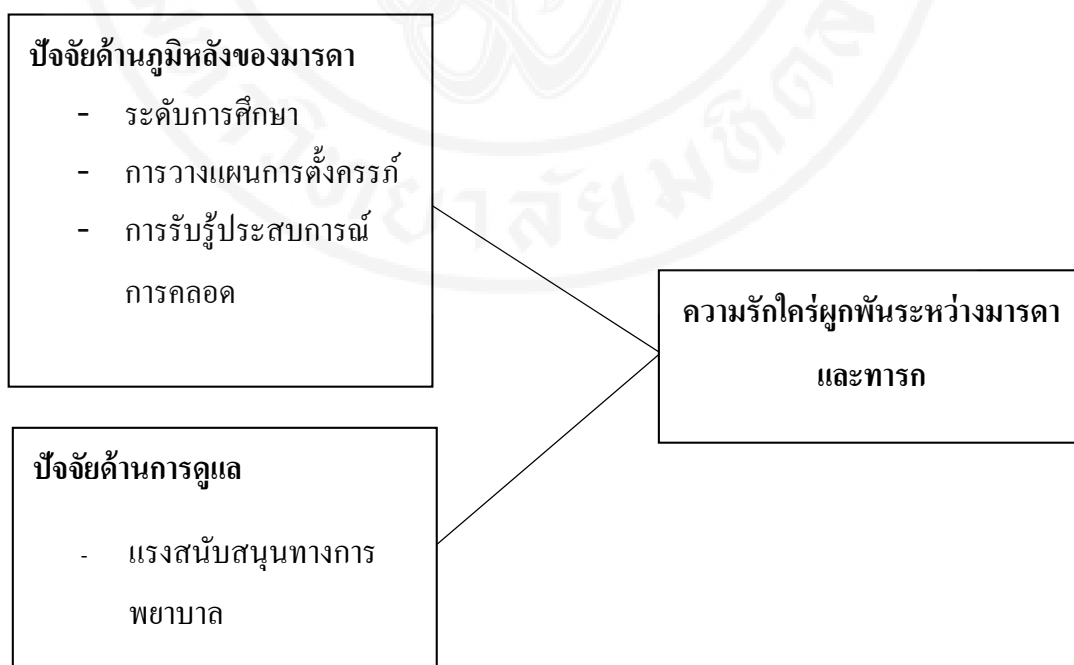
เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการผ่าตัดคลอด มารดาในระยะนี้จะไวต่อการสร้างสัมพันธภาพ (sensitive period) กับทารกแรกเกิด โดยในระยะ 30 - 45 นาทีแรกหลังทารกคลอด จะเป็นระยะวิกฤติที่มีความสำคัญที่สุด (critical period) (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะนี้ขึ้นอยู่กับโอกาสที่มารดาจะมองเห็นบุตร (seeing the baby) ได้สัมผัส (touching the baby) ได้เลี้ยงดูบุตร (giving care to the baby) ได้เรียนรู้พฤติกรรมทารกว่าเป็นอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว (acceptance infant as a separate individual) หากขั้นตอนนี้ขาดหายไป การสร้างความรักใคร่ผูกพันก็จะล่าช้าไปด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภูมิหลังของบิดามารดา (parental background) อันได้แก่ การเลี้ยงดูจากมารดาของตนเอง พันธกรรมของบิดามารดาเอง วัฒนธรรม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน การวางแผน และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น จากข้อมูลการทดลองพบว่า ภูมิหลังของมารดาหรือประสบการณ์เดิมในอดีตของมารดา เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันของมารดาเมื่อตั้งครรภ์ (Klaus & Kennell, 1982) ปัจจัยด้านการดูแล ประกอบด้วย พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด การแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งในทางบวกจะแสดงออกโดย การเลี้ยงดูทารกอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความรักใคร่ผูกพัน ส่วนในทางลบจะแสดงออกในทางผิดปกติของการเป็นบิดามารดา เช่น ทำร้ายทารก หรือ สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกจะเบี่ยงเบน ทำให้ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีปัญหาพัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นต้น ในส่วนปัจจัยด้านทารก ขึ้นอยู่กับความคาดหวังและจินตนาการของบิดามารดาและภาวะสุขภาพของทารก เช่น เพศของทารก ความเจ็บป่วยหรือพิการของทารกและภาวะแทรกซ้อนของทารกภายหลังคลอด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ชัดเจน ได้แก่ อายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา การรับรู้ประสบการณ์การคลอด รวมทั้งแรงสนับสนุนทางการพยาบาล มี

ความสัมพันธ์ต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กล่าวคือ ปัจจัยด้านมารดา พบว่ามารดาที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มักจะขาดการวางแผนการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น อัตราการไม่มาฝากครรภ์เพิ่มสูงขึ้นหรืออาจมาฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันมากกว่าในมารดากลุ่มอื่นๆ ดังนั้น การวางแผนการตั้งครรภ์จึงสะท้อนถึงอายุของมารดา วุฒิภาวะและ ความพร้อมของมารดา มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ จะมีการยอมรับการตั้งครรภ์และมีความรู้สึกรักนึกคิดต่อการตั้งครรภ์รวมไปถึงทารกในครรภ์เป็นไปในทางบวก ส่งผลให้มารดาพัฒนาความรักใคร่ผูกพันได้ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์จะทำให้มารดาปฏิเสธการตั้งครรภ์ และปฏิเสธบุตรในระยะต่อมา (Klaus & Kennell, 1982) และการวางแผนการตั้งครรภ์ยังสะท้อนถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้ด้วย หากมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีจะแสดงออกด้วยการวางแผนการตั้งครรภ์ระหว่างคู่สมรส ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Diniz, Volling, & Koller, 2014) และระดับการศึกษาส่งผลให้มารดามีการเตรียมตัวและหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการบำรุงทารกในครรภ์ เพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกจะส่งผลต่อการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น (Bennington, 2010; Mercer, 1986) และปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางการแพทย์ ในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง บทบาทพยาบาลจึงควรส่งเสริมในทุกๆ ระยะตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ระยะคลอด ซึ่งแรงสนับสนุนทางการแพทย์ในระยะคลอด โดยพยาบาลให้การสนับสนุนมารดาในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ด้านข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำแก่มารดาในระยะคลอด ตั้งแต่มารดาเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดจนกระทั่งเข้ารับการผ่าตัดคลอด ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จนกระทั่งระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะผ่าตัดคลอดนั้น ซึ่งเป็นระยะวิกฤติและมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผนมักขาดโอกาสในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกช่วงระยะเวลา นี้ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สำคัญที่สุดในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งตามบริบทของประเทศไทยแล้ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่อนุญาตให้คู่สมรสหรือครอบครัวเข้ามาในห้องผ่าตัดได้ พยาบาลจึงเป็นแรงสนับสนุนหลักในการให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในทุกช่วงเวลาของระยะคลอด ด้วยการส่งเสริมปัจจัยที่เกื้อหนุนและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรีสมร ภูมิณสกุล, 2558; สุภาวีย์ เผือกเทศ, 2541; Klaus & Kennell, 1982) โดยให้การสนับสนุนในระหว่างการคลอดทางด้านร่างกาย อารมณ์ การเป็นตัวแทนของผู้คลอด ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ส่งผลให้ผู้เป็นมารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ

สร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013) และในส่วนปัจจัยด้านทารก เช่น เพศของทารก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเพียงบางงานวิจัยเท่านั้นที่พบว่า เพศของทารกมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมทั้ง ความเจ็บป่วยหรือพิการของทารก และภาวะแทรกซ้อนของทารกภายหลังคลอด ทำให้ทารกไม่สามารถแสดงสื่อสัญญาณกับมารดาได้ ทำให้มารดาเกิดความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารก (Alhusen, Hayat, & Gross, 2013) ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกที่ปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด เพื่อที่จะได้ศึกษาถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งได้รับการผ่าตัดโดยมิได้วางแผนมาก่อน โดยไม่มีปัจจัยความเจ็บป่วยของทารกมาเกี่ยวข้องหรือเป็นอุปสรรคต่อการเกิดความรักใคร่ผูกพัน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้นกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ในส่วนของปัจจัยด้านภูมิหลังของมารดาและปัจจัยด้านการดูแลเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผน จึงสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาได้ดังนี้



ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

คำถามการวิจัย

1. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลที่มารดาและพ่อพันธุ์ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แนวทางในการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน
2. ด้านการศึกษา ใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล ในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนได้อย่างเป็นองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเน้นถึงปัจจัยที่ส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทำนาย ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน หรือเป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นอื่นๆต่อไป

นิยามตัวแปร

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจนถึงขั้นสูงสุดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์และสามีได้ร่วมกันวางแผนครอบครัวที่จะมีบุตรในครรภ์ปัจจุบัน แบ่งเป็น มีการวางแผน และไม่มีการวางแผน

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของมารดา เป็นความรู้สึก ความคาดหวัง ความคิดเห็นของตนเอง และการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ที่ได้ประสบมาแล้ว ในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรขณะอยู่ในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ฉบับแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) จำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

แรงสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของมารดาต่อการได้รับการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลใน 4 ด้าน คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในการดูแลทางด้านร่างกายและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในระยะคลอด การเป็นตัวแทนผู้คลอดในการดูแลรักษา รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและการให้คำแนะนำ ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลของ ศรีสมร ภูมณสกุล ปุณณภาภัก สุขสงวน และ จันทิมา ขนบดี (2559) จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผนได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมาก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก หมายถึง การรับรู้ของมารดาต่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของมารดาเองที่แสดงออกต่อทารกถึงความรัก ความผูกพัน ห่วงใยและเอาใจใส่ต่อทารก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอด (The Maternal Attachment Inventory: MAI) ของ มุลเลอร์ (Muller, 1994) ที่แปลเป็นไทยโดย พรพรรณ จงปราณี (2540) จำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนมีความรักใคร่ผูกพันต่อทารกมาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดและแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนผู้วิจัยได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นสูติศาสตร์หัตถการ มักทำเมื่อแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นกรณีเร่งด่วน สมควรได้รับการช่วยคลอด และถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องใช้เครื่องมือ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หรือเฉพาะส่วนของร่างกาย และมีความยุ่งยากก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติตามข้อบ่งชี้ที่มารดาไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการคลอดได้เอง และอาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ มารดาจะได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ซึ่งแตกต่างจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผน คือจะมีการกำหนดเวลาไว้อย่างชัดเจน โดยคำนึงความปลอดภัยสูงสุดของมารดาและทารกในครรภ์

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ควรเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 15 (WHO, 2015) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2008 (Gibbons et al., 2010) เป็นร้อยละ 33 ในช่วงปี ค.ศ. 2014 (WHO, 2015) และรายงานสถิติของประเทศไทย มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 32 ในช่วงปี ค.ศ. 2014 (WHO, 2015) สำหรับโรงพยาบาลตำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2558 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นจาก

ร้อยละ 41.47 เป็นร้อยละ 43.03 และ ร้อยละ 48.09 ตามลำดับ โดยแยกเป็นอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผน ร้อยละ 13.51 ร้อยละ 13.42 และร้อยละ 14.83 ตามลำดับ และอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 27.96 เป็นร้อยละ 29.62 และร้อยละ 33.25 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติการคลอดบุตรประจำปีห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ, 2558)

ความหมาย

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือ Caesarean section หมายถึง การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้อง (laparotomy) และรอยผ่าที่ผนังมดลูก (hysterotomy) (Cunningham et al., 2014) ทารกต้องมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 1,000 กรัม หรือมีอายุครรภ์ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2555; จริยาพร ศรีสว่าง, 2552; เพ็ญธดา ทองประเสริฐ, 2555) คำจำกัดความนี้ ยังไม่รวมถึงการคลอดทางช่องท้องในรายที่มดลูกแตกหรือการตั้งครรภ์ในช่องท้องและยังไม่รวมถึงการคลอดรกด้วย (Cunningham et al., 2014)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผน (planned caesarean) หมายถึง การทำสูติศาสตร์หัตถการโดยการผ่าตัดเพื่อคลอดทารกทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมที่มีความปลอดภัยสูงสุดต่อมารดาและทารกในครรภ์ (Rankin, 2017) ซึ่งได้มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หรือก่อนกำหนดคลอดประมาณ 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากมารดาไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เอง โดยมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน เช่น ขนาดศีรษะของทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ทารกท่าก้น เป็นต้น รวมไปถึงการร้องขอของมารดาในรายที่ไม่ต้องการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเอง (ดวงกลม ปิ่นเฉลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2552)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน (unplanned caesarean section) หมายถึง การทำสูติศาสตร์หัตถการโดยการผ่าตัดเพื่อทำคลอดทารกทางหน้าท้องซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันในภาวะฉุกเฉินที่มารดาและทารกเสี่ยงต่ออันตราย มักเกิดในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์หรือในระยะคลอด (Stables & Rankin, 2010) ซึ่งมีการพิจารณาขึ้นในระยะคลอด เป็นการผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า โดยมีข้อบ่งชี้บางอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ภาวะสายสะดือถูกกด ระยะคลอดยาวนาน ทารกอยู่ในภาวะเครียด และสถานะที่แสดงถึงว่าทารกกำลังได้รับอันตราย เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นเพิ่มมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของมารดาและทารก หรือหากเกิดข้อสงสัยว่า การดำเนินการคลอดจะส่งผลให้มารดาและทารกในครรภ์เกิดอันตราย จะมีการพิจารณาให้เกิดการผ่าตัดคลอดทาง

หน้าท้องทันที ส่วนมากในประเทศที่มีความพร้อมทางด้านการแพทย์ จะพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นสูงตามไปด้วย แต่อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงไม่ได้ทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกปรกติกำเนิดลดลง (เฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2555; Cunningham et al., 2014) ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้นนี้ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะประชากร การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิก แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ และการดูแลในระยะคลอด (Cunningham et al., 2014)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ ข้อบ่งชี้ชนิดสมบูรณ์ (absolute indication) และข้อบ่งชี้โดยอนุโลม (relative indication) (เฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2555; Cunningham et al., 2014)

การผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ชนิดสมบูรณ์ (absolute indication) คือ การคลอดที่หากให้มารดาพยายามคลอดเองแล้วจะเกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างแน่นอน สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การคลอดติดขัดหรือการคลอดยาก (mechanical obstruction or mechanical dystocia) เช่น ภาวะที่ไม่มีการเปิดขยายของปากมดลูกนานกว่า 2 ชั่วโมงในระยะที่ 2 ของการคลอด (secondary arrest of dilatation) การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกหยุดชะงัก (arrest of descent) เนื่องจากความผิดปกติของกลไกการคลอดประกอบด้วย

1.1 การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกในครรภ์กับขนาดของอุ้งเชิงกราน (cephalopelvic disproportion) เกิดจาก ทารกตัวโตมาก ส่วนนำผิดปกติ หรือการหดตัวของมดลูกไม่ดี ถ้าหากมีการผิดสัดส่วนอย่างชัดเจนควรรีบทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อเริ่มมีการเจ็บครรภ์หรือเมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนด ในกรณีที่การผิดสัดส่วนไม่ชัดเจนนั้น ส่วนใหญ่จะต้องทดลองให้คลอดเองก่อนเสมอ การพิจารณาให้ผ่าตัดคลอดโดยการตรวจกายวิภาคของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกรานของมารดาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ ต้องพิจารณาร่วมกับการประเมินขนาดของช่องเชิงกรานทางคลินิกหรือมีการวัดขนาดของเชิงกรานประกอบการตัดสินใจด้วย (Cunningham et al., 2014)

1.2 การขวางกั้นของช่องทางคลอด (soft tissue obstruction) ส่งผลให้ส่วนนำของทารกไม่สามารถลงสู่ช่องทางคลอดได้ อันเนื่องมาจาก มีก้อนเนื้อในช่องเชิงกรานที่ขัดขวางการคลอด เช่น เนื้องอกรังไข่ เนื้องอกบริเวณมดลูกส่วนล่างหรือปากมดลูก มีผนังกั้นในช่องคลอดหรือในมดลูก ปากมดลูกแข็ง หรืออาจมีแผลขนาดใหญ่ที่ช่องคลอดหรือปากมดลูก เป็นต้น

1.3 ความผิดปกติของท่าทารกที่ไม่สามารถคลอดเองได้ เช่น ทารกแนวขวาง ทารกมีส่วนนำเป็นหน้าขนิด mento posterior หรือทารกมีส่วนนำเป็นหน้าผาก (brow presentation) โดยคำนึงถึงลักษณะของช่องเชิงกราน ขนาดของทารก อายุ และจำนวนครั้งของการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

1.4 ภาวะมดลูกหดตัวผิดปกติ เป็นการหดตัวของมดลูกที่มีความรุนแรงและไม่สม่ำเสมอ (hypertonic uterine dysfunction) หรือมดลูกที่มีการหดตัวน้อยตัวน้อยกว่าปกติ (hypotonic uterine dysfunction) ซึ่งทำให้ระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนานผิดปกติ หากได้รับการรักษาแล้วล้มเหลว ก็ควรได้รับการพิจารณาผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Cunningham et al., 2014)

2. ทารกอยู่ในภาวะเครียด (fetal distress) เป็นภาวะที่ทารกในครรภ์พร่องออกซิเจน จากสาเหตุที่ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดโดยเร็ว เป็นภาวะเครียดอย่างกะทันหันหรืออาจเป็นมาเรื่อยๆ

3. รกเกาะต่ำ (placenta previa) โดยเฉพาะชนิดปิดปากมดลูกทั้งหมด (placenta previa totalis) หรือมีภาวะตกเลือดมากผิดปกติ

4. ภาวะสายสะดือย้อย (prolapse cord) ที่ทารกยังมีชีวิตอยู่ และปากมดลูกยังไม่เปิดไม่หมด

5. การหักของกระดูกเชิงกราน หรือช่องทางคลอดมีความผิดปกติ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์อาจเป็นมาตั้งแต่กำเนิด หรือเกิดจากอุบัติเหตุ

6. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม หากให้พยายามคลอดเองทางช่องคลอด อาจเกิดการฉีกขาดบริเวณปากมดลูก ทำให้เลือดออกมากกว่าปกติ

การผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ชนิดอนุโลม (relative indication) เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจพิจารณาว่าต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง หรืออาจให้คลอดทางช่องคลอด โดยมีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป ขึ้นอยู่กับสภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยคำนึงความปลอดภัยสูงสุด และหากพิจารณาให้ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแล้ว ส่งผลดีมากกว่าการคลอดโดยวิธีอื่นๆ โดยพิจารณาจาก

1) มารดาที่เคยได้รับการผ่าตัดที่บริเวณตัวมดลูกมาก่อน จากการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (previous cesarean section) หรือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อออก (myomectomy)

2) ทารกที่มีส่วนนำเป็นก้น (breech presentation)

- 3) ครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้มีส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ (multi fetal pregnancy)
- 4) สตรีที่ตั้งครรภ์ภายหลังได้รับการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอด เช่น การผ่าตัดเย็บปากมดลูก (incompetent cervix) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (stress urinary continent) หรือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขรูร่วระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด (vesicle vaginal fistula) หรือรูทวารหนักกับช่องคลอด
- 5) โรคแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา หรือมีการวางแผนการรักษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในเวลาจำกัด และปากมดลูกยังไม่พร้อมในการคลอดทางช่องคลอด
- 6) โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น
- 7) การติดเชื้อรุนแรงที่บริเวณช่องคลอด ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส (herpes) หรือหูดหงอนไก่ (genital warts)
- 8) มารดาที่มีประวัติคลอดยาก ทารกเสียชีวิตหรือพิการ โดยหาสาเหตุไม่ได้ หรือมีประวัติการมีบุตรยาก (infertility)
- 9) การตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี
- 10) ภาวะน้ำเดินก่อนการคลอดเป็นระยะเวลานาน

ยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia) คือ การให้ยาระงับความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยได้หลับ ไม่มีความเจ็บปวดและไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างทำการผ่าตัดคลอดได้ โดยให้การยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว หรือมีการสูดดมยาสลบเข้าระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย ทำให้ระงับความรู้สึกได้ง่ายและรวดเร็วแต่มีโอกาสดูเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดและอาจเสียเลือดมากเนื่องจากยาสลบบางตัวมีผลต่อการหดตัวของมดลูกและยาสลบบางชนิดอาจกดการหายใจของทารกแรกเกิดอีกด้วย

การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนของร่างกาย (regional anesthesia) คือ การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหมดความรู้สึกไปในชั่วระยะเวลาหนึ่งด้วยยาเฉพาะส่วน ในการผ่าตัดคลอดอาจใช้การฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องนอกน้ำไขสันหลัง (epidural anesthesia) และการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) ซึ่งวิธีนี้มีข้อดี คือ มารดายังตื่นอยู่ในระหว่างทำการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ไม่เสี่ยงต่อการสูดสำลัก

น้ำและอาหารเข้าปอด และยาที่ใช้ไม่มีผลต่อการกดการหายใจของทารกแรกเกิด ข้อเสีย คือ ผลของยาต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตในร่างกายลดลง แต่สามารถแก้ไขและป้องกันได้โดยการให้สารน้ำก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในระดับสูง อาจทำให้กดการหายใจของมารดาได้ และอาจพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น

ผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจาก สัดส่วนของการตั้งครรภ์แรกเพิ่มสูงขึ้น อายุของมารดาเพิ่มมากขึ้น การวินิจฉัยว่าทารกอยู่ในภาวะเครียดเกินความเป็นจริง ทำของทารก การช่วยคลอดด้วยคีมเบบยากลดลง และภาวะมีบุตรยาก นอกจากนี้แล้ว เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความเจริญก้าวหน้าและปลอดภัยมากขึ้นก็ส่งผลต่ออัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ก็ยังนำมาซึ่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบด้านร่างกาย

1. อัตราเสี่ยงการตายและภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าการคลอดทางช่องคลอด เป็น 3 เท่า ในการผ่าตัดคลอดแบบมีแผน (เพื่องลดา ทองประเสริฐ, 2555) และเป็น 9 เท่าในการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน (Hall & Bewley, 1999) จากการศึกษาของ เรส์ และคณะ (Raees, Yasmeen, Jabeen, Utman, & Karim, 2012) พบว่า สตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพสูงกว่าสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีแผน

2. อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 25 (Smaill & Gyte, 2010) และอัตราการติดเชื้อในร่างกายของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด คิดเป็น 5 - 20 เท่า (Henderson & Love, 1955) ซึ่งเป็นภาวะที่สำคัญที่สุดของสาเหตุการตายและส่งผลในมารดาต้องการการพักฟื้นนานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (Carvalho, Souza, & Medeiros, 2014) จากการศึกษาเพื่อดูภาวะติดเชื้อ 10 วันภายหลังคลอด พบว่าการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดคลอด 1 ชั่วโมงไม่มีผลในการลดอัตราการติดเชื้อหลังคลอดโดยรวม แต่มีผลในการลดอัตราการติดเชื้ออุ้งเชิงกราน (Dlamini et al., 2015)

3. รู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากหลังได้รับการผ่าตัดคลอด เนื่องจาก ผิวหนังหน้าท้องกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อฉีกขาดและเส้นประสาท ถูกทำลายโดยการกรีดมีดผ่าน ทำให้ปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นให้หลั่งสารเคมี ได้แก่ โพแทสเซียม (potassium) ฮิสตามีน (histamine) ซีโรโทนิน (serotonin) เบรดีไคนิน (bradykinin) และกรดอะราคิโดนิก (arachidonic acid) ออกมา และหลอดเลือดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการขยายตัว ทำให้เลือดคั่งและมี

อาการบวมบริเวณนั้น ร่วมกับบริเวณหน้าท้องมีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก โดยเฉพาะใน 24 - 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดคลอด มารดาจึงมีความเจ็บปวดมาก (สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร ปุณโพธิ์, 2552) และพบว่าความปวดจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขยับตัว พลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง เดิน เป็นต้น จากการศึกษาเพื่อประเมินความปวดขณะพัก ขณะทำกิจกรรม ในวันที่ 1 และ 2 หลังได้รับการผ่าตัดคลอด พบว่า วันแรกหลังได้รับการผ่าตัด ขณะพัก ความปวดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดและมารดาที่คลอดทางช่องคลอดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขณะทำกิจกรรม กลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความปวดมากกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ($p < .0002$) ในวันที่ 2 หลังคลอด มารดาในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอด มีความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด ($p < .04$) และมีอาการไม่สุขสบายจากการมีสายสวนปัสสาวะร่วมกับมีสายน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ และมีการใช้ยาแก้ปวดภายหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Hardy - Fairbanks, Lauria, Mackenzie, & McCarthy, 2013)

4. ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด จึงต้องมีการเตรียมเลือดไว้ให้ในระหว่างทำหัตถการ หรือภายหลังคลอด (Abdel - Aleem, Alhusaini, Abdel - Aleem, Menoufy, & Gulmezoglu, 2013) จากการศึกษาพบว่า ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการประมาณค่าของการสูญเสียเลือดในระหว่างคลอดกับปริมาณของเลือดที่สูญเสีย แต่ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง นั่นคือ มีการตกเลือดในระหว่างการผ่าตัดมากกว่าที่ประเมินไว้ (Larsson, Saltvedt, Wiklund, Pahlen, & Andolf, 2006) และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลมีภาวะตกเลือดในระยะคลอด คิดเป็น ร้อยละ 58 ซึ่งมากกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีแผล คิดเป็น ร้อยละ 4 และภายหลังการผ่าตัดคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลมีภาวะช็อค คิดเป็น ร้อยละ 70 ซึ่งมากกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีแผล คิดเป็น ร้อยละ 40 (Raees et al., 2012)

5. ภาวะไม่สุขสบายหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดหลัง คลื่นไส้ อาเจียน คิดเป็น ร้อยละ 40 - 80 และผลจากการใช้ยาระงับความรู้สึกทำให้มารดาไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดีภายหลังการผ่าตัดคลอด และมีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ (Jain & Sharma, 2015)

6. ภาวะอ่อนแรงภายหลังคลอด เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้มากถึง ร้อยละ 60 ภายหลังคลอด (Rychnovsky, 2007) ส่งผลทางด้านลบต่อด้านร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด รวมทั้งกิจกรรมการดูแลทารกและกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วย

(McQueen & Mander, 2003) จากการศึกษาของไโล และคณะ (Lai, Hung, Stocker, Chan, & Liu, 2015) ซึ่งทำการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาที่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีภาวะอ่อนแรงภายหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่สามารถคลอดทางได้เองทางช่องคลอด และภาวะอ่อนแรงหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วย

7. ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เช่น เสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกและอาจต้องตัดมดลูกทิ้งจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ และชนนพร วนาภิรักษ์, 2555; Kaboré et al., 2015) เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Stadtlander, 2014) การฝังตัวของรกผิดปกติ รกเกาะต่ำ (Lee & D'Alton, 2008) รกลอกตัวก่อนกำหนด รกฝังตัวแน่น (Murphy, Stirrat, Heron, & Team, 2002) และการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (Clark & Silver, 2011) เป็นต้น

ผลกระทบด้านจิตใจ

1. ความเครียดและความวิตกกังวล การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเชื่อมโยงกับความเครียดและความวิตกกังวลและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้ (Anderson & Perez, 2015; Lobel & DeLuca, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ความเครียดและความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด การปรับบทบาทการเป็นมารดา และกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Roux & Van Rensburg, 2011) นอกจากนี้ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนของสตรีตั้งครรภ์และอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนที่เพิ่มขึ้น (Ko, Lin, & Chen, 2015)

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ภายหลังได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาจะไม่สามารถเลี้ยงดูทารกได้ด้วยตนเองในทันทีหลังคลอด เนื่องจาก เจ็บปวดแผลผ่าตัดและมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย คือ สภาพร่างกายของมารดาอ่อนแอ เหนื่อยล้า และขาดความพร้อมต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาในการให้นมและการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Cox & Smith, 1982; Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip, & Bhattacharya, 2007) ยิ่งความรู้สึกนี้มีมากเท่าใดยิ่งก่อให้เกิดความล้มเหลวในการแสดงบทบาทการเป็นมารดามากขึ้นเท่านั้น (Van Reenen & Van Rensburg, 2013) ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ จากการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน จำนวน 10 คน พบว่า มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การ

คลอดทางลบ นั่นคือ มารดามีความรู้สึกแยกจากและขาดความใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก การได้สัมผัสกับทารกครั้งแรกเกิดขึ้นอย่างล่าช้า มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดยาวนาน และใช้ระยะเวลาเพื่อพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน ทำให้หมดพลังงานและมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและการดูแลทารกลดลง (Van Reenen & Van Rensburg, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนเดอร์สันและพีริช (Anderson & Perez, 2015) พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ นอกจากนี้การศึกษาของเฮริชฮานู ไกล์ทซ์ และคณะ (Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner, Kofman, & Holcberg, 2009) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยการสัมภาษณ์ผู้คลอด จำนวน 10 ราย ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลจัดว่ากระบวนการปรับบทบาทการเป็นมารดา และกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เนื่องจาก สภาพร่างกายยังไม่พร้อมในการเลี้ยงดูทารก และมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัดคลอด ทำให้การอุ้มบุตรในวันแรกหลังการผ่าตัดเป็นเรื่องยาก จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และจากการศึกษาของไรดิง และคณะ (Ryding, Wijma, & Wijma, 1998) ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยการสัมภาษณ์ผู้คลอด จำนวน 53 ราย ในวันที่ 2 ภายหลังได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง พบว่า ในระยะแรก ผู้คลอดจะรู้สึกมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองและบุตรจะปลอดภัย แต่เมื่อทราบว่าจะต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ความรู้สึกเหล่านั้นก็กลับเปลี่ยนเป็นความรู้สึกกลัวอย่างรุนแรงเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตของตนเองและบุตร คิดเป็น ร้อยละ 55 มารดารู้สึกเสียใจและผิดหวังที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลแทนการคลอดเองทางช่องคลอดดังที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่ต้น คิดเป็น ร้อยละ 53 และมารดารู้สึกทางด้านลบต่อการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด รู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ คิดเป็น ร้อยละ 8 สอดคล้องกับการศึกษาของพอตเตอร์และคณะ (Porter et al., 2007) ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของผู้คลอด จำนวน 1,661 ราย พบว่าร้อยละ 79 เป็นการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ร้อยละ 42 รู้สึกไม่พึงพอใจต่อการคลอดครั้งนี้ เนื่องจากไม่ได้รับการสื่อสารที่ดี ต้องพักฟื้นหลังคลอดที่โรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างทารก มารดาเกิดความกลัวว่าตนเองและทารกจะไม่ปลอดภัยหรืออาจเสียชีวิตได้ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลถึงสิ่งกำลังจะเกิดขึ้น ทั้งในระยะก่อนและขณะผ่าตัดคลอด มารดารู้สึกว่าตนเองพลาดโอกาสในการคลอดเองทางช่องคลอด ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางทารกหน้าท้องใน

ครรภ์แรกมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ต่อไป จึงเป็นผลให้มารดาในกลุ่มนี้มีจำนวนบุตรลดลง โดยเฉลี่ยจะมีบุตรเพียง 2 คนเท่านั้น นอกจากนี้ ยังมีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอีกด้วย

4. คุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดคลอด จากการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังคลอดในมารดาที่เคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามแนวขวาง จำนวน 4,771 คน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดภายหลังคลอดทันทีและการเจ็บปวดแผลผ่าตัดแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการเจ็บปวดแผลมากขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีคุณภาพชีวิตหลังคลอดดีกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในแนวขวาง (Gizzo et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของทอร์แกน และคณะ (Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad, & Montazeri, 2009) ที่ทำการศึกษาก่อนคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด จำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด 50 ราย และมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด 50 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างมารดาสองกลุ่มนี้ พบว่า มารดาที่คลอดเองทางช่องคลอดมีคุณภาพชีวิตหลังคลอดดีกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

5. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 44 คน ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจาก มารดาหลังคลอดมีความเครียดและความวิตกกังวล (Anderson & Perez, 2015; Porter et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Kitamura et al., 2015)

6. การตัดสินใจเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การผ่าตัดคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงดูทารก การเริ่มต้นให้นมทารกล่าช้า เนื่องจากมีอาการเจ็บแผลผ่าตัดมากเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด (Rowe - Murray & Fisher, 2002; Watt et al., 2012) ซึ่งทารกส่วนใหญ่จะได้รับนมผสมจากขวด ส่งผลให้ความสามารถในการดูดนมจากเต้าของทารกลดลงและปฏิเสธการดูดนมจากเต้าในที่สุด ทำให้มารดาสูญเสียความมั่นใจและล้มเลิกความตั้งใจในการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา (Zanardo et al., 2010) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการคลอดและการให้นมบุตรครั้งแรกในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ในมารดาจาก 11 โรงพยาบาล ในเมืองออนตาริโอ ประเทศแคนาดา จำนวน 2,560 คน พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมารดาที่คลอดทางช่องคลอดไม่มีความแตกต่างของการตัดสินใจเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา แต่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล มี

ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลกระทบของการให้นมบุตรในกรณีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตั้งแต่ระยะหลังคลอด จนถึง 6 เดือนหลังคลอด จำนวน 2,137 คน ในประเทศอิตาลี พบว่า การตัดสินใจในการให้นมทารก ในมารดาที่คลอดทารกทางช่องคลอดสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Zanardo et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาโดยเปรียบเทียบคะแนน LATCH ระหว่างมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดกับมารดาที่คลอดทารกทางช่องคลอด พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกมีคะแนน LATCH ต่ำกว่ามารดาที่คลอดทารกทางช่องคลอด (Cakmak & Kuguoglu, 2007)

7. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในระยะแรกหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาและทารกจะถูกแยกออกจากกัน โดยเฉพาะในช่วง 30 - 45 นาทีแรก ซึ่งกระทบต่อเป็นช่วงที่สำคัญในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก นอกจากนี้การปวดแผลผ่าตัดและความไม่สุขสบายภายหลังการผ่าตัดคลอด จะขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเช่นกัน จากการศึกษาถึงผลกระทบภายหลังที่ได้รับหลังการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน พบว่า มารดามีความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังคลอด และส่งผลต่อการเลี้ยงดูทารกและการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา (Anderson & Perez, 2015; Kitamura et al., 2015; Porter et al., 2007) ทำให้ขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเมื่อพบกันครั้งแรก (Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อมารดาในการผ่าตัดคลอดแบบมีแผนและไม่มีแผน เกิดได้ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนจะก่อให้เกิดผลกระทบมากกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบมีแผน เนื่องจากมารดาไม่ได้มีการรับรู้มาก่อนล่วงหน้า เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มารดาจึงมีความกลัวและวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และภายหลังการผ่าตัดคลอดเอาทารกออกจากหน้าท้องแบบไม่มีแผน มารดาและทารกอาจจะถูกแยกจากกันทันที ร่วมกับมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจหลังคลอดจะทำให้การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเกิดขึ้นล่าช้าหรือเกิดขึ้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

พลังของความรักที่มารดามีต่อบุตรเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ เกิดจากการเสียสละของมารดา และบิดาในการดูแลทารกตลอดวันและตลอดคืน เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอยู่ด้วยเมื่อทารกร้องไห้

การปกป้องคุ้มครองจากอันตราย และการให้นมช่วงกลางดึก ถึงแม้มารดาจะต้องการนอนหลับซึ่งส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกและการเสริมสร้างพัฒนาการตามวัยของทารก ตลอดจนความมั่นคงทางอารมณ์ตลอดชีวิต และลักษณะบุคลิกภาพเฉพาะตัวซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตในอนาคตของทารก (Klaus & Kennell, 1982)

แนวคิดเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพัน (attachment) มีมาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 13 ซึ่งในคริสต์ศตวรรษที่ 18 รูสโซ (Rousseau) นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส เป็นบุคคลแรกที่ใช้แนวคิดนี้กับความผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยให้ความหมายว่าเป็น ความรักของมารดา (mother love) ในระยะต่อมานักจิตวิทยาเริ่มใช้คำว่า สัมพันธภาพ (attachment) ซึ่งมีความหมายแตกต่างจากคำว่า ความผูกพัน (bonding) กล่าวคือ ความผูกพัน (bonding) หมายถึง ความผูกพันหรือผูกติดที่มารดาและบิดามีต่อบุตร ในขณะที่สัมพันธภาพ (attachment) หมายถึง ความผูกพันหรือผูกติดที่บุตรมีต่อมารดา (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) เนื่องจากสองคำนี้มีความหมายใกล้เคียงกันมาก การศึกษาในภายหลังจึงยอมรับว่า สัมพันธภาพ (attachment) และความผูกพัน (bonding) สามารถใช้แทนกันได้ในความหมายเดียวกัน คือ ความรักใคร่ผูกพัน (attachment) (Klaus & Kennell, 1982)

เกย์ (Gay, 1981) ได้ให้ความหมายของคำว่า สัมพันธภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการสร้างความคุ้นเคยอย่างต่อเนื่อง มีความเฉพาะเจาะจง และมีลักษณะเฉพาะขึ้นกับบุคลิกภาพของบุคคล ดังจะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกย่อมแตกต่างจากสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา หรือสัมพันธภาพระหว่างเพื่อน สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความรู้สึกในด้านบวก แต่หากสัมพันธภาพนั้นถูกขัดขวางจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบ ซึ่งระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพอาจสั้นยาวแตกต่างกัน แต่หากเกิดขึ้นแล้วจะมีความมั่นคงถาวร ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมของการยึดติดซึ่งกันและกัน ทารกสามารถเรียนรู้พฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพจากมารดาได้ นอกจากนี้เกย์ยังได้ให้ความหมายของคำว่า ความผูกพัน หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยรวมถึงกระบวนการสร้างสัมพันธภาพด้วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดความคุ้นเคยขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennel, 1982) ได้ให้ความหมายความรักใคร่ผูกพัน (attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะระหว่างบุคคล 2 คน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีความคงทนถาวรตลอดไป โดยพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความรักใคร่ การจูบ โอบกอด การจ้องมองเป็นเวลานาน

บาวลบี (Bowlby, 1977) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการเชื่อมโยงกันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างบุคคล 2 คน

เมอร์เซอร์ (Mercer, 1986) ได้ให้ความหมายว่า เป็นคุณลักษณะทางอารมณ์ที่เชื่อมโยงกับอีกบุคคลหนึ่งอาจมีพฤติกรรมแสดงออกหรือไม่แสดงออกก็ได้ โดยมีความต้องการของทารกเป็นตัวกระตุ้น เช่น การแสดงออกทางวาจาหรือการสัมผัส เป็นต้น

บราเซลตัน (Brazelton, 1963) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการการเรียนรู้ถึงความพึงพอใจของทั้งมารดาและทารกที่เกิดขึ้นตลอดเวลา กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะพัฒนาให้มั่นคงในช่วง 1 - 4 เดือนแรกหลังคลอด

ดังนั้น ความรักใคร่ผูกพันจึงหมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของมารดาที่แสดงออกต่อทารกถึงความรัก ความผูกพัน ห่วงใยและเอาใจใส่ต่อทารก ซึ่งหากเกิดความเชื่อมโยงระหว่างมารดาและทารกแล้วจะเป็นความสัมพันธ์ที่คงอยู่อย่างถาวรตลอดไป

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงระหว่างมารดาและทารกจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง โดยเริ่มก่อตัวขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และจะคงอยู่อย่างมั่นคงถาวรตลอดไป (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) โดยมีเหตุการณ์ที่สำคัญต่อกระบวนการดังกล่าวในแต่ละระยะดังนี้

ระยะก่อนการตั้งครรภ์ (prior to pregnancy) ระยะนี้ ประสบการณ์เดิมในอดีตของผู้หญิง จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันเมื่อเป็นมารดาเอง โดยผู้หญิงจะใช้ตัวแบบ (model) ที่ได้จากในช่วงวัยเด็ก เช่น จากบุคคลที่มีความรักใคร่ผูกพันและมีความสำคัญกับตนเองมาก่อน หรือจากการเล่นเป็นพ่อเป็นแม่ในวัยเด็ก หรือจากการที่มีประสบการณ์ที่เคยดูแลน้องของตนเองมาก่อน เป็นต้น ซึ่งเมื่อจะมีบุตรเป็นของตนเอง พฤติกรรมแสดงออกที่สะท้อนถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ของผู้ที่จะเป็นมารดา คือ การวางแผนการตั้งครรภ์ (planning the pregnancy) จากหลายการศึกษา พบว่า มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมากกว่ามารดาที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (Salisbury, Law, LaGasse, & Lester, 2003; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) ดังนั้น การวางแผนการตั้งครรภ์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เมื่อเข้าสู่ระยะตั้งครรภ์มารดาจะจินตนาการถึงทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่แล้วมารดาจะจินตนาการถึงเพศลักษณะ รูปร่างหน้าตา สีผิวของทารก ทำให้มารดารู้สึกรักและห่วงใยในตัวทารก จึงแสวงหาความปลอดภัยให้กับทารก โดยการมาฝากครรภ์และมารับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้มารดาได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง

(Mercer, 1988) เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินมาจนถึงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาสามารถรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ มารดาก็จะยิ่งจินตนาการถึงทารกมากขึ้น โดยมารดาจะสังเกตทารกจากการดิ้น หากทารกดิ้นแรง มารดาก็จะจินตนาการว่าทารกเป็นเพศชาย หากทารกดิ้นไม่รุนแรงมาก มารดาก็จะจินตนาการว่าเป็นทารกเพศหญิง (Rubin, 1976) จากการจินตนาการดังที่ได้กล่าวข้างต้น ทำให้มารดามีการจัดเตรียมข้าวของเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมสำหรับทารกในระยะหลังคลอด (Snyder, Eyres & Barnard, 1979)

ระยะตั้งครรภ์ (during pregnancy) มารดาจะมีการเปลี่ยนแปลง 2 ชนิด ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ของมารดาเอง และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งความรู้สึกลึกซึ้งของมารดาต่อการเปลี่ยนแปลงนี้จะแตกต่างกันไปตามการวางแผนการตั้งครรภ์ มารดาจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตและการรักษาสัมพันธภาพกับสามี เนื่องจากต้องจัดสรรในเรื่องของเวลาและการให้ความสนใจกับสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น ดังนั้น เหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ของหญิงตั้งครรภ์ คือ 1) การยืนยันการตั้งครรภ์ โดยผู้หญิงจะแสวงหาวิธีการเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ของตนเมื่อประจำเดือนได้ขาดหายไป พฤติกรรมดังกล่าวนี้จะขึ้นอยู่กับมารดาและคู่สมรสว่าได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อนหรือไม่ 2) การยอมรับการตั้งครรภ์ ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกว่าจะต้องเป็นมารดา และรู้สึกว่าทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตน เมื่อตระหนักได้ว่าตนเองตั้งครรภ์ อาจจะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นทั้งในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบชีวิตอิสระแบบเดิม การเปลี่ยนแปลงของชีวิตประจำวัน จนกระทั่งเรื่องใหญ่ เช่น รายรับ-รายจ่ายและเศรษฐกิจของครอบครัว ที่พักอาศัย และความจำเป็นในการพึ่งพาผู้อื่นที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการยอมรับการตั้งครรภ์ทั้งสิ้น 3) การยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่ง เมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารกในไตรมาสที่สอง จากการที่มารดาได้จินตนาการและรับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของทารก และสัมผัสการเคลื่อนไหวนั้นได้ทางหน้าท้อง 4) มารดาจะเริ่มตระหนักถึงความมีตัวตนของทารกในครรภ์ และเริ่มมีความรู้สึกว่าร่าเริงไม่ใช่บุคคลซึ่งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับมารดา ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายมารดา และจะต้องแยกจากตนเองในไม่ช้าอย่างแน่นอน

ระยะคลอด (labor and birth) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามกระบวนการคลอดทำให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เนื่องจาก ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเพิ่มของระดับอีพิเนฟริน (epinephrine) จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้ เช่น กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวลดลง ระยะเวลาในการคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น ในทารกนั้นการเพิ่มขึ้นระดับของ

อีพิเนฟริน (epinephrine) จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกลดลง และทารกจะมีภาวะหายใจลำบากขณะแรกเกิดได้ ทำให้ทารกต้องแยกจากกับมารดา เพื่อให้ทารกได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ภายหลังคลอด รวมทั้ง มารดามีความไม่สุขสบายจากอาการปวด ความเหนื่อยล้า ทำให้มารดาไม่สามารถสบตาและสัมผัสกับทารก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความล่าช้าและขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกทั้งสิ้น หากการมารดาได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล โดยการอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจ ปลอบใจ หรือได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนทางการพยาบาล จะส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ (Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้น ระบบการดูแลของโรงพยาบาลที่ไม่มีการสนับสนุนมารดาให้มีความกระตือรือร้นเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตรภายหลังคลอด จะส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เช่น การให้ยาระงับปวด การดูแลผู้คลอดเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น จากการศึกษาของเมอร์เซอร์และเฟอร์เคทิช (Mercer & Ferketich, 1994) โดยทำการศึกษาในมารดาจำนวน 136 คน พบว่าประสบการณ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดและในระยะคลอด สามารถทำนายการเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ($p < .05$)

ในมารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน มารดาจะไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด ทำให้มีเวลาเพียงเล็กน้อยสำหรับการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมองประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip, & Bhattacharya, 2007) มีความรู้สึกผิดและผิดหวังที่ไม่สามารถคลอดได้เองตามที่ตั้งใจไว้ ประกอบกับการสูญเสียการควบคุมตนเองจากการได้รับยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัดคลอด รวมทั้งอาการไม่สุขสบายต่างๆ ภายหลังคลอด จากการมีสายน้ำเกลือ หรือการคาสาขสวณปัสสาวะ อาการปวดแผลผ่าตัด ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะคลอด โดยเฉพาะใน 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอด ซึ่งถือเป็นระยะที่สำคัญที่สุดในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก มารดาและทารกจะถูกแยกจากกันเนื่องจากสภาพร่างกายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดนั้นไม่พร้อมและมารดาไม่ต้องการมีส่วนร่วมสำหรับการดูแลทารก ทำให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเช่นกัน

ระยะหลังคลอด (after birth) มารดามีความไวต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ (sensitive period) กับทารกแรกเกิด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังทารกคลอด โดยเฉพาะในระยะ 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอดเป็นระยะที่มีความสำคัญที่สุด (critical period) (Klaus & Kennell, 1982) ความรักใคร่

ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะถูกสร้างขึ้นมาได้จากการที่มารดามีโอกาสได้เห็นบุตร สบตาบุตร ได้สัมผัสบุตร ได้เลี้ยงดูบุตร ได้เรียนรู้พฤติกรรมของทารกว่ามีลักษณะเฉพาะตัวและเป็นอีกบุคคลหนึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายของมารดาอีกแล้วนั้น จะส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982) นอกจากนี้ การสนับสนุนจากพยาบาล โดยให้มารดามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูทารกในการกระตุ้นให้ทารกดูดนมโดยเร็ว (early suckling) นอกจากจะช่วยกระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็วยิ่งขึ้นแล้ว ยังช่วยให้มารดาารู้สึกถึงการเป็นมารดามากขึ้นด้วย (สุธัสนา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2548) จากการศึกษาของดาวิล สกิร์ตตอล และฟาราลด์ (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) พบว่ามารดาจะรู้สึกถึงความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกตั้งแต่วัยตั้งครภ์ และเพิ่มมากยิ่งขึ้นเมื่อได้พบเจอกับทารก ซึ่งความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะจริงจังและแน่นแฟ้นมากขึ้น เมื่อมารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มองสบตากันและมีการสัมผัสโอบกอดกัน ดังนั้น การส่งเสริมให้มารดาและทารกมีโอกาสดังกล่าวข้างต้น จะส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาทารกด้วยเช่นกัน

ในปัจจุบัน การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นมาก ทั้งการผ่าตัดคลอดแบบมีแผน และการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ดังในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลมารดาในระยะผ่าตัดคลอด โดยการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ขณะได้รับการผ่าตัด การให้คู่สมรสอยู่ในห้องผ่าตัดขณะที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยให้คู่สมรสสามารถอุ้มทารกและนำทารกเมื่อผ่าตัดคลอดแล้วไปให้มารดาได้เห็นและได้สัมผัสทารก มารดาและบิดาสามารถอยู่กับทารกได้ในช่วง 45 - 60 นาทีแรกหลังคลอดได้โดยไม่มีการแยกจากกันหลังทารกคลอด มีเพียงการวัดสัญญาณชีพทุก 10 - 15 นาทีเท่านั้น (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลของโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทย ที่มีการแยกจากของมารดาและทารกทันทีหลังทารกคลอดเพื่อติดตามอาการของทารก รวมทั้งใช้ระยะเวลาในการดูแลทารกหลังคลอดนานเกินกว่า 30 - 45 นาที ทำให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้นถูกรบกวน ส่งผลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เกิดจากการที่มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน กล่าวคือ มารดาและทารกจะมีพฤติกรรมหรือการสื่อสารสัญญาณถึงกันและกัน ด้วยการตอบสนองออกมาให้มีการรับรู้ในหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบปฏิสัมพันธ์ตามความต้องการของทั้งมารดาและทารกที่ยอมรับได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนในวัน

แรกๆหลังทารกคลอด ทั้งที่เป็นพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยมีการสื่อสารสัญญาณจากทั้งมารดาและทารก ซึ่งเป็นภาษาที่เข้าใจซึ่งกันและกัน ตอบสนองความต้องการต่อกันและกันอย่างเฉพาะเจาะจง มีความเกี่ยวพันกันอย่างลึกซึ้งแน่นแฟ้น ซึ่งก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

สื่อสารสัญญาณจากมารดา

1. การสัมผัส (touch) เป็นพฤติกรรมของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ช่วงที่สำคัญที่สุด คือ การสัมผัสทารกใน 2 – 3 นาทีแรก จนถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังทารกคลอด มารดาจะรู้สึกตื่นเต้นเมื่อได้สัมผัสทารก เริ่มแรกมารดาส่วนใหญ่จะใช้ปลายนิ้วค่อยๆแตะสัมผัสตามแขนขาของทารกเพื่อสำรวจทารก และใน 4 – 8 นาทีต่อมา มารดาจะสัมผัสทารกด้วยการลูบ ถู บริเวณลำตัวทารก ด้วยฝ่ามือทั้งฝ่ามือ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982; Rubin, 1963)

2. การประสานสายตา (eye to eye contact) มารดาจะมีพฤติกรรมการจ้องหน้าทารก (en face) หรืออาจมีการพุดคุยกับทารก เรียกทารก ให้ทารกได้ลืมตาขึ้นมา เพื่อที่จะได้มองเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มารดาสร้างความมั่นใจว่าทารกมีชีวิตและตัวตนจริง (Klaus & Kennell, 1982) โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้มารดาารู้สึกว่าใกล้ชิดทารกยิ่งขึ้น พฤติกรรมการจ้องหน้าทำให้ทารกเกิดความผูกพันต่อไปใบหน้าของมารดา สังเกตได้จากระยะเวลาที่ทารกจ้องมองมารดา ความบ่อยครั้งในการยิ้ม การส่งเสียง และอัตราการเต้นของหัวใจทารก (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558)

3. เสียงของมารดา (mother's voice) มารดาจะใช้เสียงแหลมสูง (high-pitched voice) กว่าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ในการพุดคุยกับทารก เพื่อกระตุ้นให้ทารกมีปฏิกิริยาตอบสนองคืนสู่มารดา ทารกจะรับรู้และตอบสนองต่อเสียงที่สูงของผู้หญิงมากกว่าเสียงที่ต่ำของผู้ชาย ทั้งนี้เนื่องจากระบบประสาทสัมผัสการได้ยินของทารกจะไวต่อเสียงที่สูงมากกว่า (Decasper & Fifer, 2004; Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้น ควรเน้นให้มารดาเข้าใจถึงธรรมชาติของทารก เพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

4. การเคลื่อนไหวประกอบเสียง (entrainment) มารดาจะมีการเคลื่อนไหวท่าทางของตนเองประกอบกับการใช้เสียง ซึ่งทารกจะสามารถเรียนรู้และตอบสนองได้ตามจังหวะเสียงสูงต่ำของมารดา โดยทารกจะเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายให้สัมพันธ์กับระดับเสียงสูงและต่ำของมารดา (Condon & Sander, 1974; Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้นเสียงของมารดาจึงเป็นเหมือนแรงกระตุ้นให้ทารกแสดงปฏิกิริยาได้ตอบ อันเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

5. การให้โอกาสในการเรียนรู้ (time giver) ทารกจะมีวงจรการหลับตื่น (sleep - wake cycle) มารดาให้เวลาแก่ทารกเพื่อให้ทารกได้เรียนรู้จังหวะการตื่นของหัวใจมารดา รูปแบบจังหวะชีวิตของมารดา กลิ่น ฮอร์โมน จากการสัมผัสอุ้มกอด ส่งผลให้ช่วงระยะเวลาการตื่นตัว (alert state) ของทารกค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และความไวของมารดาในการตอบสนองต่อทารกตื่นตัว ทำให้มารดาและทารกมีการเรียนรู้จังหวะชีวิตของกันและกันมากขึ้น (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) ดังนั้น ในช่วง 2 - 3 นาทีแรก จนถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุด ในกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Cassel & Sander, 1975; Klaus & Kennell, 1982) โดยให้นำทารกมาวางแนบอกของมารดา เพื่อให้ทารกได้สัมผัสกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของมารดา

6. การให้ภูมิคุ้มกันทางน้ำนมมารดา (T and B - lymphocytes, secretory A macrophage) การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา จะทำให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันโรคจากน้ำนมของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในน้ำนมเหลือง (colostrum) ประกอบไปด้วย secretory immunoglobulin A, T - lymphocytes และ B - lymphocytes ซึ่งภูมิคุ้มกันเหล่านี้จะช่วยให้ทารกมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ salmonella C (Kliegman, Pittard, & Fanaroff, 1979) รวมถึงป้องกันการติดเชื้อ shigella, typhoid, viral infection ต่าง ๆ และ escherichia coli ได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

7. ภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ (bacterial nasal flora) การที่มารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารก ตั้งแต่นาทีแรก ๆ หลังคลอด มารดาจะถ่ายทอดเชื้อที่มีอยู่ในลมหายใจและทางเดินอาหารของตน ให้แก่บุตรได้ เช่น staphylococcus ซึ่งทารกจะค่อย ๆ สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อดังกล่าวในระยะต่อมา (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ซึ่งถือเป็นภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติของมารดาที่มีต่อทารก

8. กลิ่น (odor) กลิ่นของมารดาจะมีผลต่อทารก โดยทารกจะสามารถจำแนกกลิ่นน้ำนมมารดาตนเอง ออกจากกลิ่นน้ำนมจากมารดาคนอื่นได้ภายใน 5 วันหลังเกิด (MacFarlane, 1975) ซึ่งมีความจำเป็นในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และมารดาสามารถจำแนกกลิ่นทารกของตนเองจากทารกคนอื่นได้ตั้งแต่วินาทีแรกเกิด (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

9. ความร้อน (heat) ร่างกายมารดาเป็นแหล่งของความร้อนที่ดีในการปรับตัวต่อการควบคุมอุณหภูมิของทารกแรกเกิด ดังนั้น การวางทารกแรกเกิดไว้แนบอกมารดาจึงเป็นการช่วยทารกในการปรับอุณหภูมิร่างกาย ส่งเสริมการรับรู้กลิ่นของทารก และการปรับบทบาทการเป็นมารดา (Klaus & Kennell, 1982)

สื่อสัญญาณจากทารก

1. การสบตา (eye to eye contact) เปรียบเสมือนตัวกลางของกระบวนการสร้างสายใยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ระยะของการอุ้มให้นมทารก เป็นระยะเดียวกับที่ทารกสามารถรับรู้และปรับระยะสายตาได้ นั่นคือ ระยะ 9 - 10 นิ้ว ทารกจะเคลื่อนไหวสายตาไปตามการเคลื่อนไหวตาของมารดา เกิดการประสานสายตาระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้มารดารับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของทารกได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

2. การร้อง (cry) ทารกจะร้องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เสียงร้องของทารกจะกระตุ้นมารดาให้ตอบสนองความต้องการของทารกและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของมารดาเช่นกัน นอกจากนี้มารดายังสามารถแยกแยะเสียงร้องของทารกที่เป็นบุตรตนเองออกจากเสียงร้องของทารกคนอื่นๆ ได้ตั้งแต่แรกคลอด (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

3. ออกซิโตซิน (oxytocin) เมื่อทารกดูดนมมารดาจะกระตุ้นให้มารดาเกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ทำให้เกิดการสร้างน้ำนมและช่วยเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูก ลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

4. โพรแลคติน (prolactin) ในระยะหลังคลอด ระดับของโพรแลคตินในกระแสเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งแตกต่างกับในระยะตั้งครรภ์ที่มีระดับโพรแลคตินเพิ่มสูง การที่ทารกดูดนมมารดาหรือมีการสัมผัสกับหัวนมของมารดาด้วยนิ้วของทารก จะทำให้ระดับโพรแลคตินเพิ่มขึ้นถึง 4 - 6 เท่า ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของน้ำนมมากขึ้น (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

5. กลิ่น (odor) ระยะหลังคลอด ภายใน 3 - 4 วัน มารดาจะสามารถเรียนรู้และจดจำกลิ่นของทารกที่เป็นบุตรของตนเองได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

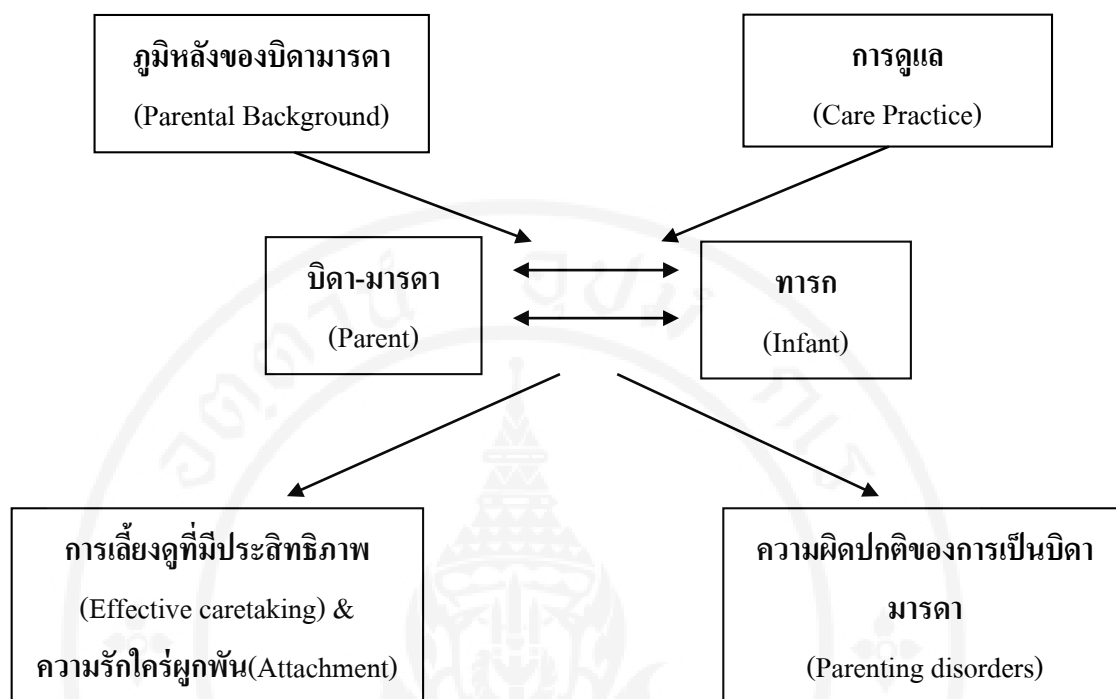
6. การเคลื่อนไหวประกอบเสียง (entrainment) เมื่อทารกได้รับการกระตุ้นจากมารดา ทารกจะมีการตอบสนองของร่างกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย สายตา หรือส่งเสียงตามจังหวะที่ได้รับการกระตุ้นจากมารดา ซึ่งเป็นสื่อสัญญาณให้มารดาเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมของทารก ก่อให้เกิดความใกล้ชิดและเกิดความผูกพันกันมากยิ่งขึ้น (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

การผ่าตัดคลอดเอาทารกออกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เป็นสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นอย่างกะทัน มารดาไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม หรืออาจได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอดในระยะเวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้มารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลว่าตนเองและทารกนั้นตกอยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และในระยะแรกหลังการผ่าตัดคลอดมารดาและทารกจะถูกแยกจากกัน

ทันที นานเกินกว่า 30 - 45 นาที เนื่องจากทารกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งระยะเวลาที่ทารกถูกแยกออกจากมารดาเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งภาวะไม่สุขสบายและภาวะอ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า ภายหลังคลอดจากการปวดแผลผ่าตัด ร่วมกับการมีสายสวนปัสสาวะและมีสายน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ยังส่งผลทำให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้นถูกรบกวนและเกิดขึ้นอย่างล่าช้า นอกจากนี้มารดาหลังคลอดในช่วง 3 วันแรก เป็นระยะที่มารดาให้ความสนใจแต่ตนเอง โดยมารดาจะมีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก ไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ ด้วยตนเอง โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความสนใจในตนเองมากกว่าการคิดถึงความต้องการของทารก มารดาจะไม่ให้ความร่วมมือในการเลี้ยงดูทารก ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้เช่นกัน (Rubin, 1984; Martell, 2001)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้น เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีการพัฒนาไปตามระยะพัฒนาการ แต่หากมีปัจจัยใดที่เข้ามาขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันย่อมส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้เกิดขึ้นอย่างล่าช้าหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย และจะส่งผลต่อพัฒนาการในระยะต่างๆของทารกได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านบิดา มารดา ปัจจัยด้านทารกและปัจจัยด้านการดูแลโดยคลอดสและเคลเนล (Klaus & Kennell, 1982) ดังแสดงในภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดา และทารก และ
ผลลัพธ์ (Klaus & Kennell, 1982)

1. ปัจจัยด้านภูมิหลังของบิดามารดา (parental Background) ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก ประกอบไปด้วย

1.1 การเลี้ยงดูจากมารดาของตนเอง (parent's care by his or her own mother) เป็นประสบการณ์ที่มารดาเองได้รับการเลี้ยงดูในวัยเด็ก มารดาจะมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกของตนเอง หากในวัยเด็กนั้นมารดาได้รับความรักความอบอุ่นและการเลี้ยงดูที่ดีจากครอบครัวมาก่อน ทำให้มารดาเกิดความพร้อมและความมั่นใจที่จะมอบความรักและให้การดูแลที่อบอุ่นแก่ทารกของตนเอง

1.2 พันธุกรรมของบิดาและมารดาเอง (endowment or genetics of parents) บิดาและมารดาที่มีความเสี่ยง หรือมีโรคทางพันธุกรรม จะเกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวว่า ความผิดปกติทางพันธุกรรมนั้นจะถ่ายทอดสู่ทารกของตน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้เป็นไปในด้านลบ

1.3 วัฒนธรรม (practices of the culture) สังคมในอดีตมารดาส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน สามิเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเพียงลำพัง ทำให้มารดาสามารถอยู่กับบุตรได้ตลอดเวลา แต่ในสังคมปัจจุบัน มารดามีความรับผิดชอบในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้สูญเสียเวลาในการอยู่กับบุตรและระยะเวลาในการให้นมบุตรสั้นลงด้วย เป็นผลให้กระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งการศึกษาของมารดาในปัจจุบัน ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงโอกาสของการที่มารดาจะทำงานนอกบ้านมากขึ้น เพื่อร่วมรับผิดชอบในการหาเลี้ยงครอบครัว ระดับการศึกษาจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เนื่องจาก ระดับการศึกษาที่ต่ำทำให้เกิดข้อจำกัด และมีความยากลำบากในการเลือกอาชีพ ทำให้มีอุปสรรคในการตอบสนองต่อปัจจัยขึ้นพื้นฐานในการดำรงชีพ รวมไปถึงความสามารถในการใช้จ่ายในของใช้ที่มีความจำเป็นในการเลี้ยงดูทารกให้มีประสิทธิภาพ ดังงานวิจัยสนับสนุนของควอนและแบงก์ (Kwon & Bang, 2011) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพร่วมกับมีปัญหาเกี่ยวกับคูสมรส ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด มีผลให้การแสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพันของมารดาและทารกอยู่ในระดับต่ำ ($r = -.13, p = .095$) สอดคล้องกับการศึกษาของยาร์ชีสกี และคณะ (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับต่ำ ($r = .10, p < .05$) และการศึกษาของ นพรัตน์ แก้วบุญเรือง (Keawboonruang, 2001) ในมารดาที่มาตรวจที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาราช พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .218, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี ไชยทรัพย์ (2540) ที่ศึกษาในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลราชวิถี และทารกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกตลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .406, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาของมารดาอาจส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในสตรีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้เช่นกัน

1.4 สัมพันธภาพในครอบครัว (relationships within the family) โดยเฉพาะคูสมรส เนื่องจากเป็นบุคคลที่มารดาไว้วางใจมากที่สุด จึงเป็นแหล่งสนับสนุนแหล่งแรก และเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุดที่มารดาต้องการ (Freed, Fraley & Schanler, 1992) หากมารดาได้รับความสนใจ ห่วงใยจากคูสมรส ทำให้มารดารู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อมารดามีความสุข มารดาจะพร้อมที่จะถ่ายทอดความรักนั้นสู่ทารก ทำให้เกิดการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จากการศึกษาของ มาร์ส และคณะ (Marrs, Cossar, & Wroblewska, 2014) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปรับบทบาทการเป็นบิดา และสัมพันธภาพระหว่างคูสมรส ที่คูสมรส

ได้เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยสุขภาพจิตในระยะตั้งครรภ์ และทารกถูกแยกจากภายหลังคลอด พบว่า บิดามีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล รวมทั้งยากต่อการปรับบทบาทการเป็นบิดา แต่ความรู้สึกเหล่านี้จะลดลงเมื่อคู่สมรสได้เข้ารับการรักษา และบิดาจะคอยให้ความช่วยเหลือคู่สมรสร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และบิดาจะตระหนักถึงความสำคัญของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นลำดับแรก (Marrs, Cossar, & Wroblewska, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของคินิส และคณะ ซึ่งหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดของมารดา ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และแรงสนับสนุนจากคู่สมรส ในมารดาวัยรุ่นชาวบราซิล (Diniz, Volling, & Koller, 2014) พบว่า แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับที่สูงมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งความเครียดของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสด้วยเช่นกัน

1.5 ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (experiences with previous pregnancies) มารดาที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน มารดาจะมีความมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เมื่อมารดาไม่มีความวิตกกังวลและความเครียด จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เช่นเดียวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งเป็นความรู้สึก ความคาดหวัง ความคิดเห็นของตนเอง และการแปรความหมายต่อเหตุการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาแล้วในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอดนี้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมและการยึดถือธรรมเนียมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งการคลอดของแต่ละบุคคล จะส่งผลให้เกิดการตีความเกี่ยวกับการคลอดที่ความแตกต่างกันไป ถึงแม้จะอยู่ในสังคมเดียวกัน (Lamb, 2002) ซึ่งการให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง จะเป็นไปในทางด้านบวกหรือทางด้านลบ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ในระยะคลอด ได้แก่ ความสำเร็จในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกลึกซึ้งต่อภาวะสุขภาพของบุตร ความรู้สึกกลัว ความคาดหวัง ความรู้สึกเจ็บปวดครรภ์ และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง จากการศึกษาของพอดเตอร์ และคณะ (Porter, Van Teijlingen, Yip, & Bhattacharya, 2007) ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องครั้งแรก จำนวน 1,661 คน ในประเทศสก็อตแลนด์ พบว่า ปัจจัยด้านความเครียด เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 66 และพบได้ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะผ่าตัดคลอดซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามระยะของการคลอด ไปจนถึงระยะหลังผ่าตัดคลอด และจะมีความวิตกกังวล กลัวอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ กลัวความเจ็บปวด กลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและบุตร กลัวกระทบความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะทำให้สตรีหลังผ่าตัดคลอดมองประสบการณ์การคลอด

ในทางลบ ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลนี้ รวมทั้งข้อจำกัดทางด้านร่างกายหลังผ่าตัดคลอดจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังรายงานสนับสนุนดังนี้

การศึกษาของเบนนิ่งตัน (Bennington, 2010) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความรู้สึกนึกคิด กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในมารดาจำนวน 300 ราย พบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่เพิ่มขึ้น ($p < .01$) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดยังสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อีกด้วย ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู พุกบุญมี (เรณู พุกบุญมี, 2531) ที่ศึกษาประสบการณ์การคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกตามการรับรู้ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างมีแผลและไม่มีแผลพบว่า ในภาพรวมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดามีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .83, p < .05$) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67, p < .05$) แต่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องแบบมีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวนรีเนิน และแวน เรนเบิร์ก (Van Reenen & Van Rensburg, 2013) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ และเกิดผลกระทบต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และการเลี้ยงดูทารก

นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอารมณ์ในวัยเด็ก จากการศึกษาของ คิทามารุ และคณะ (Kitamura et al., 2015) ซึ่งทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตรพบว่า มารดาที่มีความรู้สึกกลัวและมีอารมณ์โกรธเคือง หรือมีการแสดงออกของการตอบโต้ ไม่พึงพอใจ มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .001$) และจากการศึกษายังพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างมีแผล มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา อยู่ในระดับสูงกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างไม่มีแผล ($p < .05$) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ยังมีผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดีและสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้ดี เป็นผลให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เกิดความพึง

พอใจในบทบาทของตนเอง ทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมและตอบสนองความต้องการของทารกได้ดี ส่งผลต่อการเจริญเติบโตที่ดีของทารกอีกด้วย (มนตรา พันธุ์ฝึก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2552) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประสบการณ์คลอดน่าจะมีส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

1.6 การวางแผนและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (planning, course, and events during pregnancy) การวางแผนการตั้งครรภ์นับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก แสดงถึง ความต้องการบุตรมาเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกใหม่ในครอบครัว และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้มารดาต้องปรับตัวในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ หากมารดาสามารถปรับตัวเพื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ดี จะส่งผลด้านบวกต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในทางตรงกันข้ามหากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ มารดาก็จะรู้สึกว่าการตั้งครรภ์นั้นส่งผลเสียต่อตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เกิดความวิตกกังวลและทุกข์ใจ มีผลให้ขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังการศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่ยังไม่มีความพร้อมและตั้งครรภ์โดยไม่ได้มีการวางแผน พบว่า มารดาวัยรุ่นขาดวุฒิภาวะ และขาดความพร้อมในการเตรียมตัวและการปรับบทบาทการเป็นมารดาและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ ทำให้มารดาที่เป็นวัยรุ่นเกิดความอึดอัดคับข้องใจ มีทัศนคติต่อบุตรในด้านลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังนั้น การวางแผนการตั้งครรภ์จึงสะท้อนถึงอายุของมารดา วุฒิภาวะ และความพร้อมของมารดาได้ด้วย โดยมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกลึกซึ้งภาคภูมิใจในการเป็นมารดา ถึงแม้ว่าในระยะแรกจะรู้สึกสับสน เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อทารกในครรภ์เริ่มดิ้น มารดาจะสัมผัสได้ว่ามีทารกอยู่ในครรภ์ตนเอง เกิดการยอมรับการตั้งครรภ์ และมีความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดต่อการตั้งครรภ์ รวมไปถึงทารกในครรภ์เป็นไปในทางบวก ทำให้มารดามีการเตรียมตัวและหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และบำรุงทารกในครรภ์ เพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ส่งผลให้มารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาที่มีต่อทารกได้ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และความรักใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อทารกจะเริ่มพัฒนาตั้งแต่มารดาเริ่มวางแผนการตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1982) ความรักใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อทารกในระยะตั้งครรภ์สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันในระยะหลังคลอดได้ (Siddiqui & Häggelöf, 2000) การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์นั้นทำให้มารดาปฏิเสธการตั้งครรภ์และอาจตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หรือหากมีการตั้งครรภ์ต่อไปได้แต่มารดา

อาจไม่สนใจทารกในครรภ์และปฏิเสธบุตรในระยะต่อมา (Klaus & Kennell, 1982) ทำให้การพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกล้มเหลวได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มารดาที่ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับต่ำ (Salisbury, Law, LaGasse, & Lester, 2003) โดยคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนี้จะต่ำกว่ามารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และพบว่าการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p < .05$) (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของบิลอวสกาและคณะ (Bielawska – Batorowicz & Siddiqui, 2008) พบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์ไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกยังต้องการการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปต่อไป

2. ปัจจัยด้านการดูแล (Care practices) ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล (behavior of physicians, nurses, and hospital personnel) การแยกมารดาและทารกออกจากกันเพื่อความสะดวกในการดูแลมารดาและทารก ทำให้มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมเพื่อสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อาจส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2.2 การดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด (care and support during labor) หากมารดาได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดที่ดีจากพยาบาล ทำให้ส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2.3 การแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด (first days of life, separation of mother and infant) มารดาไม่มีโอกาสได้สัมผัสทารก ขาดการกระตุ้นในระยะที่ทารกตื่นตัว ทำให้ขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

2.4 กฎระเบียบของโรงพยาบาล (rules of the hospital) ปัจจุบันโรงพยาบาลตำรวจมีการกำหนดเวลาเยี่ยมอย่างชัดเจน และในกรณีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จะไม่อนุญาตให้มารดาดูแลทารกในระยะแรก เนื่องจากสภาพร่างกายของมารดายังไม่พร้อมในการดูแลทารก อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทารกได้

มารดาที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้น มักไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมหรืออาจได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะเวลาด้านก่อนเข้ารับการผ่าตัด การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางการพยาบาลนั้นจึงมีความสำคัญ

ในกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เนื่องจาก บริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนมากยังไม่อนุญาตให้สามีหรือครอบครัวเข้ามาในห้องผ่าตัดคลอด จึงมีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่เป็นแรงสนับสนุนหลักให้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน และหากมารดาได้รับการสนับสนุนที่ดีจากพยาบาล ทั้งในด้านการสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเป็นตัวแทนผู้คลอด และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ จะส่งผลให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013) ดังการศึกษาของเบนนิ่งตัน (Bennington, 2010) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่เพิ่มมากขึ้น และยังสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อีกด้วย นอกจากนี้ การศึกษาแรงสนับสนุนจากพยาบาลในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการพยาบาลตามปกติในมารดาครรภ์แรก จำนวน 60 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คู่ พบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดสูงกว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มนต์ตรา พันธุ์ฝึก, 2552) รวมทั้งจากการศึกษาของดามาโต (Damato, 2004) ที่ทำการศึกษาในมารดาที่มีลูกแฝดโดยมารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพัน มีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรักใคร่ผูกพันในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.38, p < 0.001$) และการศึกษาของกัเดรี - ซีฟัท และคณะ (Ghadery - Sefat, Abdeyazdan, Badiee, & Zargham - Boroujeni, 2016) ที่ทำการศึกษาในมารดาที่ให้กำเนิดทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกได้รับการรักษาใน NICU จำนวน 210 คน ของมหาวิทยาลัยทางการแพทย์อิสฟาฮาน ประเทศอิหร่าน พบว่า ความพึงพอใจในการให้แรงสนับสนุนทางการพยาบาลของมารดา มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p = 0.00$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองให้โปรแกรมสนับสนุนจากพยาบาลในการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันในมารดาที่เคยสูญเสียบุตร โดยการให้ความรู้ ให้อุปภาพ่ายคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 8 - 22 สัปดาห์ พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความผูกพัน จะมีความรักใคร่ผูกพันกับทารกในครรภ์สูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sriintravanit, 2005) นอกจากนี้การศึกษากการสนับสนุนจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันโดยการสอนให้บิดามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูทารก ด้วยการเรียนรู้พฤติกรรมทารก ตอบสนอง

ความต้องการของทารกและการอาบน้ำทารกหลังคลอด ในกรณีที่มารดามีการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ทำให้บิดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูงกว่าบิดาที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Vajiratanakorn, 2004)

3. ปัจจัยด้านทารก เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก นั่นคือ บิดามารดาจะมีความคาดหวังและจินตนาการถึงทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และรอคอยทารกอย่างมีความหวังว่าจะเป็นไปตามที่วาดหวังไว้หรือไม่ ซึ่งถ้าทารกที่คลอดออกมาเป็นไปตามที่บิดามารดาได้คาดหวังไว้ เช่น เพศของทารก เป็นต้น หรือหากทารกจะพิการ เจ็บป่วย หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นต้องแยกมารดาและทารกออกจากกันภายหลังคลอด ทำให้มารดาและทารกขาดความใกล้ชิด ทั้งมารดาและทารกขาดการเรียนรู้และสัมผัสซึ่งกันและกัน ทำให้มารดาเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Klaus & Kennell, 1982) ส่งผลให้เกิดการขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก การขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัย ความมั่นคงในอารมณ์ของทารกเมื่อเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้ จากการศึกษาของ อัลฮูเซน และคณะ (Alhusen, Hayat, & Gross, 2013) พบว่า มารดาที่มีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวล ภาวะเครียด และความหวาดระแวงอย่างมาก ส่งผลต่อพัฒนาการตามวัยในช่วงก่อนวัยเด็ก (14 - 16 เดือน) ทำให้ทารกมีพัฒนาการตามวัยที่ช้ากว่าปกติมากกว่ามารดาที่มีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลและความเครียดเพียงเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสามารถทำนายพัฒนาการตามวัยและความมั่นคงทางอารมณ์ของทารกในช่วงก่อนวัยเด็กได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปัจจัยทางด้านภูมิหลังของบิดามารดา ปัจจัยด้านการดูแล และปัจจัยทางด้านการทารกก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งพฤติกรรมในทางบวกจะแสดงออกโดยมารดาจะต้องการทารก ภาควุฒิใจในตนเอง และมีการเลี้ยงดูทารกอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อเกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ส่วนในทางลบนั้น จะแสดงออกในอาการผิดปกติของบิดามารดา เช่น การทำร้ายทารก (child abuse) สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและทารกเปี่ยงเบนไป (disturbed parent/ child relationships) ส่งผลให้ทารกเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (vulnerable child syndrome and failure to thrive) และมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์ของทารก (some developmental and emotional problems in high - risk infants) เป็นต้น

กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เริ่มสร้างขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และจะคงอยู่ถาวรตลอดไป โดยพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะก่อนการตั้งครรภ์ คือการวางแผนการตั้งครรภ์ และเมื่อเข้าสู่ระยะตั้งครรภ์พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพันในระยะนี้ คือ การยืนยันการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ การยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่ง และการตระหนักถึงควมมีตัวตนของทารกในครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามกระบวนการคลอด ซึ่งมารดาที่ไม่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด หรือมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน มารดาจะไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมหรือมีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพียงเล็กน้อยก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน รวมทั้งมารดาจะถูกแยกจากทารกในช่วงระยะเวลา 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอด เนื่องจาก ทารกต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นระยะที่สำคัญที่สุดในการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว และขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านภูมิหลังของมารดา ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางการพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจะช่วยสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาการพยาบาลในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ที่มาคลอดและพักฟื้นภายหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดคลอดหรือหลังผ่าตัด และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป
2. ให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด ทารกไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการตั้งแต่กำเนิดและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด
3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีกำหนดขนาดตัวอย่าง จากการเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988, p.102) ซึ่งการกำหนดขนาด effect size จากการทบทวนวรรณกรรม พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้ การวางแผนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอด ($r = .15$) (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ ($r = .22$) (Keawboonruang, 2001) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ($r = .67$) (เรณู พุกบุญมี, 2531) และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีลูกแฝดโดยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($r = .38$) (Damato, 2004) นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545) ซึ่งมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\bar{r} &= \sum N_i r_i / \sum N_i \\ &= (183)(0.15) + (220)(0.22) + (200)(0.67) + (142)(0.38) / 745 \\ &= 0.35\end{aligned}$$

จากการคำนวณค่า r เฉลี่ย เท่ากับ 0.35 เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีขนาดของผลปานกลาง (medium effect size) ซึ่งเพียงพอสำหรับการทดสอบสมมติฐาน ดังนั้นเพื่อให้มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นน้อย และสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จึงกำหนด

$$\text{Power} = .80$$

$$\alpha = .05$$

$$\text{effect size (r)} = .30$$

จากการเปิดตารางที่ 3.4.1 ของโคเฮน (Cohen, 1988, p.102) ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยอย่างน้อย 85 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอดพิเศษ และหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอดสามัญ โดยหอผู้ป่วยทั้งสองนี้ ตั้งอยู่บริเวณอาคารสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ โดย

มารดาได้ผ่านการคัดกรองจากหน่วยฝากครรภ์และได้รับการเตรียมความพร้อมในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ มารดาและคู่สมรสเข้าร่วมการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ในระยะตั้งครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง โดยให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์จนกระทั่งวิธีปฏิบัติตัวหลังคลอด เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มีพยาบาลประจำห้องคลอดให้การดูแลในทุกระยะของการคลอดในอัตราส่วนพยาบาลต่อคนไข้เท่ากับ 3:1 โดยมารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในด้านร่างกาย ได้แก่ การบรรเทาอาการปวด การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และการดูแลความสะอาดทางด้านร่างกาย เป็นต้น ด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้การดูแลด้วยความเต็มใจและเข้าใจ เป็นต้น ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ได้แก่ การตอบสนองและช่วยเหลือมารดาโดยไม่ขัดกับระเบียบของโรงพยาบาล การเป็นตัวแทนในการสื่อสาร และสืบหาข้อมูลด้านการรักษา เป็นต้น ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ได้แก่ การอธิบายกระบวนการคลอด ขั้นตอนในการดูแลรักษา การอธิบายถึงการใช้อุปกรณ์การรักษา และกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ควรปฏิบัติ เป็นต้น มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการหลังเข้ารับ การผ่าตัดคลอดที่ ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม ชั้น 2 จนกระทั่งครบ 2 ชั่วโมงหรือจนกระทั่งมีสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงย้ายมารดาหลังคลอดไปยัง หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ชั้น 4 หรือ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ชั้น 5 โดยหลังจากถอดสายให้สารน้ำและสายสวนปัสสาวะแล้ว ซึ่งประมาณ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทารก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจะนำทารกมา ให้มารดาเลี้ยงดูตลอดเวลา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทารก ก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์เพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล เป็นแบบสอบถามชนิดเติมข้อความและเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของมารดาหลังคลอด ความรู้สึกปวดในการเจ็บครรภ์คลอด และความรู้สึกของมารดาต่อทารกแรกเกิด มี

จำนวน 28 ข้อ แต่เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางแบบไม่มีแผล จึงได้มีการดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแบบประเมินฉบับดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก 2 ข้อ ทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ที่สามารถสะท้อนถึงการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยข้อความในแบบสอบถามเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 17 ข้อ คือข้อ 1 – 7, 12 – 15, 20 – 22 และข้อ 24 – 26 และเป็นข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 9 ข้อ คือข้อ 8 – 11, 16 – 19 และข้อ 23 ลักษณะของคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบ้างเล็กน้อย
เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นความจริงเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทั้งหมด
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุดหรือทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อความที่มีความหมายด้านบวก ให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	ได้	1 คะแนน
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ได้	2 คะแนน
เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	ได้	3 คะแนน
เป็นความจริงส่วนใหญ่	ได้	4 คะแนน
เป็นความจริงมากที่สุด	ได้	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	ได้	5 คะแนน
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ได้	4 คะแนน
เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	ได้	3 คะแนน
เป็นความจริงส่วนมาก	ได้	2 คะแนน
เป็นความจริงมากที่สุด	ได้	1 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 130 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี หรือมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง มาร์ุตและเมอเซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ได้นำแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูตินรีเวชกรรม จำนวน 9 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของมารดา ที่มีต่อการเจ็บครรภ์ การคลอดและทารกแรกเกิด โดยมีการพัฒนาและดัดแปลงข้อคำถาม รวม 29 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ 15 ข้อ โดยศึกษาการรับรู้ประสบการณ์คลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจำนวน 20 ราย เปรียบเทียบกับการรับรู้ประสบการณ์คลอดในมารดาครรภ์แรกที่คลอดปกติ จำนวน 30 ราย ต่อมา เขวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) ได้นำแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 4 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลทางการศึกษา 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเหลือข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้นำแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมาปรับปรุงและดัดแปลง แล้วนำมาใช้ในงานวิจัย จำนวน 26 ข้อ โดยการตัดข้อคำถามออก จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อที่ 7 การควบคุมตนเองได้โดยไม่ฉี่หรือร้องเอะอะโวยวายในขณะที่คลอดออกไป เนื่องจาก การได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิสัญญีแพทย์จะพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกแก่ มารดา มารดาจึงไม่มีพฤติกรรมร้องเอะอะโวยวายหรือฉี่จากความรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่ทำการผ่าตัดคลอด และข้อที่ 26 การอุ้มบุตรทันทีภายหลังคลอด เนื่องจาก ภายหลังได้รับการผ่าตัดคลอด มารดา จะไม่สามารถอุ้มบุตรได้ในทันที เนื่องจาก ทารกต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรก

เกิดจากแพทย์และพยาบาล และมารดาซึ่งอยู่ในกระบวนการผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ยังมีการวางเรียงข้อคำถามตามระยะของการคลอด คือ ในขณะที่เจ็บครรภ์ที่มดลูกมีการหดตัว ในขณะที่คลอด และภายหลังคลอด เป็นต้น เมื่อผู้วิจัยจัดข้อคำถามเหล่านี้ออกไปแล้วนั้นแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสอดคล้องกับบริบทของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ทำให้ได้แบบสอบถามที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าห้องคลอด 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา แล้วจึงนำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยง มาร์ุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ได้ทำการทดสอบความเที่ยง โดยนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดได้เองทางช่องคลอดจำนวน 30 ราย โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 ในประเทศไทยมีการแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยเป็นครั้งแรก โดย เขวาลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) โดยนำมาใช้ในมารดาหลังคลอด จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 ต่อมา สุขภินุช สังฆสุวรรณ (2543) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนี้เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้กับมารดาครรภ์แรกปกติ จำนวน 10 ราย โดยมีข้อคำถาม มีจำนวน 26 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .76 และบุญทวี สุนทรลิมศิริ (2551) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้กับมารดาครรภ์แรก จำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ได้รับการดัดแปลงและผ่านการตรวจสอบแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล (Labour Support Scale for Intrapartum Nurse) ของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการสนับสนุนการคลอดของพยาบาล ซึ่งการสนับสนุนการคลอดของพยาบาลนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนการเป็นตัวแทน และการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำ เป็นต้น โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้มาปรับใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทาง

หน้าท้องแบบไม่มีแผน ตามข้อเสนอแนะของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่แน่ใจว่าได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้น
เล็กน้อย	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนานๆครั้ง
ไม่ได้เลย	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นเลย

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน ปฏิบัติเล็กน้อย = 1 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ปฏิบัติมากที่สุด = 4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 80 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง แบบวัดพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนการคลอดของพยาบาล ของ ศรีสมร ภูมณสกุลและคณะ (2559) ทำการพัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดของพยาบาล ได้แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลจำนวน 23 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางสูติศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด 2 ท่าน และนำมาปรับปรุงและแก้ไขโดยตัดข้อคำถามออก จำนวน 1 ข้อ จากข้อคำถาม 23 ข้อ คือ “ข้อที่ 23 ให้ข้อมูลคำแนะนำทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการคลอด เพื่อประกอบการ

ตัดสินใจของผู้คลอด” เนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่าข้อคำถามนี้ไม่ตรงกับบริบทผู้คลอดของประเทศไทย รวมแล้วเหลือข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้มาเก็บข้อมูลโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด ตอบข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงเชิงโครงสร้างเพื่อยืนยันองค์ประกอบด้วยโปรแกรมลิสเรล ทำให้เหลือข้อคำถามเพียง 20 ข้อที่สามารถสะท้อน 4 องค์ประกอบการสนับสนุนการคลอดของพยาบาล สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้นำแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลมาใช้โดยมิได้มีการดัดแปลง จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเที่ยง ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 123 ราย ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนการคลอดมีจำนวน 20 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช ได้เท่ากับ .92

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) ไปทดลองใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอด (The Maternal Attachment Inventory: MAI) ของ มุลเลอร์ (Muller, 1996) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พรพรรณ จงปราชญ์ (2540) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อหน้าตาของทารก การสัมผัสโอบอุ้มทารก การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และการยอมรับตนเองมากยิ่งขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 4 ระดับ ดังนี้

บ่อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุด
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นบางส่วน

นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพียงเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเลย

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน บ่อยครั้ง = 3 คะแนน และบ่อยที่สุด = 4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 – 104 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 26 – 52 คะแนน แสดงว่า มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 53 – 78 คะแนน แสดงว่า มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 79 – 104 คะแนน แสดงว่า มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง มุลเลอร์ (Muller, 1996) ได้นำแบบวัดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ที่สร้างขึ้นจำนวน 51 ข้อ จากนั้นจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 12 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการทางทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด และมารดาที่เลี้ยงดูทารกด้วยตนเอง หลังจากนั้นจึงตัดข้อคำถามออกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เหลือข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอด แล้วจึงตัดข้อคำถามที่มีความตรงน้อยออกอีก 5 ข้อ คงเหลือข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ต่อมา พรพรรณ จงปราณี (2540) นำมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย แล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 4 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วจึงนำแบบสอบถามมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจนของภาษาแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบวัดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมาใช้โดยมิได้มีการดัดแปลง จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การตรวจสอบความเที่ยง มุลเลอร์ (Muller, 1996) ได้นำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มมารดาหลังคลอด ระยะพักฟื้น จำนวน 196 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 พรพรรณ จงปราณี (2540) นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับมารดาวัยรุ่น จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้สึกใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกจำนวน 26 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

เท่ากับ .92 ชูลีพร วชิรชนาก (Vajiratanakorn, 2004) นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .93 นพพร มามาก และคณะ (Mamark, Phumonsakul, & Chareonpol, 2009) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในมารดาหลังคลอด จำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .94 และ มนต์ตรา พันธุ์พัก และคณะ (Phanthufak, Phumonsakul, & Chareonpol, 2010) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้กับมารดาครรภ์แรก จำนวน 60 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของพรพรรณ จงปราชญ์ (2540) ไปทดลองใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .92 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ตระหนักถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชน โดยโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมทางจริยธรรมก่อนเริ่มทำการศึกษา และเปิดโอกาสให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยจะแนะนำตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการทำการวิจัย ให้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำมาสรุปผลการทำวิจัยในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและใช้เวลาในการคิดทบทวนเพื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้มารดาลงลายมือชื่อไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม หากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลต้องการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการบริการทางการแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีขั้นตอนในการเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ส่งถึงนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ที่มาคลอดและพักฟื้นหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 ณ โรงพยาบาลตำรวจ

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้บังคับการ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และ ชั้น 5 เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ หอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และ หอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา 08.00 – 16.00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการผ่าตัดคลอดทารก 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและมีการซักถามเพิ่มเติมจนคลายข้อสงสัยแล้ว และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมด้วยความเต็มใจ

4. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจตรงกัน และจัดสถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นสัดส่วน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล และแบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ตามลำดับแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอยู่ในบริเวณ

ใกล้เคียง เพื่อให้ความช่วยเหลือและอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามตลอดเวลาระยะการตอบแบบประเมิน ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ในแบบสอบถามทั้งหมด หากพบว่าข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามให้ครบถ้วน

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ค่าระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ มีรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรงสนับสนุนทางการพยาบาล และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product correlation) และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรแต่ละตัว เกี่ยวกับการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรระดับอันตรภาค (interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ให้เป็นตัวแปรระดับอันตรภาค โดยการปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

การวางแผนการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น

ไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์
วางแผนตั้งครรภ์

ให้ค่าเท่ากับ 0
ให้ค่าเท่ากับ 1

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Munro, 2001 อ้างใน ปรีชาติ ภูษ และยวดี ภาษา, 2555)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีการสุ่มมาจากประชากรที่มีกระจายของข้อมูลเป็น
โค้งปกติ (normality)

2. ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ตรวจสอบด้วยสถิติ
Kolmogorov Smirnov test ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ตัวแปร การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรง
สนับสนุนทางการพยาบาล และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก มีการกระจายของข้อมูล
เป็นโค้งปกติ ($p > .05$) ยกเว้น ตัวแปรระดับการศึกษา มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ
($p < .05$) และไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ดังนั้นผู้วิจัยจึงแปลงข้อมูล (data transformations) ด้วยวิธีการทางสถิติ ด้วยสูตร $NewX = \text{Log}_{10}(X)$
(Tabachnick & Fidell, 2013) พบว่า ระดับการศึกษายังคงมีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ โดย
การทดสอบความเบ้ พบว่ามีความเบ้เป็นบวกมาก (skewness = .205) (ภาคผนวก ค) ดังนั้นผู้วิจัยจึง
ใช้วิธีการกำหนดรหัสของตัวแปร (dummy coding) เพื่อกำหนดรหัสของระดับการศึกษาตามการ
ทบทวนวรรณกรรม ที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและ
ทารก เมื่อมารดามีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ดังนี้

ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ให้ค่าเท่ากับ 0

ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ให้ค่าเท่ากับ 1

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ผลการวิจัยเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 19 - 41 ปี อายุเฉลี่ย 28.80 ปี (S.D. = 5.94) โดย ร้อยละ 73 มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี รองลงมา ร้อยละ 24 มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป และร้อยละ 3 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีที่ศึกษา อยู่ระหว่าง 6 - 23 ปี จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 12.92 ปี (S.D. = 2.98) ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 31 รองลงมาเป็นผู้มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29 เป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 21 เป็นการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 19 และร้อยละ 1 เป็นผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย มีการวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 นอกจากนี้มีจำนวนมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	19 – 41	28.80	5.94		
น้อยกว่า 20				3	3
20 – 34				73	73
35 ขึ้นไป				24	24
จำนวนปีที่ศึกษา (ปี)	6 - 23	12.92	2.98		
ประถมศึกษา (1-6 ปี)				1	1
มัธยมศึกษาตอนต้น (7-9 ปี)				21	21
มัธยมศึกษาตอนปลาย (10-12 ปี)				31	31
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (14 ปี)				19	19
อุดมศึกษา (16 ปี ขึ้นไป)				29	29
การวางแผนการตั้งครรภ์					
วางแผน				69	69
ไม่วางแผน				31	31
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด					
แบบไม่มีแผน					
Cephalo-pelvic disproportion (CPD)/ Short stature				40	40
Non reassuring fetal status				11	11
Fetal distress				27	27
Premature ruptured of membrane (PROM)				22	22

**คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และ
คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด
ทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล**

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 54 ถึง 121 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 26 ถึง 130 คะแนน โดยมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเฉลี่ย 83.28 คะแนน (S.D. = 13.06) คะแนนแรงสนับสนุนพยาบาลในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 31 ถึง 76 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0 ถึง 80 คะแนน โดยมีคะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดเฉลี่ย 51.53 คะแนน (S.D. = 11.21) และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 68 ถึง 104 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 26 ถึง 104 คะแนน โดยค่าคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเฉลี่ย 88.63 คะแนน (S.D. = 7.36) (ตารางที่ 4.2) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับมากร้อยละ 90 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10 (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

คะแนน	ค่าพิสัย		Mean	S.D.
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	26 – 130	54 - 121	83.28	13.06
แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	0 - 80	31 - 76	51.53	11.21
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและ ทารก	26 – 104	68 - 104	88.63	7.36

ตารางที่ 4.3 ตารางแสดงระดับของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (26 – 52 คะแนน)	-	-
ปานกลาง (53 – 78 คะแนน)	10	10
มาก (79 – 104 คะแนน)	90	90

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย กล่าวว่า ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$ และ $r = .21$, $p < .05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลและทารก ($r = .13$ และ $r = .16$, $p > .05$ ตามลำดับ) นั่นคือ สมมติฐานการวิจัย ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .23$ และ $r = .27$, $p < .05$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r = .29$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	1.00				
2. การวางแผนการตั้งครรภ์	.18	1.00			
3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	.23*	.27*	1.00		
4. แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	.16	.03	.29*	1.00	
5. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	.13	.16	.36*	.21*	1.00

* $p < .05$

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลตามลำดับ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลจำนวน 100 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.80 ปี (SD = 5.94) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งมารดาที่มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี เป็นช่วงอายุของวัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ เนื่องจากมารดาวัยนี้มีร่างกายที่แข็งแรงและสมบูรณ์ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในระหว่างการตั้งครรภ์และในระยะคลอดน้อย (Al - Turki, Abu - Heija, Al - Sibai ,2003; Cunningham et al, 2014) มีความพร้อมทางด้านจิตใจ รวมทั้งมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความพร้อมและต้องการสร้างครอบครัว ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ปรับตัวและข้ามผ่านภาวะวิกฤติในระยะต่างๆของการคลอดได้ ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกและการปรับบทบาทการเป็นมารดา (จันทร์หา ว่องวัฒนกุล, 2552; ปาริชาติ บัวหลวง, 2552; Klaus & Kennel, 1982; Mercer, 1986)

ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีจำนวนปีของการศึกษาเฉลี่ย 12.92 ปี ($SD = 2.98$) (ตารางที่ 4.1) ซึ่งมีจำนวนปีการศึกษาผ่านเกณฑ์ภาคบังคับที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาสูงกว่า 12 ปี (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2553) แสดงว่า จากการศึกษาี้ มารดาที่มีระดับการศึกษาที่ดีเป็นผลให้มารดาสามารถเลือกอาชีพ เพื่อตอบสนองปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และแสวงหารายได้เพื่อใช้ในการสร้างครอบครัว (Klaus & Kennel, 1982) รวมทั้งระดับการศึกษาที่ดียังส่งเสริมให้มารดามีความกระตือรือร้นในการศึกษา หาข้อมูล สืบค้นจากแหล่งข้อมูลหลากหลายทาง เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด และงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) (ตารางที่ 4.4) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (วันดี ไชยทรัพย์, 2540; Keawboonruang, 2001; Kwon & Bang, 2011; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009)

การวางแผนการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ แสดงถึง มารดาและคู่สมรสต้องการทารกในครรภ์ มีการเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์และต้องการบำรุงทารกให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ และมารดาแสดงออกถึงความภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ มารดาสามารถเรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดได้ จากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) (ตารางที่ 4.4) ซึ่งส่งผลดีต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยจะทำให้มารดาสามารถควบคุมตนเองได้ดีและลดความรู้สึกวิตกกังวลต่อตนเองและบุตร รวมทั้งมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอด ทำให้มารดามีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดี ส่งผลในทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Kitamura et al., 2015)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อยู่ระหว่าง 54 - 121 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 83.28 คะแนน (S.D. = 13.06) (ตารางที่ 4.2) แสดงถึงมารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล มีการกระจายของข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปในทางบวก สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดจะเป็นไปในทางด้านบวกหรือลบนั้น ขึ้นอยู่กับความสำเร็จในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารก ความรู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ความคาดหวังต่อการคลอด และความรู้สึกเจ็บปวด (Lamb, 2002) ทั้งนี้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบก็เนื่องมาจาก มารดามีความรู้สึกหวาดกลัวอย่างรุนแรงต่อความปลอดภัยของตนเองและทารก มารดารู้สึกผิดหวังและเสียใจที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดแทนการคลอดทางเองช่องคลอด ต้องแยกจากทารกตั้งแต่แรกคลอด ขาดความใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก และการสัมผัสกับทารกครั้งแรกเกิดขึ้นอย่างล่าช้า และภายหลังคลอดมีการเจ็บปวดของแผลผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งมารดาขาดความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก (Porter, et al., 2007; Ryding, Wijma, & Wijma, 2000; Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

ในภาวะวิกฤติที่มารดาจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดหรือไม่เป็นดังที่ตั้งใจในระยะคลอด จะทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Lobel & DeLuca, 2007; Roux & Van Rensburg, 2011) หากมารดาตระหนักได้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนที่ดีจากพยาบาลในระยะคลอด โดยได้รับทราบข้อมูลถึงความก้าวหน้าของการคลอด (สุกัญญา ปรีชญญกุล, นวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี, 2556; Waldenstrom et al., 2004) ได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอด และรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลว่ามีความปลอดภัยต่อทั้งตนเองและทารกในครรภ์มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในระยะคลอด รวมทั้งการเปิดโอกาสให้มารดาได้ร่วมตัดสินใจในการคลอด ทำให้มารดารับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกได้ (Fenwick et al., 2003; Nilsson et al., 2013; Soet et al., 2003; ปาริฉัตร แซ่ลี้, วรรณิการ์ กันธะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2558) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .05$) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มารับบริการการคลอด โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ

รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดคลอด หรือการกู้ชีพของมารดาและทารกมีทันสมัยและพร้อมสำหรับการช่วยเหลือมารดาและทารกทันที และในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนับว่ามีความปลอดภัยสูงสำหรับมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจาก วิธีการผ่าตัดคลอดมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งวิธีการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ทุกระยะของการตั้งครรภ์ จนถึงภายหลังการผ่าตัดคลอด (Cunningham et al., 2014) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นและมีความเชื่อมั่นว่าการผ่าตัดคลอดในครั้งนี้จะได้รับการรักษาและการพยาบาลที่มีความปลอดภัยในสถานการณ์วิกฤติ และสามารถกู้ชีพมารดาและทารกได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

แรงสนับสนุนทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล อยู่ระหว่าง 31 - 76 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 51.53 คะแนน (S.D. = 11.21) (ตารางที่ 4.2) แสดงถึง มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ณ โรงพยาบาลตำรวจ มารดาและคู่สมรส ได้ผ่านการตรวจคัดกรองและเข้ารับการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน 3 ครั้ง ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพของมารดาทารกในครรภ์ การมาเข้ารับการฝากครรภ์ การบรรเทาความไม่สบายในระยะตั้งครรภ์ การกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ การเตรียมเครื่องใช้และอุปกรณ์เลี้ยงดูทารกภายหลังคลอด อาการและอาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลทารกภายหลังคลอด ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย คือ มารดาได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การนวดบริเวณหลังและขา เป็นต้น มารดาได้รับการดูแลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บป่วย เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ การให้ดูทีวีหรือมองภาพบริเวณฝาผนัง เป็นต้น มารดาได้รับการเอาใจใส่โดยกระตุ้นให้น่าเทคนิคต่างๆ ที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลมาใช้ เช่น เทคนิคการหายใจ มารดาได้รับการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างรอคลอดเพื่อให้เกิดความสบาย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ จำกัดแสงสว่างให้เพียงพอแก่การพักผ่อน ดูแลเตียงนอนให้เรียบดึงแห่งสะอาด ไม่ชื้นแฉะ เป็นต้น มารดาได้รับการดูแลทางด้านร่างกายเพื่อความสุขสบาย เช่น การจับน้ำหรืออมเกล็ดน้ำแข็งเพื่อลดอาการปากแห้งและกระหายน้ำ การใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดเพื่อเช็ดหน้า

เช็ดตัว การรักษาความสะอาดของช่องปากและการดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เป็นต้น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ มารดาได้รับกำลังใจโดยการสัมผัสมือ บีบมืออย่างนิ่มนวล ได้รับการพูดคุยให้กำลังใจสม่ำเสมอและชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง หากมารดาแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลยังคงให้การดูแลด้วยความเต็มใจและเข้าใจในตัวมารดา และมารดาได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการรอคลอดจนทารกคลอด การเป็นตัวแทนผู้คลอด คือ มารดาได้รับการตอบสนองความต้องการที่ไม่ขัดกับมาตรฐานการดูแลตามปกติ เนื่องจากตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้สามีและครอบครัวเข้ามาในห้องคลอดและห้องผ่าตัดคลอดได้ พยาบาลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนเพียงแหล่งเดียวในการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยพยาบาลรับฟังความต้องการของมารดาอย่างตั้งใจและเป็นตัวแทนในการสื่อสารอย่างชัดเจนกับบุคลากรทางการแพทย์หรือสมาชิกในครอบครัว และเป็นตัวแทนในการสืบหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในสิ่งที่มารดาสงสัยหรือเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลรักษา การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ คือ มารดาได้รับการอธิบายกระบวนการคลอดและขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการดูแลรักษา แผนการพยาบาล เทคนิคต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด มารดาได้รับคำแนะนำเพื่อเตรียมตัวก่อนทำหัตถการ เช่น การคิดเครื่องมือประเมินสภาพทารกในครรภ์ การวัดความดันโลหิต รวมทั้งอธิบายถึงกฎระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลที่ควรปฏิบัติ (ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ, 2559; Hodnett et al., 2013; Spiby & Munro, 2009; The royal college of midwives, 2012) ซึ่งการที่มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการแพทย์โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้านนั้น ทำให้มารดามีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Goodman et al., 2004; Roux & Van Rensburg, 2013) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ แรงสนับสนุนทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .05$) (ตารางที่ 4.4) จากการศึกษาของกิบบินและทอมสัน (Gibbins & Thomson, 2001) พบว่า มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการได้รับแรงสนับสนุนทางการแพทย์ จะส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก และจากการศึกษาของสุพิศ ฦ เชียงใหม่ (2533) พบว่า มารดาที่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดและมารดาที่ต้องใช้หัตถการในการช่วยเหลือการคลอดเมื่อมารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการแพทย์ ส่งผลให้มารดาเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศสมน ศรีสุทธีศักดิ์ (Srisuthisak, 2009) พบว่า การสนับสนุนทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การพยาบาลในระยะคลอดและการให้การสนับสนุนโดยการสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดา การรับฟังความคิดเห็นจากมารดา การแสดงออกต่อมารดาด้วยท่าที่เป็นมิตรและการให้การ

พยายามอย่างเป็นองค์รวม ส่งผลให้มารดาสามารถเผชิญสถานการณ์ ควบคุมตนเองและปรับตัวได้ (จิราวรรณ คล้ายวิเศษ, 2558; ยูดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541; Nilsson et al., 2013)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ระหว่าง 68 - 104 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 88.63 คะแนน (S.D. = 7.36) (ตารางที่ 4.2) โดยร้อยละ 90 มีระดับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.3) แสดงถึงมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความห่วงใยและใส่ใจต่อทารกในระดับมาก เนื่องจาก มารดาที่คลอดที่โรงพยาบาล ดำรง ได้ผ่านการคัดกรองและการเตรียมพร้อมในแต่ละไตรมาสมาแล้ว ทำให้มารดาได้เรียนรู้เกี่ยวกับทารกของตนเองตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลมีความตั้งใจเดิมว่าตนเองจะคลอดทารกเองทางช่องคลอด ส่งผลให้มารดาส่วนใหญ่มีแนวโน้มต้องการทารกในครรภ์สูง ทำให้มารดาแสวงหาและได้รับข้อมูลเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองและทารกในครรภ์เป็นอย่างดี และระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลมีความพร้อม สามารถให้การรักษาพยาบาลและช่วยเหลือมารดาและทารกเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล ได้รับประสบการณ์ความรู้สึกละเลยส่วนของร่างกาย เป็นผลให้บางส่วนของร่างกายหมดความรู้สึกไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่มารดายังคงรู้สึกตัวอยู่ขณะทำการผ่าตัดคลอด ทำให้มารดาประทับใจถึงสถานการณ์และความเป็นไปของการคลอด ร่วมกับการได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการผ่าตัดคลอด โดยการพูดคุยให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อนและบอกถึงความก้าวหน้าของการคลอด (Klaus & Kennell, 1982) ส่งผลให้ความรู้สึกที่ตนเองและทารกถูกตัดขาดออกจากกันมีน้อยลง ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ส่งเสริมให้มารดาและทารกมีโอกาสสร้างความรักใคร่ผูกพันเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด และมีการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วยการสัมผัสและโอบกอดทารก ใน 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัดคลอด พบว่า มารดามีระดับความรักใคร่ผูกพันต่อทารกเพิ่มมากขึ้นไม่แตกต่างกับมารดาที่สามารถคลอดทารกได้เองทางช่องคลอด (Calhoun, 2015)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย กล่าวว่า ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13$ และ $r = .16, p > .05$ ตามลำดับ) แสดงว่า ผลการทดสอบสมมติฐานได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .05$) อธิบายได้ว่า ในระยะคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาและทารก (Cunningham et al., 2014) แต่มารดาได้รับการดูแลและทราบเหตุผลของการที่ต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา สามารถควบคุมความรู้สึก ความวิตกกังวลต่างๆ ความกลัว ความคาดหวัง และความรู้สึกเจ็บปวดได้ ทำให้มารดาารู้สึกพึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความมั่นใจมากขึ้น และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองนั้นมีความสามารถในการให้กำเนิดทารกได้ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Goodman et al., 2004; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) ทำให้มารดาต้องการสัมผัส สบตา โอบกอด และมีความต้องการเลี้ยงดูทารก และตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลตำรวจ ที่มารดาได้รับขาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในขณะที่ทำการผ่าตัดคลอด ร่วมกับได้รับการกระตุ้นให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนต่อกันอย่างเฉพาะเจาะจงทันทีภายหลังคลอดในระยะที่มีความสำคัญต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างแน่นแฟ้นและมั่นคงถาวรตลอดไปได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของเบนนิงตัน (Bennington, 2010) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .001$) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดยังสามารถ

ทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ถึงร้อยละ 55 ($r^2 = 0.55, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู พุกบุญมี (2531) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในภาพรวมของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบมีแผลและไม่มีแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .83, p < .05$) และเมื่อแยกพิจารณาเฉพาะการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกออกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67, p < .05$) ในระดับสูงด้วยเช่นกัน

แรงสนับสนุนทางการพยาบาล แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) อธิบายได้ว่า ตามบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ ไม่อนุญาตให้คู่สมรสและญาติของมารดาเข้ามาในห้องคลอดได้ จึงมีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่เป็นผู้สนับสนุนหลักในระยะคลอด โดยมารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ ทางด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และทางด้านข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำ โดยพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการคลอด และเมื่อมารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ทำให้ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล ซึ่งตามแผนการพยาบาลจะอธิบายให้มารดาได้รับทราบถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผล รวมทั้งภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ แนวทางการรักษาที่ปลอดภัย และกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมการผ่าตัดคลอด (Fenwick et al., 2003; Nilsson et al., 2013; Soet et al., 2003) รวมทั้ง มารดาได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการคลอด แพทย์และพยาบาลมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มารดาและทารกอยู่ใกล้ชิดกัน และพยาบาลมีการสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกทันทีภายหลังคลอด ประกอบกับทารก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด ทารกมีสุขภาพสมบูรณ์ ทำให้มารดาและทารกในระยะหลังคลอด มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งพฤติกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาลเหล่านี้ ส่งเสริมให้มารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองและต้องการเลี้ยงดูทารกภายหลังคลอด เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรี สมร ภูม น สกุ ล, 2558; Ghadery - Sefat, Abdeyazdan, Badiee, & Zargham-Boroujeni, 2016; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013) ดังการศึกษาของ ไรดิง และคณะ (Ryding, Wijma, & Wijma, 2000) ที่พบว่า มารดามีความรู้สึกมั่นใจ มีความสุขและปลอดภัย แม้จะต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล เมื่อมารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลโดยการอธิบายถึงสาเหตุ แผนการรักษาและเปิดโอกาสให้มารดา ร่วมตัดสินใจในการคลอด ทำให้มารดา กลุ่มนี้ไม่เกิด

ความเครียด และมีความสุขเมื่อพบกับบุตรครั้งแรกภายหลังได้รับการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของดามาโต (Damato, 2004) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเฉพาะ จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเฉพาะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มนต์ตรา พันธุ์พัก (2552) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการพยาบาลที่ส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาโดยเฉพาะ จะมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการพยาบาลที่ส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาโดยเฉพาะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ($p > .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .13, p > .05$) เนื่องจาก ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาใกล้เคียงกัน คือ เป็นการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 31 และรองลงมาร้อยละ 29 เป็นผู้มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ภาคบังคับของประเทศไทย (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2553) ทำให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อยไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีการศึกษาต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .23, p < .05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การวางแผนการตั้งครรภ์ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .16, p > .05$) เนื่องจาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 69 และส่วนน้อยที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 31 แต่มารดาทุกรายได้รับการเตรียม และฝึกอบรมเข้าโรงเรียนพ่อแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งการดูแลตนเองในระยะหลังคลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทารกในครรภ์ และมารดาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมและมีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ (Al - Turki, Abu - Heija, Al - Sibai, 2003; Cunningham et al, 2014) ทำให้มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอารมณ์และสังคมในระยะตั้งครรภ์ได้ดี จึงทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ ปรับตัวและข้ามผ่านภาวะวิกฤติในระยะต่าง ๆ ของการคลอดได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์และการรับรู้

ประสบการณ์การคลอด ($r=.27, p<.05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์ของการวางแผนการตั้งครรภ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดและแรงสนับสนุนทางการพยาบาล ($r=.36$ และ $r=.21, p<.05$ ตามลำดับ) และปัจจัยที่ไม่มีความความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ ($r=.13$ และ $r=.16, p>.05$ ตามลำดับ)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (maternal - infant attachment) ของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) เป็นแนวทางศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ที่มารับบริการที่ห้องคลอด และพักฟื้นภายหลังคลอด ณ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 100 ราย รวบรวมเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดคลอดหรือหลังผ่าตัด และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป ทารกมีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการตั้งแต่กำเนิดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด มารดาสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) โดยผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อนำมาใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 3) แบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลของศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) เมื่อนำมาใช้ประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92

และ 4) แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของมุลเลอร์ (The Maternal Attachment Inventory: MAI) (Muller, 1994) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พรพรรณ จงปราชญ์ (2540) เมื่อนำมาใช้ประเมินความรักใคร่ผูกพันในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .88

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผล สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผล มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับมาก (Mean = 88.63, SD = 7.36)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ (r = .36 และ r = .21, p < .05 ตามลำดับ)
3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล ได้แก่ ระดับการศึกษา และการวางแผนการตั้งครรภ์ (r = .13 และ r = .16, p > .05 ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งเป็นการศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ณ โรงพยาบาลตำรวจ และศึกษาเฉพาะความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในช่วง 48 ชั่วโมง หลังคลอด จึงอาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลในคุณสมบัติและบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผดุงครรภ์ ให้เข้าใจถึงบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในด้าน การปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาทางพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางการพยาบาลแก่ผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นตัวแทนของผู้คลอด และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดากลุ่มนี้
2. พยาบาลควรประเมินปัจจัยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล และในปัจจุบันมีอัตราการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผลเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น สถาบันทางการศึกษาควรตระหนักถึงการส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล จึงควรมีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล หรือการบรรยายทางวิชาการ โดยเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญและมีการเรียนรู้รายละเอียดเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกและนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดอุปสรรคที่อาจขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรพัฒนาการศึกษาในครั้งต่อไป ในแนวทางการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ซึ่งต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะของการวิเคราะห์เส้นทางต่อไป
2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับมาก เนื่องจาก แรงสนับสนุนทางการพยาบาลที่ได้รับช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้น
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกับมารดาในกลุ่มอื่น ๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่
ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL – INFANT
ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS

นริสา จันทบุรี 5736229 RAMY/M

พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S., จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกมีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกทั้งในทางบวกและทางลบจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (มนตรา พันธุ์พัก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2552) และส่งผลต่อพัฒนาการตามวัยรวมทั้งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Klaus & Kenell, 1982) โดยการสร้างความรักใคร่ผูกพันมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่วะก่อนการตั้งครรภ์ พัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ (Klaus & Kenell, 1982) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อมารดาได้พบกับทารก (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010) ซึ่งระยะเวลาที่สำคัญที่สุดในส่งเสริมกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก คือ 30 - 45 นาทีแรกหลังคลอด ดังในกรณีที่มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ช่วงเวลาสำคัญนี้อาจขาดหายไปเนื่องจากขั้นตอนการดูแลรักษา ส่งผลให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกทำได้ยากและไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เกิดขึ้นเลย (Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าของกระบวนการคลอด หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ ดังรายงานสถิติของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2551 มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.4 (Gibbons et al., 2010) เป็นร้อยละ 32 ในช่วงปี พ.ศ. 2557 (WHO, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลรามาธิบดี มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 58 ในช่วงปี พ.ศ. 2547 - 2557 (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558) สำหรับ โรงพยาบาลตำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2558 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นจาก ร้อยละ 41.47 เป็นร้อยละ 43.03 และ ร้อยละ 48.09 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่า ไม่เกินร้อยละ 15 (WHO, 2015) และประมาณร้อยละ 70 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมดเป็นการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน (ข้อมูลสถิติการคลอดบุตรประจำห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ, 2558) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์แต่ส่งผลกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกด้วยเช่นกัน (Klaus & Kenell, 1982; Mercer, 1985; Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพัน คือ ปัจจัยด้านมารดา - บิดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยการดูแล (Klaus & Kenell, 1982) ซึ่งมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผนนั้น เป็นระยะที่ยังไม่ได้เลี้ยงดูทารก จุดเน้นจึงอยู่ที่ปัจจัยทางด้านมารดา - บิดาและปัจจัยทางด้านการดูแล กล่าวคือ ในปัจจัยด้านมารดา - บิดา เป็นปัจจัยทางด้านภูมิหลังและคุณลักษณะของมารดา - บิดา ส่วนปัจจัยทางด้านการดูแลนั้น ประกอบด้วยพฤติกรรมของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล การดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างการคลอด การแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kenell, 1982)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และปัจจัยทางด้านตัวมารดาเอง การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด จึงมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลที่แบบเป็นองค์รวม และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดากลุ่มนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

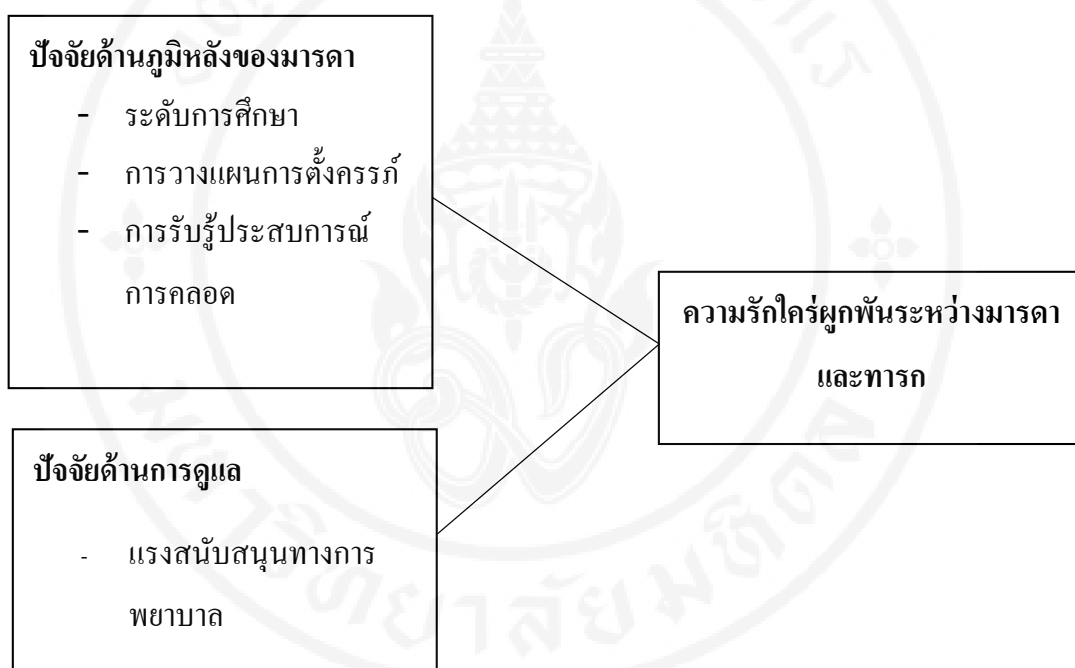
การศึกษาในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (maternal - infant attachment) ของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางด้านมารดา – บิดา และปัจจัยทางด้านการดูแล

ปัจจัยด้านภูมิหลังของบิดามารดา ได้แก่ การเลี้ยงดูจากมารดาของตนเอง พันธกรรมของบิดามารดาเอง วัฒนธรรม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน การวางแผน และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมารดาที่มีต่อทารก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านภูมิหลังของบิดามารดา ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กล่าวคือ มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีความรู้สึกรู้สีก่อนการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นไปในทางบวก ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันมากกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (Diniz, Volling, & Koller, 2014; Salisbury, Law, LaGasse, & Lester, 2003; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) ระดับการศึกษาที่ดี ทำให้มารดาต้องการการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเองและบำรุงทารกในครรภ์เป็นอย่างดี รวมทั้งมีความสามารถในการใช้ปัจจัยที่มีความจำเป็นในการเลี้ยงดูทารกอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (วันดี ไชยทรัพย์, 2540; Keawboonruang, 2001; Kwon & Bang, 2011; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ในระยะคลอด หากมารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรักใคร่ผูกพันเพิ่มมากขึ้น (เรณู พุกบุญมี, 2531; Bennington, 2010; Kitamura et al., 2015; Mercer, 1986; Van Reenen & Van Rensburg, 2013)

ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล การดูแล การช่วยเหลือและการสนับสนุนในระหว่างการคลอด รวมทั้งการแยกจากบุตรในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล เป็นต้น (Klaus & Kennell, 1982) ซึ่งมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เนื่องจาก บริบทของโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้คู่สมรสหรือญาติเข้ามาในห้องผ่าตัดคลอดได้ พยาบาลจึงเป็นผู้สนับสนุนหลักของมารดาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ระยะของการคลอดด้วยการสนับสนุนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและ

ทารกและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; สุภาว้ เพือกเทศ, 2541; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มตัวอย่างของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกแบบไม่มีแผน รวมทั้งยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรดังกล่าวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาได้ดังนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

คำถามการวิจัย

1. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนที่มาคลอดและพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

นิยามตัวแปร

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจนถึงขั้นสูงสุดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน

การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์และสามีได้ร่วมกันวางแผนครอบครัวที่จะมีบุตรในครรภ์ปัจจุบัน แบ่งเป็น มีการวางแผน และไม่มีการวางแผน

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของมารดา เป็นความรู้สึก ความคาดหวัง ความคิดเห็นของตนเอง และการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาแล้วในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ ความสำเร็จในการควบคุมตนเองในระยะคลอด ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสุขภาพของบุตรขณะอยู่ในระยะคลอด ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ฉบับแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) นำมาดัดแปลงแล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีจำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

แรงสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของมารดาต่อการได้รับการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลใน 4 ด้าน คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในการดูแลทางด้านร่างกายและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในระยะคลอด การเป็นตัวแทนผู้คลอดในการดูแลรักษา รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและการให้คำแนะนำ ประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลของ ศรีสมร ภูมณสกุล ปุณณภักดิ์ สุขสงวน และจันทิมา ขนบดี (2559) จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมาก

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก หมายถึง การรับรู้ของมารดาต่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของมารดาเองที่แสดงออกต่อทารกถึงความรัก ความผูกพัน ห่วงใยและเอาใจใส่ต่อทารก ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอด (The Maternal Attachment Inventory: MAI) ของ มุลเลอร์ (Muller, 1994) ที่แปลเป็นไทยโดยพรพรรณ จงปราณี (2540) จำนวน 26 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผลมีความรักใคร่ผูกพันต่อทารกมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ที่มาคลอดและพักฟื้นภายหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดคลอดหรือหลังผ่าตัด และอยู่ในระยะหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมงเป็นต้นไป ทารกมีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการตั้งแต่กำเนิดและ

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด มารดาสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล เป็นแบบสอบถามชนิดเติมข้อความและเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) เป็นมาตรประมาณค่าเกิดสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 – 130 คะแนน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาใช้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล ของ ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2559) เป็นมาตรประมาณค่าเกิดสเกล 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 80 คะแนน โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ของ มุลเลอร์ (Muller, 1994) ที่มีชื่อว่า The Maternal Attachment Inventory (MAI) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรพรรณ จงปราชญ์ (2540) เป็นมาตรประมาณค่าเกิดสเกล 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 26 - 104 คะแนน โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้กับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมด้วยความเต็มใจเมื่อกกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดให้กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเอง เมื่อแล้วเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยายประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product correlation) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรแต่ละตัว เรื่องการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test ปรับตัวแปรระดับการศึกษาที่มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และตัวแปรการวางแผนการตั้งครรภ์ที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) ให้เป็น dummy coding ก่อนนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล จำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 19 - 41 ปี อายุเฉลี่ย 28.80 ปี (S.D. = 5.94) จำนวนปีที่ศึกษา อยู่ระหว่าง 6 - 23 ปี จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 12.92 ปี (S.D. = 2.98) และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 69 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 31 มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดเฉลี่ย 83.28 คะแนน (S.D. = 13.06) คะแนนแรงสนับสนุนพยาบาลในระยะคลอดเฉลี่ย 51.53 คะแนน (S.D. = 11.21) และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เฉลี่ย 88.63 คะแนน (S.D. = 7.36) (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับมากร้อยละ 90 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 10 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คะแนนแรงสนับสนุนทางการพยาบาล และคะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

คะแนน	ค่าพิสัย		Mean	S.D.
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	26 – 130	54 - 121	83.28	13.06
แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	0 - 80	31 - 76	51.53	11.21
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	26 – 104	68 - 104	88.63	7.36

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับของความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (26 – 52 คะแนน)	-	-
ปานกลาง (53 – 78 คะแนน)	10	10
มาก (79 – 104 คะแนน)	90	90

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$ และ $r = .21$, $p < .05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพัน

ระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ($r = .13$ และ $r = .16, p > .05$ ตามลำดับ) นั่นคือ สมมติฐานการวิจัย ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .23$ และ $r = .27, p < .05$ ตามลำดับ) และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r = .29, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	1.00				
2. การวางแผนการตั้งครรภ์	.18	1.00			
3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	.23*	.27*	1.00		
4. แรงสนับสนุนทางการพยาบาล	.16	.03	.29*	1.00	
5. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก	.13	.16	.36*	.21*	1.00

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13$ และ $r = .16, p > .05$ ตามลำดับ) แสดงว่า ผลการทดสอบสมมติฐานได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .05$) อธิบายได้ว่า ในระยะคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติ (Cunningham et al., 2014) แต่มารดาได้รับการดูแลและทราบเหตุผล

ของการที่ต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา สามารถควบคุมความรู้สึก ความวิตกกังวลต่างๆ ความกลัว ความคาดหวัง และความรู้สึกเจ็บปวดได้ ทำให้มารดา รู้สึกพึงพอใจและมีคุณค่า เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองสามารถให้กำเนิดทารกได้ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Goodman et al., 2004; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemin, 2014) ส่งผลให้มารดาต้องการเลี้ยงดูทารก และตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ตำรวจ ที่มารดาได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในขณะที่ทำการผ่าตัดคลอด ร่วมกับการ กระตุ้นให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนต่อกันอย่างเฉพาะเจาะจงทันทีภายหลังคลอด ในระยะที่มีความสำคัญต่อการสร้างความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา และทารกอย่างแน่นแฟ้นและมั่นคงถาวรตลอดไปได้ (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Klaus & Kennell, 1982)

แรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ตามบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ ไม่อนุญาตให้คู่สมรสและญาติของมารดาเข้ามาในห้องคลอดได้ จึงมีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่เป็น ผู้สนับสนุนหลักในระยะคลอด โดยมารดาได้รับแรงสนับสนุนทางการพยาบาลทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ ทางด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และทางด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ และพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการคลอด และเมื่อมารดาต้อง เข้ารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล พยาบาลจะอธิบายให้มารดาได้รับทราบถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอด รวมทั้งภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ แนวทางการรักษาที่ปลอดภัย และ กระบวนการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมการ ผ่าตัดคลอด (Fenwick et al., 2003; Nilsson et al., 2013; Soet et al., 2003) รวมทั้ง มารดาได้รับการ สนับสนุนทางการพยาบาลเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการคลอด แพทย์และพยาบาลมีพฤติกรรมที่ ส่งเสริมให้มารดาและทารกอยู่ใกล้ชิดกัน และพยาบาลมีการสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการ ดูแลทารกทันทีภายหลังคลอด ประกอบกับทารก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด ทำให้มารดา และทารกในระยะหลังคลอด มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งพฤติกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาล เหล่านี้ ส่งเสริมให้มารดามีความพร้อมในการดูแลตนเองและต้องการเลี้ยงดูทารกภายหลังคลอด เกิด กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (ศรีสมร ภูมณสกุล, 2558; Ghadery - Sefat, Abdeyazdan, Badiee, & Zargham-Boroujeni, 2016; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่มี ความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบ

ไม่มีแผน ($r = .13, p > .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาใกล้เคียงกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายน้อยไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีการศึกษาต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .23, p < .05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาด้วยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

การวางแผนการตั้งครรภ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน ($r = .16, p > .05$) เนื่องจาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการวางแผนการตั้งครรภ์ แต่มารดาทุกรายได้รับการเตรียม และฝึกอบรมเข้าโรงเรียนพ่อแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทารกในครรภ์ และมารดาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมและมีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ (Al - Turki, Abu - Heija, Al - Sibai, 2003; Cunningham et al, 2014) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ($r = .27, p < .05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์ของการวางแผนการตั้งครรภ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ($r = .36$ และ $r = .21, p < .05$ ตามลำดับ) ในส่วนของระดับการศึกษาและการวางแผนการตั้งครรภ์นั้นมีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13$ และ $r = .16, p > .05$ ตามลำดับ) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการคลอด จึงควรให้การสนับสนุนมารดาในด้านร่างกาย อารมณ์ การเป็นตัวแทนผู้คลอด และการให้ข้อมูล คำแนะนำแก่มารดา รวมถึงช่วยให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี และกระตุ้นให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์หลังคลอดทันที เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งเป็นการศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล ซึ่งศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลตำรวจและศึกษาเฉพาะความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในช่วง 48 ชั่วโมงหลังคลอด จึงอาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลในคุณสมบัติและบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเป็นตัวแทนของผู้คลอด และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำแก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
2. พยาบาลควรประเมินปัจจัยการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และส่งเสริมด้วยการสนับสนุนทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ผลการศึกษานี้ เป็นประโยชน์แก่สถาบันทางการศึกษา เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอน ส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล หรือการบรรยายทางวิชาการ โดยเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญและมีการเรียนรู้รายละเอียดเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผล

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรพัฒนาการศึกษาในครั้งต่อไป ในแนวทางการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบไม่มีแผน
2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระดับมาก
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกับมารดาในกลุ่มอื่น ๆ

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL – INFANT
ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS

NARISA JANTABUREE 5736229 RAMY/M

M.N.S. (MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Maternal-infant attachment is highly important and the beginning for building quality society. Positive and negative maternal-infant attachment influences intrauterine fetal growth (Montra Pantufak, Srisamorn Pumonsakul and Orapin Jarernpon, 2009) and influences development by age, including feelings of security and safety in life when entering adulthood (Klaus & Kennell, 1982). Building an attachment begins from before pregnancy with continual development during pregnancy (Klaus & Kennell, 1982) and increases when a mother meets her infant for the first time (Darvill, Skirton & Farrand, 2010). The most important period for promoting the maternal-infant attachment building process is the period from the first 30 – 45 minutes postpartum. In cases where mothers have undergone cesarean sections, this important period may be missed, because care and treatment procedures make the process for building maternal-infant attachment difficult and ineffective, or prevent the process from taking place at all (Van Reenen & Van Rensburg, 2013).

Cesarean section rates are currently higher due to the lack of progress in the labor process or avoidance of factors with severe impact on the lives of mothers and fetuses. According to statistical reports from Thailand in 2008, cesarean section rates

increased from 17.4 percent (Gibbons et al., 2010) to 32 percent in 2014 (WHO, 2015). Furthermore, Ramathibodi Hospital has been found to have cesarean section rates increasing from 34 percent to 58 percent in 2004 – 2014 (Patient Statistics from Ramathibodi Hospital, 2015). In 2013 – 2015, Police General Hospital had higher cesarean section rates from 41.47 percent to 43.03 percent and 48.09 percent, respectively. This was higher than the World Health Organization specifications to not exceed 15 percent (WHO, 2015). In addition, approximately 70 percent of all cesarean sections are unplanned (Delivery Room Childbirth Statistics, Police General Hospital, 2015). Although unplanned cesarean section is aimed at saving the lives of mothers and infants, but cesarean section affects maternal-infant attachment (Klaus & Kennell, 1982; Mercer, 1985; Van Reenen & Van Rensburg, 2013).

According to the literature review, the factors related to the attachment building process are composed of maternal-paternal factors, infant factors and care factors (Klaus & Kennell, 1982). Mothers who have undergone unplanned cesarean section are in a period where mothers have not begun to care for their infants. Therefore, the focus is on maternal-paternal factors and care factors. This means maternal-paternal factors are factors concerned with parental backgrounds and characteristics. Care factors are the behaviors of doctors, nurses and hospital staff in providing care and support during labor, separation from infants on the first day postpartum and hospital regulations (Srisamorn Pumonsakul, 2015; Klaus & Kennell, 1982).

According to the aforementioned data, unplanned cesarean section has obvious influence on the process of building maternal-infant attachment and maternal factors. Therefore, perceived childbirth experience and nursing support during labor are a significant part in determining maternal-infant attachment behaviors. Hence, the researcher was interested in studying relationships between selected factors consisting of level of education, pregnancy planning, perception of childbirth experience, nursing support and maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean section to create guidelines for developing quality of holistic care and promoting processes for building maternal-infant attachment in this group of mothers.

Conceptual Framework

This study used the Maternal-Infant Attachment Theory of Klaus & Kennell (1982). According to the literature review, mothers who have undergone unplanned cesarean section are found to have two related factors, namely, maternal-paternal factors and care factors.

Factors concerning parental backgrounds include the care provided by mothers, parental genetics, culture, family relationships, experiences from previous pregnancies, planning and events during pregnancy, etc. (Klaus & Kennell, 1982), all of which are important factors in determining maternal behaviors toward infants. According to the literature review, parental background factors such as pregnancy planning, level of education and perception of childbirth experience are related to maternal-infant attachment. This meant mothers with pregnancy planning had positive feelings toward pregnancy and infants supporting attachments more than mothers with unplanned pregnancies (Diniz, Volling, & Koller, 2014; Salisbury, Law, LaGasse, & Lester, 2003; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009). Good level of education caused mothers to seek knowledge to provide good self-care and nourishment for infants in addition to having the ability to pay for factors necessary for effective infant care, which influenced the process of building maternal-infant attachment (Wandee Chaisap, 1997; Keawboonruang, 2001; Kwon & Bang, 2011; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks & Cannella, 2009). Perception of childbirth experience in mothers who undergo cesarean section is depended on various factors during labor. If mothers perceive positive childbirth experience, positive childbirth experience will support greater attachment (Renu Pukboonmee, 1988; Bennington, 2010; Kitamura et al., 2015; Mercer, 1986; Van Reenen & Van Rensburg, 2013).

Care factors include the behavior of medical staff in hospitals, care, assistance and support during labor including separation from infants on the first day postpartum and hospital regulations, etc. (Klaus & Kennell, 1982). Care factors influence maternal-infant relationships, causing factors that either promote or obstruct the process of building maternal-infant attachment because hospital environments do not allow spouses or relatives to enter operation rooms. Thus, nurses are laboring mothers' primary supporters who provide support at every stage of childbirth by supporting factors that promote maternal-infant attachment and changing factors obstructing maternal-infant attachment building processes. (Srisamorn Pumonsakul, 2015; Supa Puakted, 1998; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013).

In this study, therefore, the researcher selected variables related to maternal-infant attachment in a sample group of mothers who underwent unplanned cesarean sections. Furthermore, no studies on the aforementioned variables were found in Thailand or abroad. Hence, this study was able to summarize the correlations between variables in this study as follows:

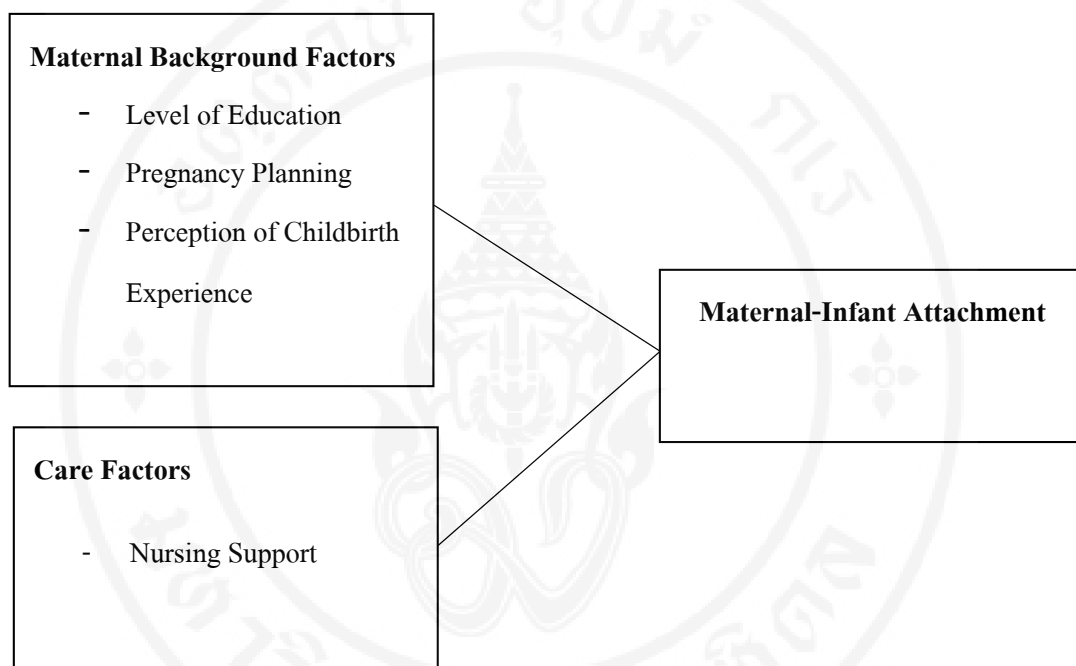


Figure 1 – Correlations between Studied Variables

Research Question

1. How is maternal-infant attachment in mothers who undergo unplanned cesarean sections?
2. Are selected factors such as level of education, pregnancy planning, perception of childbirth experience and nursing support related to maternal-infant attachment in mothers who undergo unplanned cesarean section?

Research Objective

To study the correlations between selected factors such as level of education, pregnancy planning, perception of childbirth experience, nursing support and maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean section.

Research Hypothesis

Selected factors consisting of level of education, pregnancy planning, perception of childbirth experience and nursing support are correlated with maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean section.

Scope of the Study

This study was a descriptive correlational research designed to exploring the correlations between the following selected factors: level of education, pregnancy planning, perception of childbirth experience, nursing support and maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean section who came to give birth and get recovery care in the Obstetrics-Gynecology Patient Ward, 4th Floor, and the Obstetrics-Gynecology Patient Ward, 5th Floor, Police General Hospital, in September 2016 – January 2017.

Definition of Variables

Level of Education means the number of years of education up to the highest educational attainment of the mothers who had undergone unplanned cesarean sections.

Pregnancy Planning means family planning by the pregnant mothers and their spouses for the current pregnancy categorized as planned and unplanned.

Perceived Childbirth Experience means the mothers' ability to perceive feelings, expectations, personal opinions and interpretation of the situations experienced during labor and delivery of the mothers who had undergone caesarian sections covering

success in self-control during delivery, anxiety for fetal health during childbirth, fear during childbirth, childbirth experience expectations, labor pain and satisfaction in personal achievement. The aforementioned were assessed with the Perceived Childbirth Experience Questionnaire of Marut and Mercer (Marut & Mercer, 1979). The Thai-translated and modified version was provided by Yaowalak Serisathian (1987). Following revisions, content validity was checked by three qualified experts. The questionnaire contains 26 question items. A high overall score means the mothers who had undergone unplanned cesarean sections perceived positive childbirth experiences.

Nursing Support means the mothers' perception of child delivery support from nurses in the following four aspects: medical activities in physical and emotional care during the delivery stage, advocating for the laboring mothers in treatment and information support with recommendations. Assessment was carried out by the Nurses' Labor Support Scale of Srisamorn Phumonsakul, Punnapapak Suksanguan and Chantima Kanobdee (2016). The scale contained 20 questions. A high overall score means that the unplanned caesarean section mother received high nursing support.

Mother-infant attachment means the perceptions of the mothers concerning emotions and feelings in addition to the behaviors of the mothers toward their infants indicating love, attachment, care and attention for the infants. Assessment was carried out by the Maternal Attachment Inventory (MAI) of Muller (Muller, 1994), which was translated into Thai by Pornpan Chongpranee (1997). The form contained 26 questions. A high overall score means that the mothers who had undergone unplanned cesarean sections had good maternal-infant attachment.

Research Methodology

The sample group in the present study was composed of 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections who gave delivered with postpartum recovery in the Obstetrics and Gynecology Ward on the 4th and 5th floors, Police Hospital, from September 2016 to January 2017. The sample was selected by purposive sampling for mothers with no complications during or after caesarean section and at least 48 hours postpartum, full-term infants without birth defects and no postpartum

complications, mothers' ability to listen, speak, read and write in Thai and willingness to participate in the study.

The research instrumentation consisted of questionnaires in four parts as follows:

Part 1: Demographic Data Questionnaire – This questionnaire was developed by the researcher to collect the demographic information of the mothers who had undergone unplanned cesarean sections. The questionnaire contained fill-in-the-blank and multiple-choice questions covering age, pregnancy planning and level of education.

Part 2: Perceived Childbirth Experience Questionnaire of Marut and Mercer (Marut & Mercer, 1979). The Thai-translated and modified version was provided by Yaowalak Serisathian (1987). The form is a five-level Likert scale with scores ranging from 1-5 points and total scores ranging from 26-130 points. The researcher revised the instrument to ensure suitability to the contexts of the sample group. In addition, content validity and suitability of language were tested by qualified experts before being used to assess the perceived childbirth experience of 100 the mothers who had undergone unplanned cesarean sections. Cronbach's alpha coefficient was 0.85.

Part 3 – Nurses' Labor Support Scale of Srisamorn Phumonsakul and colleagues (2016). The form contains five-level Likert scales with individual scores ranging from 0-4 and total scores ranging from 0-80 points. The researcher used the assessment form with the 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections. The reliability was tested to produce a Cronbach's alpha coefficient value of 0.92.

Part 4: Maternal Attachment Inventory (MAI) of Muller (Muller 1994). The Maternal Attachment Inventory (MAI) form was translated into Thai by Pornpan Chongpranee (1997). The form contained 4-level Likert scales with individual scores ranging from 1-4 points with total scores ranging from 26-104. The researcher used the assessment form on the 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections. The reliability testing produced a Cronbach's alpha coefficient value of 0.88.

Data Collection

The researcher collected data in person. After the research thesis project was evaluated and approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Police Hospital, the researcher selected the candidates meeting set criteria and explained the details of the research. The researcher then elicited their cooperation to participate in the research. In addition, the sample group was requested to sign in informed consent forms. Once the sample group had agreed to participate in the research, the researcher distributed all four questionnaires to the subjects to be completed on their own. Once the mothers had finished, the researcher verified data integrity and submitted the data to statistical analysis.

Data Analysis

The researcher analyzed data for research methodology and statistical values by using a computer program. Descriptive statistics were used with frequency distribution, percentage, minimum-maximum, range, mean value and standard deviation. Furthermore, the correlations between the studied variables were obtained by Pearson's product correlation. The preliminary conditions of each variable were tested by the normality curve using Kolmogorov Smirnov statistics test. Studied variables with non-normal distribution of data and pregnancy planning variables with nominal scale measurements were modified into dummy coding before being subjected to correlation analysis.

Findings

The sample group consisted of 100 mothers who had undergone unplanned cesarean sections aged 19-41 years with a mean age of 28.80 years (S.D. = 5.94). The number of years of education ranged from 6-23 years with a mean number of years of education at 12.92 (S.D. = 2.98). Additionally, out of the 100 subjects, 69 percent had

planned pregnancies while 31 percent were unplanned. The mean perceived childbirth experience was 83.28 (S.D. = 13.06). Mean nursing support during child delivery score was 51.53 (S.D. = 11.21). And mean maternal-infant attachment score was 88.63 (S.D. = 7.36) (Table 1). In addition, the sample group had good maternal-infant attachment at 90 percent and satisfactory maternal-infant attachment at 10 percent (Table 2).

Table 1 – Range, mean standard deviation, perceived childbirth experience, nurse's labor support and maternal-infant attachment scores for the sample group (n = 100)

Score	Range		Mean	S.D.
	Possible	Actual		
Perceived Childbirth Experience	26 - 130	54 - 121	83.28	13.06
Nurse's Labor Support	0 - 80	31 - 76	51.53	11.21
Maternal-Infant Attachment	26 - 104	68 - 104	88.63	7.36

Table 2 shows the level of maternal-infant attachment in the sample group (n = 100)

Level	No	%
Poor (26 – 52 points)	-	-
Satisfactory (53 – 78 points)	10	10
Good (79 – 104 points)	90	90

Hypothesis Testing

The results of the correlational analysis between the selected factors and maternal-infant attachment in the sample group that were tested with Pearson's product moment correlation revealed perceived childbirth experience and nurse's support during

childbirth to be positively correlated with maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean sections without statistical significance ($r = .36$ and $r = .21$, $p < .05$, respectively). In other words, the research hypothesis was partially supported.

In addition, level of education and pregnancy planning were found to be positively correlated with perceived childbirth experience ($r = .23$ and $r = .27$, $p < 0.05$, respectively). And perceived childbirth experience was positively correlated with nurse's support during childbirth ($r = 0.29$, $p < 0.05$) with statistical significance as shown in Table 3.

Table 3 – Correlation coefficient with Pearson's product moment correlation.

	Variable	1	2	3	4	5
1.	Level of Education	1.00				
2.	Pregnancy Planning	.18	1.00			
3.	Perceived Childbirth Experience	.23*	.27*	1.00		
4.	Nurse's Labor Support	.16	.03	.29*	1.00	
5.	Maternal-Infant Attachment	.13	.16	.36*	.21*	1.00

* $p < .05$

Discussion of the findings

According to the findings, perception of childbirth experience and nursing support during labor were positively related to maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections with statistical significance ($r = .36$ and $r = .21$, $p < .05$, respectively). Level of education and pregnancy planning were related to maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections with statistical significance ($r = .13$ and $r = .16$, $p > .05$, respectively). This indicates that the hypothesis was partially supported and can be explained as follows:

Perceived childbirth experience during labor was positively correlated with maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections with statistical significance ($r = .36, p < .05$). This can be explained by the fact that unplanned cesarean sections are considered a critical situation (Cunningham et al., 2014). However, mothers received care and were aware of the reasons for cesarean sections. This gave mothers confidence in care with ability to control feelings, anxiety, fear, expectations and pain, thereby helping mothers to feel satisfied, valuable as they learned that mothers can give birth. The results were positive perceived childbirth experiences (Goodman et al., 2004; Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain & Guillemin, 2014), causing mothers to want to care for infants. In the care systems of Police General Hospital, mothers receive local anesthesia during cesarean sections and motivation for mother-infant interaction immediately after delivery during an important period for building strong and secure maternal-infant attachment (Srisamorn Phumonsakul, 2015; Klaus & Kennell, 1982).

Nurses' support during labor was positively correlated with maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections with statistical significance ($r = .21, p < .05$). This can be explained by the fact that labor room environments at Police General Hospital did not permit spouses and the mother's relatives to be present in the labor room. Thus, nurses were the primary supporters during labor. The mothers received physical and emotional support with advocacy, information and recommendations from nurses. Furthermore, nurses provided attentive care for the mothers throughout the duration of labor. And when the mothers had to undergo unplanned cesarean sections, the nurses explained the reasons to inform the mothers, including fetal health conditions, safe treatment guidelines and treatment procedures, etc. Thus, the nurses provided information for mothers to participate in decisions about undergoing cesarean sections (Fenwick et al., 2003; Nilsson et al., 2013; Soet et al., 2003). Furthermore, the mothers received good nurses' support throughout labor. The behaviors of doctors and nurses promoted maternal-infant attachment. In addition, nurses supported mothers to participate in caring for infants immediately after delivery. The infants had no postpartum complications, which allowed the mothers and infants to have good postpartum interactions. The nurses' support behaviors supported the mothers in readiness for self-care and a need to care for infants after delivery in

addition to creating a process for building maternal-infant attachment (Srisamorn Phumonsakul, 2015; Ghadery-Sefat, Abdeyazdan, Badiie & Zargham-Boroujeni, 2016; Klaus & Kennell, 1982; Roux & Van Rensburg, 2013).

According to the findings of this study, level of education and pregnancy planning were not related to maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections ($r = .13$, $p > .05$). This can be explained by the fact that most of the subjects had similar levels of education causing the information obtained to have low dispersion to subjects with fewer years of education than criteria. It also caused the subjects to have no different maternal-infant attachment. This study encountered correlations between level of education and perceived childbirth experience ($r = .23$, $p < .05$) without encountering correlations between level of education and maternal-infant attachment.

Pregnancy planning was found to not be correlated with maternal-infant attachment in the mothers who had undergone unplanned cesarean sections ($r = .16$, $p > .05$). This was due to the fact that, although most of the subjects had pregnancy planning, all of the mothers had received preparation and training in parenting schools since pregnancy. Hence, the subjects wanted their infants. In addition, most of the mothers were aged 20 – 34 years, which is an appropriate age when women have readiness for pregnancy (Al-Turki, Abu-Heija, Al-Sibai, 2003; Cunningham et al, 2014). As a result, the subjects had no differences in maternal-infant attachment. This study found correlations between pregnancy planning and perceived childbirth experience ($r = .27$, $p < .05$) without encountering correlations between pregnancy planning and maternal-infant attachment.

Conclusion

According to the findings of this study on mothers who have undergone cesarean sections, the factors positively correlated with maternal-infant attachment with statistical significance are perceived childbirth experience and nurse's support during childbirth ($r = .36$ and $r = .21$, $p < .05$, respectively). Level of education and pregnancy planning were correlated with maternal-infant attachment in mothers who had undergone unplanned cesarean sections with no statistical significance ($r = .13$ and

$r = .16$, $p > .05$, respectively). Therefore, nurses, who are the caregivers closest to women during labor and delivery should provide physical and emotional support for mothers, advocate for mothers and provide information, recommendations and help in order to promote a positively perceived childbirth experience. Nurses should also promote the mothers in maternal-infant attachment by ensuring that mothers interact with their infants immediately after delivery.

Research Limitations

The selection of the sample group in the present study was carried out by purposive sampling, furthermore, the study examined maternal-infant attachment in Police General hospital and 48 hours postpartum, there are potential limitations in terms of using the findings to represent population groups undergoing unplanned cesarean sections with different characteristics and contexts.

Recommendations for Implementation of the Findings

Nursing Practice

1. Nurses should offer nursing support during childbirth covering physical and emotional support; advocating for women in childbirth and providing information with recommendations for women who have undergone unplanned cesarean sections in order to promote love and maternal-infant attachment.
2. Nurses should assess the factors of perceived childbirth experience and promote positive perceptions of childbirth with nursing support based on professional standards in order to build maternal-infant attachment.

Nursing Education

The findings of this study are useful for educational institutions for implementation as guidelines for instruction, promoting maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean sections or as guidelines for academic

lecture. Emphasis should be placed on raising student awareness about the importance of learning about maternal-infant attachment in detail. The factors influencing maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean sections should also be included.

Nursing Research

1. Further studies should be developed concerning research guidelines about the factors predicting maternal-infant attachment in mothers who have undergone unplanned cesarean sections.
2. Studies should be conducted based on quasi-experimental research designs with the aim of exploring nursing methods or models that help mothers who have undergone unplanned cesarean sections experience good maternal-infant attachment.
3. Studies should be conducted with the aim of comparing maternal-infant attachment in mothers who have undergone cesarean sections with other groups of mothers.

บรรณานุกรม

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, และชนนทร์ วนาภิรักษ์. (2555). สูติศาสตร์หัตถการ: แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. ในเชื่อน ตันนรินทร์ วรพงศ์ ภู่งศ์ และเอกชัย โควาวิสารัช (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (นิพนธ์และเรียบเรียงครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ข้อมูลสถิติการคลอดบุตรประจำห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ. (2558).
- ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาธิบดี. (2558). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- จริยาพร ศรีสว่าง. (2552). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ในศรีเกียรติ อนันต์ สวัสดิ์ (บก.). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- จันทร์ ว่องวัฒนกุล. (2552). *อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคมต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลือง และได้รับการส่องไฟ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวรรณ คล้ายวิเศษ. (2558). *ผลของการนวด การประคบร้อน และการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). ความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(1), 28-38.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2545). กระบวนการปฏิรูปเพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้: การประเมินการประกัน. กรุงเทพมหานคร: วี ที ซี คอมมิวนิเคชั่น.
- นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 14(2), 258-273.

- บุญทวี สุนทรลิมศิริ. (2551). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อความเครียด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริฉัตร แซ่ลั่ว, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2558). การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การสนับสนุนทางสังคม และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. *พยาบาลสาร*, 42, 69-81.
- ปาริชาติ บัวหลวง. (2552). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาต่อความเครียดและการแสดงบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร - กุ๊ซ, และยุวดี ภาษา (บรรณาธิการ.). (2555). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for window (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง.
- ปณณภักก์ สุขสงวน. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาลห้องคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการผดุงครรภ์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรรณ จงปราณี. (2540). ปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2555). การผ่าตัดคลอด. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ.). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทกษมิรุ่ง.
- มนต์ตรา พันธุ์พัก, ศรีสมร ภูมณสกุล, และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ต่อความรักใคร่ผูกพัน ระหว่างมารดาและทารก ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา ความสามารถ ในการเรียนรู้พฤติกรรมทารก และการเจริญเติบโตของทารก. *รวมอาชีพพยาบาลสาร*, 15(2), 149-161.
- เขวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดอัตโนมัติ กับสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตร ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณู พุกบุญมี. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การคลอดกับสัมพันธ์ภรรยาของมารดาและทารกตามการรับรู้ของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอย่างมีแผนและไม่มีแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี ไชยทรัพย์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับสัมพันธ์ภรรยาของมารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา แหวนหล่อ. (2540). ผลของการเตรียมมารดาเพื่อคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและสัมพันธ์ภรรยาของมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสมร ภูมณสกุล. (2558). เอกสารคำสอนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์, กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, ปุณณภักดิ์ สุขสงวน, และจันทิมา ขนบดี. (2559). การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนการคลอดของพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 22(3), 247-262.
- สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร ปุณโฑ. (2552). การจัดการกับความปวดและความพึงพอใจกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 15(3), 327-343.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2553). พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สุกัญญา ปรีดิบุญกุล, ฉวี เบาทรวง, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนา. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 40(ฉบับพิเศษ), 84-93.
- สุขกัญญา สังฆสุวรรณ. (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมและการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์, ระยะเวลาดำเนินการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพิศ ฌ เชียงใหม่. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนจากพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สุภา เพือกเทศ. (2541). การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว: บทบาทพยาบาล. *วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 23(2), 109 - 116.
- Abdel-Aleem, H., Alhusaini, T. K., Abdel-Aleem, M. A., Menoufy, M., & Gulmezoglu, A. M. (2013). Effectiveness of tranexamic acid on blood loss in patients undergoing elective cesarean section: Randomized clinical trial. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26, 1705 - 1709.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of women's mental health*, 16(6), 521-529.
- Al-Turki, H. A., Abu-Heija, A. T., & Al-Sibai, M. H. (2003). The outcome of pregnancy in elderly primigravidas. *Saudi medical journal*, 24(11), 1230-1233.
- Anderson, C., & Perez, C. (2015). Adolescent psychological birth trauma following cesarean birth. *Pediatric nursing*, 41(2), 78.
- Bennington, L. K. (2010). *The relationship among maternal infant bonding, spirituality, and maternal perception of childbirth experience*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University. Richmond, Virginia.
- Bennington, L. K. (2012). The relationship among maternal–infant bonding, spirituality, and maternal perception of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(s1), 137.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 373-384.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.
- Brazelton, T. B. (1963). The early mother-infant adjustment. *Pediatrics*, 32(5), 931-937.

- Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1128-1137.
- Calhoun, A. M. (2015). *Impact of skin-to-skin contact after cesarean section: A study comparing bonding outcomes to skin-to-skin after vaginal delivery*. The Chicago School of Professional Psychology.
- Carvalho, I. B., Souza, N. L., & Medeiros, A. T. N. (2014). Risk factors for wound infection after cesarean section: An integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental Online*, 6, 812-820.
- 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.
- Clark, E. A., & Silver, R. M. (2011). Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(6), 2-10.
- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2 nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Condon, W. S., & Sander, L. W. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science*, 183(4120), 99-101.
- Cox, B. E., & Smith, E. C. (1982). The mother's self-esteem after a cesarean delivery. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 7(5), 309-314.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Damato, E. G. (2004). Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Advances in Neonatal Care*, 4(5), 274-291.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first - time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.

- DeCasper, A. J. & Fifer, W. P. (2004). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174-1176.
- Diniz, E., Volling, B. L., & Koller, S. H. (2014). Social support moderates association between depression and maternal–fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 400-411.
- Dlamini, L. D., Sekikubo, M., Tumukunde, J., Kojjo, C., Ocen, D., Wabule, A., & Kwizera, A. (2015). Antibiotic prophylaxis for caesarean section at a Ugandan hospital: A randomised clinical trial evaluating the effect of administration time on the incidence of postoperative infections. *Biomedcentral pregnancy and childbirth*, 15(1), 91.
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: A birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 10-17.
- Freed, G. L., Fraley, J. K., & Schanler, R. J. (1992). Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2), 224-227.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early human development*, 87(1), 21-26.
- Gay, J. (1981). A conceptual framework of bonding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 10(6), 440-444.
- Ghadery-Sefat, A., Abdeyazdan, Z., Badiee, Z., & Zargham-Boroujeni, A. (2016). Relationship between parent–infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(1), 71-76.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, 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.

- Gizzo, S., Andrisani, A., Noventa, M., Di Gangi, S., Quaranta, M., Cosmi, E., et al. (2015). Caesarean section: Could different transverse abdominal incision techniques influence postpartum pain and subsequent quality of life? A systematic review. *The Public Library of Science ONE*, 10(2), 1-12.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Guittier, M. J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BioMed Central of Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 254.
- Hall, M. H., & Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *The Lancet*, 354(9180), 776.
- Hardy-Fairbanks, A. J., Lauria, M. R., Mackenzie, T., & McCarthy, M. (2013). Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: A prospective evaluation. *Birth*, 40(2), 125-133.
- Henderson, E., & Love, E. (1995). Incidence of hospital-acquired infections associated with caesarean section. *Journal of Hospital Infection*, 29(4), 245-255.
- Herishanu-Gilutz, S., Shahrar, G., Schattner, E., Kofman, O., & Holcberg, G. (2009). On becoming a first-time mother after an emergency caesarean section: A journey from alienation to symbolic adoption. *Journal of health psychology*, 14(7), 967-981.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*, 10(3), 227-228.
- Jain, R. K., & Sharma, P. (2015). Part 2: Targeting cancer pathways: The tumor microenvironment. *Science*, 347(6222), 680-680.
- Kabore, C., Chaillet, N., Kouanda, S., Bujold, E., Traore, M., & Dumont, A. (2015). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labour after previous caesarean section in sub-Saharan countries. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- Kaewboonruang, N. (2001). *The relationship between selected factors, self-esteem and maternal-fetal attachment of pregnant women*. Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.

- Kitamura, T., Takegata, M., Haruna, M., Yoshida, K., Yamashita, H., Murakami, M., & Goto, Y. (2015). The Mother-Infant Bonding Scale: Factor structure and psychosocial correlates of parental bonding disorders in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 393-401.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2 nd ed.). St. Louis: The C.V.Mosby.
- Kliegman, R., Pittard, W., & Fanaroff, A. (1979). Necrotizing enterocolitis in neonates fed human milk. *The Journal of pediatrics*, 95(3), 450-453.
- Ko, Y. L., Lin, P. C., & Chen, S. C. (2015). Stress, sleep quality and unplanned caesarean section in pregnant women. *International journal of nursing practice*, 21(5), 454-461.
- Kwon, M. K., & Bang, K. S. (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(2), 276-283.
- Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *The Journal of Perinatal Education*, 11(2), 33-40.
- Larsson, C., Saltvedt, S., Wiklund, I., Pahlen, S., & Andolf, E. (2006). Estimation of blood loss after cesarean section and vaginal delivery has low validity with a tendency to exaggeration. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(12), 1448-1452.
- Lai, Y. L., Hung, C. H., Stocker, J., Chan, T. F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28(2), 116-120.
- Lee, Y. M., & D'Alton, M. E. (2008). Cesarean delivery on maternal request: Maternal and neonatal complications. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20(6), 597-601.
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272-2284.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-265.
- Marrs, J., Cossar, J., & Wroblewska, A. (2014). Keeping the family together and bonding: a father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 340-354.

- Martell, L. K. (2001). Heading toward the new normal: A contemporary postpartum experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30(5), 496-506.
- McQueen, A., & Mander, R. (2003). Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 463-469.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experience from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43(6), 344-351.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 161-166.
- Murphy, D., Stirrat, G., Heron, J., & Team, A. S. (2002). The relationship between caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14,541 pregnancies. *Human Reproduction*, 17(7), 1914-1917.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekstrom, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1 – 6.
- Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth*, 34(2), 148-154.
- Raees, M., Yasmeen, S., Jabeen, S., Utman, N., & Karim, R. (2012). Maternal morbidity associated with emergency versus elective caesarean section. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*, 27(1), 1-8.
- Rankin, J. (2017). *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences*: Elsevier Health Sciences.
- Roux, S. L., & Van Rensburg, E. (2011). South African mothers' perceptions and experiences of an unplanned caesarean section. *Journal of Psychology in Africa*, 21(3), 429-438.
- Rowe - Murray, H. J., & Fisher, J. R. W. (2002). Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124-131.
- Rubin, R. (1963). Maternal touch. *Nursing Outlook*, 11, 828-831.
- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367-376.
- Rubin, R. (1984). Maternal Identity and the Maternal Experience. *The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480.

- Rychnovsky, J. D. (2007). Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 38-46.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 33-39.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4), 246-251.
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289(13), 1701-1701.
- Siddiqui, A., & Häggglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13-25.
- Smaill, F. M., & Gyte, G. M. (2010). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *The Cochrane Library*, 1(1).
- Snyder, C., Eyres, S. J., & Barnard, K. (1979). New findings about mothers' antenatal expectations and their relationship to infant development. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 4(6), 354-357.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Spiby, H., & Munro, J. (2009). The development and peer review of evidence-based guidelines to support midwifery led care in labour. *Midwifery*, 25(2), 163-171.
- Sriintranit, N. (2005). *Effect of a prenatal attachment promoting program on anxiety and maternal-fetal attachment in pregnant women experiencing previous prenatal loss*. Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Srisuthisak, S. (2009). *Relationship among stress of labor, support, and childbirth experience in postpartum mothers*. Doctor of Philosophy, Maternal Child Nursing, Virginia Commonwealth University.
- Stables, D., & Rankin, J. (2010). *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences*: Elsevier Health Sciences.
- Stadlander, L. (2014). The impact of current trends in cesarean section. *International Journal of Childbirth Education*, 29(1), 777-780.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Education.
- The Royal College of Midwives. (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Supporting women in labour*. United Kingdom.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 4.
- Vajiratanakorn, S. (2004). *The effect of immediately postpartum parents-infant interaction promoting program on maternal-infant and paternal-infant attachment of cesarean mothers*. Unpublished master's thesis, Master of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Van Reenen, S. L., & Van 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.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, 47(5), 471-482.
- Watt, S., Sword, W., Sheehan, D., Foster, G., Thabane, L., Krueger, P., & Landy, C. K. (2012). The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the the Ontario mother and infant study (TOMIS) III. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), 728-737.
- World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. World Health Organization.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.
- Zakerihamidi, M., Roudsari, R. L., & Khoei, E. M. (2014). Vaginal delivery vs. cesarean section: A focused ethnographic study of women's perceptions in The North of Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(1), 39-50.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding. *Birth*, 37(4), 275-279.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง
3. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาไทย
5. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับอังกฤษ
6. เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับ
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ชื่อผู้วิจัย ร.ต.อ.หญิง นริสา จันทบุรี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่าง
ชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหา
หรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็น
ความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงาน
ต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่
อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง**

ชื่อโครงการ ...ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่
ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ ไม่มีแผล (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND
MATERNAL – INFANT ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS).....

ชื่อผู้วิจัย ร.ด.อ. หนึ่ง นริสา จันทบุรี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ในฐานะ ได้ทราบ
รายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจนไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อขัดแย้ง และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหา
หรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วม
โครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล
เฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผย
ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทาง
วิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

ชื่อผู้วิจัย ร.ต.อ.หญิง นริสา จันทบุรี

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยสูติกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ สูติ – นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี และ
หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ชั้น 4 และหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ
จังหวัดกรุงเทพมหานครฯ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. ร.ต.อ.หญิง นริสา จันทบุรี | หมายเลขโทรศัพท์ 095-597-8082 |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล | หมายเลขโทรศัพท์ 081-990-1033 |

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่งในการ
สร้างสังคมที่มีคุณภาพ ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น
เรื่อยๆ และส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว
ภายหลัง เนื่องจาก มารดามีเวลาเตรียมตัวเพียงเล็กน้อยก่อนได้รับการผ่าตัด และมารดาไม่ได้คลอดทาง
ช่องคลอดอย่างที่ตั้งใจไว้ รวมทั้ง ภายหลังการผ่าตัดคลอด มารดาและทารกจะถูกแยกจากกันและสภาพ
ร่างกายและจิตใจยังไม่เอื้ออำนวยต่อการเลี้ยงดูทารก ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้าน
ลบและขัดขวางกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ด้วยบริบทของประเทศไทย
แล้ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่อนุญาตให้คู่สมรสหรือครอบครัวเข้ามาในห้องผ่าตัดได้ พยาบาลจึงเป็น
แรงสนับสนุนหลักในการให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในทุกช่วงเวลา แต่จากการ
ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรักใคร่ผูกพันระหว่าง
มารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลทั้งในประเทศและ

ต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดและแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบไม่มีแผล ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไป พัฒนาการพยาบาลในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ ระดับการศึกษา การวางแผน การตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแรงสนับสนุนทางการพยาบาลกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกมีอายุครรภ์ครบกำหนดและไม่มีภาวะพิการตั้งแต่กำเนิด ภายหลังผ่าตัดคลอดแล้วพักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 4 หรือ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ชั้น 5 โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 85 ราย ซึ่งท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงขอเชิญท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ท่านเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ 2) แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จำนวน 27 ข้อ 3) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ และ 4) แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก จำนวน 26 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 75 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 – 45 นาที เมื่อท่านตอบแบบสอบถามครบแล้วผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนจากท่าน ซึ่งถือเป็นการเสร็จสิ้นการเข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และต่อผู้อื่น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน ซึ่งข้อคำถามเป็นการถามย้อนหลังถึงระยะคลอด ในขณะที่ท่านพักฟื้นหลังได้รับการผ่าตัดคลอดคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 4 หรือ หอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 5 และท่านจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยสูติกรรมตามปกติ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางแก่บุคลากรในทีมสุขภาพและสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาการพยาบาลในกลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับท่านแต่ท่านอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา การบริการทางการพยาบาล และการให้บริการอื่นๆที่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ที่ท่านพึงจะได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะผลการสรุปจากการทำวิจัยในภาพรวม โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละราย นอกจากนี้ผู้ที่สามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้นอกเหนือจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจะต้องได้รับความยินยอมจากท่านก่อนทุกครั้ง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจ หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เบอร์โทรศัพท์ 02-2011544

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาไทย



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๙/๔๐๙

ชื่อโครงการ

EC_590614

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่าง
มารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
แบบไม่มีแผล

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๖ - ๕๙ - ๕๐ ย

ชื่อหัวหน้าโครงการ

ร.ตอ. หญิง นริสา จันทบุรี

ที่ทำงาน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา)

วันที่รับรอง

๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๙

ระยะเวลาในการศึกษา

๖ เดือน

**เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับภาษาอังกฤษ**



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

**Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No MURA2016/409

Title of Project
EC_590614

Relationships between Selected Factors and Maternal
– Infant Attachment of Unplanned Cesarean Section
Mothers

Protocol Number

ID 06 – 59 – 50

Principal Investigator

Pol.Capt. Narisa Jantaburee

Official Address

Ramathibodi School of Nursing
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

**Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects**


Prof. Pat Mahachoklertwattana, M.D.

**Date of Approval
Duration of Study**

June 29, 2016
6 Months

Copyright by Mahidol University

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
 ๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.๑๒๗/๒๕๕๙

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND MATERNAL – INFANT ATTACHMENT OF UNPLANNED CESAREAN SECTION MOTHERS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	ร้อยตำรวจเอกหญิง นริสา จันทบุรี อาจารย์ (สบ ๑) กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ รพ.ตร.
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 31 September 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 21 September 2016) (ฉบับภาษาไทย)
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๑ กันยายน ๒๕๕๙
วันที่หมดอายุ	๒๐ กันยายน ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
 โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง.....
 (พันวดี รัดนสมวรงค์)
 รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
 โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....
 (อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
 โรงพยาบาลตำรวจ

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด
- 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล
- 4 แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

1. ท่านมีอายุ.....ปี (จำนวนปีเต็มนับถึงวันที่ตลอด)
2. ท่านจบการศึกษาสูงสุด.....
3. ท่านได้ร่วมกันวางแผนครอบครัวที่มีบุตรในครรภ์ปัจจุบัน หรือไม่
☐ มีการวางแผน ☐ ไม่มีการวางแผน

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสถานการณ์การคลอด โดยคำตอบในแบบสอบถามจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตารางที่มีตัวเลข ซึ่งตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบ้างเล็กน้อย
เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นความจริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุดหรือทั้งหมด

ข้อความ	ไม่เป็น ความจริง เลย	เป็นความ จริงบ้าง เล็กน้อย	เป็น ความ จริงเพียง ครึ่งหนึ่ง	เป็น ความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็น ความ จริงมาก ที่สุด
<u>ในขณะที่เจ็บครรภ์ มดลูกมี</u>					
<u>การหดตัว</u>					
1. ท่านสามารถหายใจลึกๆช้าๆเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจจากความ เจ็บปวดและช่วยบรรเทาความ เจ็บปวด					
2. ท่านมีความมั่นใจว่า ท่านสามารถ เอาชนะความเจ็บปวดได้					
3. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถ คลอดได้เอง					
4. ท่านสามารถผ่อนคลายเพื่อลด ความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
25. ท่านรู้สึกเป็นสุข และสบายใจ เมื่อได้พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ การคลอดของท่าน					
26. ท่านรู้สึกพึงพอใจและเป็นสุข เมื่อนึกถึงการคลอดครั้งนี้					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล เกี่ยวกับการสนับสนุนทางการพยาบาลตั้งแต่เข้ารับบริการในห้องคลอดตลอดจนได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบข้อคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่แน่ใจว่าได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้น
เล็กน้อย	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนานๆครั้ง
ไม่ได้เลย	หมายถึง	มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ไม่ตรงกับ ความรู้สึก เลย	ตรงกับ ความรู้สึก เล็กน้อย	ตรงกับ ความรู้สึก ปานกลาง	ตรงกับ ความรู้สึก มาก	ตรงกับ ความรู้สึก มากที่สุด
<u>การสนับสนุนทางด้าน ร่างกาย</u>					
1. ท่านได้รับการดูแลบรรเทา ความปวดในระหว่างการรอ คลอด เช่น นวดหลัง /นวดขา การใช้เทคนิคการหายใจ เป็นต้น					
2. ท่านได้รับการดูแลเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจจาก ความเจ็บปวด เช่น พุดคุย ดูทีวี เป็นต้น					
.					
.					
.					
.					
.					
19. ท่านได้รับข้อมูล และ คำแนะนำอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง กับการดูแล เช่น การติด เครื่องประเมินสภาพทารกใน ครรภ์ เครื่องวัดความดัน โลหิต เป็นต้น					
20. ท่านได้รับคำแนะนำใน การปฏิบัติตนเพื่อเตรียมตัว ก่อนการทำหัตถการ หรือให้ การพยาบาล					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินความรู้สึกใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่มีต่อทารก โดยมีข้อความให้พิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกความคิดเห็นตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงไร ดังนั้นคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะไม่มีคำตอบที่ตัดสินว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับและนำไปใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาและนำไปปรับปรุงบริการด้านการพยาบาลสูติกรรมต่อไป

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบครอบ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ตรงช่องที่ตัวเลขตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียวกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

บ่อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมากที่สุด
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเป็นบางส่วน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเพียงเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเลย

ข้อความ	บ่อย ที่สุด	บ่อย ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
1. ฉันรู้สึกรักลูกของฉัน				
2. ฉันรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขเมื่อได้ใกล้ชิดกับลูก				
3. ฉันต้องการใช้เวลาอยู่กับลูกเป็นพิเศษ				
4. ฉันเฝ้ารอคอยเวลาที่จะได้ใกล้ชิดลูก				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
23. ฉันเข้าใจความต้องการของลูกจากท่าทางของเขา				
24. ฉันเอาใจใส่ลูกของฉันเป็นพิเศษ				
25. ฉันปลอบโยนลูกอย่างนุ่มนวลเวลาลูกร้องไห้				
26. การแสดงความรักลูกของฉัน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย				

ภาคผนวก ค
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผลตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov

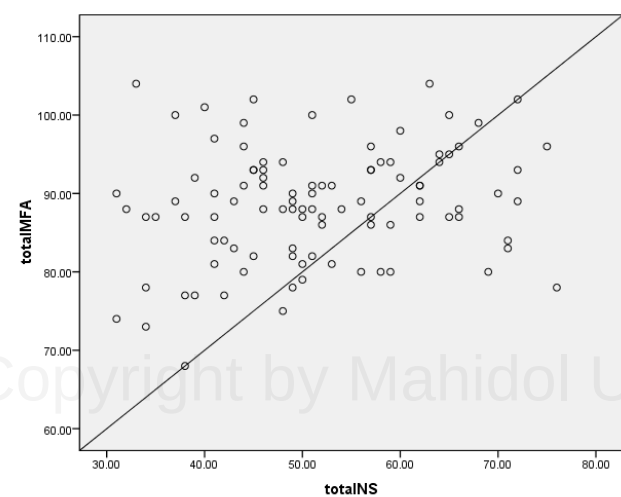
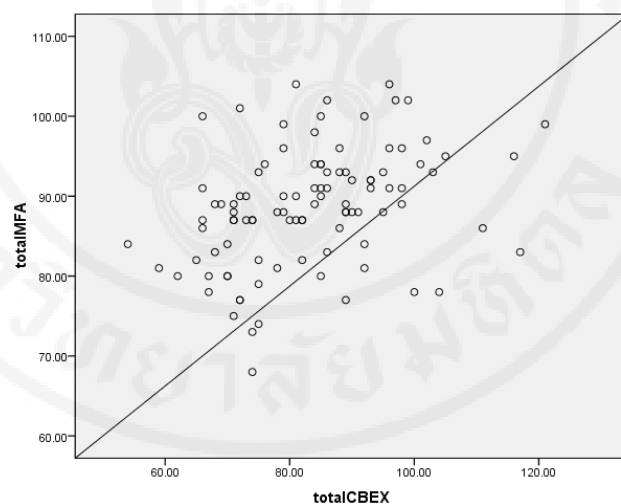
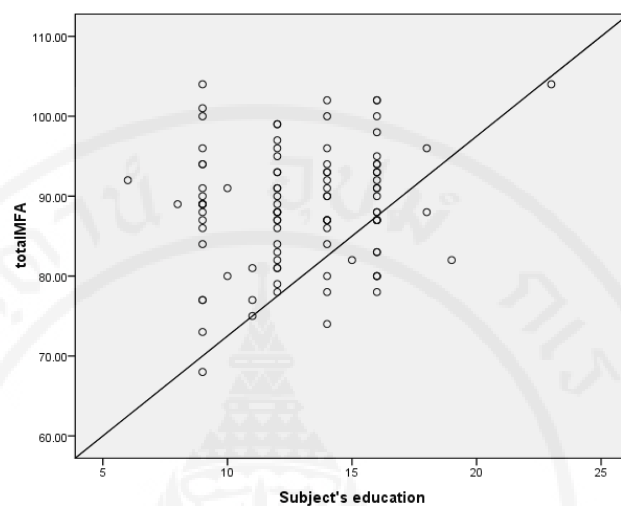
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Subject's age	Subject's education	totalCBEX	totalNS	totalMFA
N		100	100	100	100	100
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	28.88	12.92	83.2800	51.5300	88.6300
	Std. Deviation	5.943	2.984	13.05937	11.21097	7.35761
Most Extreme Differences	Absolute	.099	.141	.087	.079	.102
	Positive	.099	.141	.087	.079	.044
	Negative	-.096	-.139	-.053	-.055	-.102
Kolmogorov-Smirnov Z		.988	1.411	.870	.789	1.023
Asymp. Sig. (2-tailed)		.283	.037	.436	.563	.246

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

2. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยการทำ Scatter plot



3. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา

Correlations							
		Subject's age	Subject's education	Subject's planning pregnancy	totalCBEX	totalNS	totalMFA
Subject's age	Pearson Correlation	1	.288**	.392**	.193	-.015	.278**
	Sig. (2-tailed)		.004	.000	.054	.884	.005
	N	100	100	100	100	100	100
Subject's education	Pearson Correlation	.288**	1	.193	.182	.116	.144
	Sig. (2-tailed)	.004		.054	.070	.249	.153
	N	100	100	100	100	100	100
Subject's planning pregnancy	Pearson Correlation	.392**	.193	1	.267**	.034	.158
	Sig. (2-tailed)	.000	.054		.007	.739	.116
	N	100	100	100	100	100	100
totalCBEX	Pearson Correlation	.193	.182	.267**	1	.285**	.363**
	Sig. (2-tailed)	.054	.070	.007		.004	.000
	N	100	100	100	100	100	100
totalNS	Pearson Correlation	-.015	.116	.034	.285**	1	.213*
	Sig. (2-tailed)	.884	.249	.739	.004		.034
	N	100	100	100	100	100	100
totalMFA	Pearson Correlation	.278**	.144	.158	.363**	.213*	1
	Sig. (2-tailed)	.005	.153	.116	.000	.034	
	N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ค่าพิสัย ของตัวแปรระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ การรับรู้ประสบการณ์การคลอด แรงสนับสนุนทางการพยาบาล และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
Subject's education	100	6	23	12.92	2.984	.205	.241
Subject's planning pregnancy	100	0	1	.69	.465	-.834	.241
totalCBEX	100	54.00	121.00	83.2800	13.05937	.460	.241
totalNS	100	31.00	76.00	51.5300	11.21097	.227	.241
totalMFA	100	68.00	104.00	88.6300	7.35761	-.151	.241
Valid N (listwise)	100						

ภาคผนวก ง

รายนามของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยในการศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล

1. รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. อาจารย์ ดร.ปราณี ป้องเรือ
อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลมารดา – ทารกและการผดุงครรภ์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. นางสาวบุญทวี สุนทรลัมศิริ
ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าห้องคลอด ตึกพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก
2. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล
3. หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด



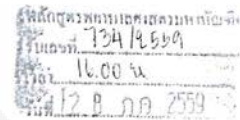
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ปี ๒๕๕๙
ครั้งที่ 12.7 ก.ค. 2559 12.7
ครั้งที่ 2 เวลา.....
ครั้งที่ 3 เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ณ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๔-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๔๔๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๖๔๖๔
วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๔/๐๓๒๑ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ฯ แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: ร.ต.อ.หญิงนริสา จันทบุรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา
และทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล" โดยมี รศ.ดร.ศรีสมร ภูมณกุล เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๑) แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: ร.ต.อ.หญิงพรพรรณ จงปราณี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๔๐
เรื่อง "ปัจจัยคัดสรร แรงสนับสนุนทางสังคม และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในการดาวน์รู" ซึ่งมี
รศ.อรพินธ์ เจริญผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: ๒) แบบสอบถามพฤติกรรม แรงสนับสนุนการคลอดของพยาบาล

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: พ.ต.ต.หญิง ภูณณภักดิ์ สุขสวน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง "ปัจจัยที่
มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสนับสนุนการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด" ซึ่งมี รศ.ดร.ศรีสมร ภูมณกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ ร.ต.อ.หญิงนริสา จันทบุรี ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้
เนื่องจากการเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมา
จากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

(2) เรียน ผอ.สถาบันวิจัยฯ อธิการบดีมหาวิทยาลัย

(1) จังเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง
ผู้อำนวยการ
รองผู้อำนวยการ
ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
ผู้อำนวยการฝ่ายแผนงาน
ผู้อำนวยการฝ่ายประกันคุณภาพ
ผู้อำนวยการฝ่ายประชาสัมพันธ์
ผู้อำนวยการฝ่ายคอมพิวเตอร์
ผู้อำนวยการฝ่ายกฎหมาย
ผู้อำนวยการฝ่ายการต่างประเทศ
ผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง
ผู้อำนวยการฝ่ายการพัสดุ
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่าง
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างศิลป์
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างเทคนิค
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างเครื่องกล
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างไฟฟ้า
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างอิเล็กทรอนิกส์
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างเครื่องกล
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างไฟฟ้า
ผู้อำนวยการฝ่ายการช่างอิเล็กทรอนิกส์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน

เพื่อทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
ฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี อธิการบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินแรงสนับสนุนทางการพยาบาล



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ที่ 2657/59
ครั้งที่ 6-6.ย. 2559 14
ครั้งที่ 2 เวลา
ครั้งที่ 3 เวลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๓๗๐๒

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒๗ / ๐๒๙๐ ลงวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: ร.ต.อ.หญิงนริสา จันทบุรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา และทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน” โดยมี รศ.ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๓๐ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อัตมโนทัศน์ กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง” ซึ่งมี รศ.ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ ร.ต.อ.หญิงนริสา จันทบุรี ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้า ยินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบนฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

..... /๒.

Copyright by Mahidol University

หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัย



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทร ๐ + ๖๘ + ๑๗๐๑ โทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๑๙๖๕

วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖ (วท)/๐๒๑๗๑
ลงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า ร.ต.ท.หญิงนริสา จันทบุรี เลขประจำตัว ๕๗๓๖๒๒๙ RAMY/M นักศึกษา
หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้องแบบไม่มีแผล” โดยอยู่ในความควบคุมของ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ความละเอียดแจ้ง
แล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลได้โดยให้
นักศึกษาติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและหัวหน้าหอผู้ป่วยภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๔๑๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 ภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ชั้น 1
 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
 โทร. 0-2201-5206-7 โทรสาร 0-2354-7173

ที่ ศร 0517.02 (วท) / 02141

วันที่ 28 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตให้ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย ร.ค.ท.หญิงนริสา จันทบุรี เลขประจำตัว 5736229 RAMY/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการหลักสูตร (หลักสูตรปกติ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ กำลังอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผล" อยู่ในความควบคุมของรองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดหน้าท้องแบบไม่มีแผล ซึ่งเข้าพักฟื้นหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

เรียน หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

เพื่อโปรดพิจารณาการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลทำการวิจัยภายในคณะฯ
 แล้วตอบกลับ หน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัย ภายในวันที่ 11 ส.ค. 2559

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ ไวกูระ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยองค์กรและนวัตกรรมการศึกษา

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สว - เวณิมา พ.ศ. 2559

ติดต่ออาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา: รศ.ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

โทร. 081-990-1033

e-mail : srisamorn.phu@mahidol.ac.th

นริสา 0955974042

(ศาสตราจารย์นายแพทย์แสงชัย พงศ์พิพันธุ์)
 หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
 15 ธ.ค. 59



ที่ ดช ๐๐๓๖ (จว)/๑๒๙

โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน ร้อยตำรวจเอกหญิง นริสา จันทบุรี
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความรักใคร่ผูกพัน
ระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่มีแผน" ให้คณะกรรมการ
จริยธรรมและวิจัยโรงพยาบาลตำรวจพิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว
เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และกายนตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่าย
ของโครงการที่เสนอมาได้โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัย
ส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก



(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

นายแพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยตำรวจเอกหญิง นริสา จันทบุรี
วัน เดือน ปีเกิด	12 ตุลาคม 2531
สถานที่เกิด	ยะลา
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สถาบันสมทบในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2549 – 2552 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและการผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2557 – 2559 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2552 – 2554 พยาบาล (สบ.1) หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2554 – 2555 พยาบาล (สบ.1) หอผู้ป่วย ห้องคลอด โรงพยาบาลตำรวจ พ.ศ. 2555 – 2557 อาจารย์ (สบ.1) ภาควิชาสูติเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ที่อยู่	492/1 ถ.อังรีนงต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330