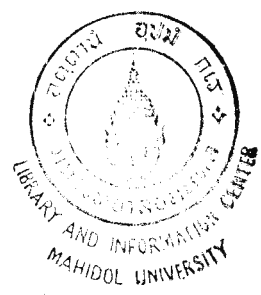


7 AUG 2003



**EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE NURSING  
ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MATERNAL  
ROLE PERFORMANCE IN MOTHERS  
WITH CESAREAN SECTION**



**LAWAN BAIMONTA**  
๒

With commitments  
of  
.....

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILMENT  
OF THE REQUIREMENTS FOR  
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE  
(MATERNAL AND CHILD NURSING)  
FACULTY OF GRADUATE STUDIES  
MAHIDOL UNIVERSITY  
2002**

TH  
L416e  
2002  
c.2

**ISBN 974-04-2777-4  
COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY**

Copyright by Mahidol University

Thesis  
Entitled

**EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE NURSING  
ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MATERNAL  
ROLE PERFORMANCE IN MOTHERS  
WITH CESAREAN SECTION**

*Lawan Baimonta*

.....  
Miss.Lawan Baimonta  
Candidate

*Kobkul Phanchul*

.....  
Assoc.Prof.Kobkul Phancharoenworakul,  
Ph.D.  
Major-Advisor

*Thitima Chumpirat*

.....  
Asst.Prof.Thitima Chumpirat,  
M.S. (Nursing)  
Co-Advisor

*Nittaya Sinsuksai*

.....  
Asst.Prof.Nittaya Sinsuksai,  
Ph.D.  
Co-Advisor

*Rassmidara Hoonsawat*

.....  
Assoc.Prof.Rassmidara Hoonsawat,  
Ph.D.  
Dean  
Faculty of Graduate Studies

*Kobkul Phanchul*

.....  
Assoc.Prof.Kobkul Phancharoenworakul,  
Ph.D.  
Chair  
Master of Nursing Science  
Faculty of Nursing

Thesis  
Entitled

**EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE NURSING  
ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MATERNAL  
ROLE PERFORMANCE IN MOTHERS  
WITH CESAREAN SECTION**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University  
for the degree of Master of Nursing Science  
(Maternal and Child Nursing)

on  
27 December, 2002

*Lawan Baimonta*

.....  
Miss.Lawan Baimonta  
Candidate

*Kobkul Phanchaoenworakul*

.....  
Assoc.Prof.Kobkul Phanchaoenworakul,  
Ph.D.  
Chair

*Charin tip Somprasit*

.....  
Miss.Charin tip Somprasit, M.D.,  
R.T.C.O.G.  
Member

*Thitima Chumpirat*

.....  
Asst.Prof.Thitima Chumpirat,  
M.S.(Nursing)  
Member

*Saipin Gasemgitvatana*

.....  
Assoc.Prof.Saipin Gasemgitvatana,  
D.N.S.  
Member

*Nittaya Sinsuksai*

.....  
Asst.Prof.Nittaya Sinsuksai,  
Ph.D.  
Member

*Rassmidara Hoonsawat*

.....  
Assoc.Prof.Rassmidara Hoonsawat,  
Ph.D.  
Dean  
Faculty of Graduate Studies  
Mahidol University

*Kobkul Phanchaoenworakul*

.....  
Assoc.Prof.Kobkul Phanchaoenworakul,  
Ph.D.  
Dean  
Faculty of Nursing,  
Mahidol University

## ACKNOWLEDGEMENT

The success of this thesis can be attributed to the extensive support and assistance from my major advisor, Assoc.Prof. Kobkul Phanchaoenworakul and my co-advisor, Assit. Thitima Chumpirat and Assit. Nittaya Sinsuksai. I deeply thank them for their valuable advice and guidance in this research.

I wish to thank the entire expert for their kindness in examining the research instrument and providing suggestions for improvement.

I would like to thank Antenatal clinic and post-partum ward of Thammasat Hospital for their facilitation of data collection. Thanks also go to all the mothers who were the samples in this study for their participation.

I would like to thank the National Science and Technology Development Agency for their Local Graduate Scholarship. Thanks the Faculty of Nursing Thammasat university for valuable advice and kind support.

Finally, I am grateful to my family for their financial support, entirely care, and love. Thanks all of my friends for their cheerfulness and kind support. The usefulness of this thesis, I dedicate to my father, my mother, my brother and all of cesarean mothers.

Lawan Baimonta

**EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE NURSING ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MATERNAL ROLE PERFORMANCE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION.**

LAWAN BAIMONTA 4237270 NSMC/M

M.N.S.(MATERNAL AND CHILD NURSING)

THESIS ADVISORS : KOBKUL PHANCHAROENWORAKUL, Ph.D., THITIMA CHUMPIRAT, M.S., NITTAYA SINSUKSAI, Ph.D.

**ABSTRACT**

Since cesarean section may have an effect on a mothers' ability to perform a maternal role, this experimental study was designed to examine the effectiveness of a supportive-educative nursing system on the ability of mothers who have had a cesarean section to perform the activities of daily living and fulfill a maternal role. The supportive-educative nursing system, based on Orem's self-care theory, was used as the conceptual framework. The sample comprised of 60 women, both primipara and multipara, who were scheduled to have a cesarean section at Thammasat Hospital during the period of July 2001 to March 2002. The sample was divided into 2 groups: the experimental group received supportive-educative nursing from the researcher in the 37<sup>th</sup> week of pregnancy; whereas the control group received only routine care from nursing staff. The data-collecting instruments used in this study were questionnaires on the activities of daily living and maternal role performance.

It was found that the experimental group demonstrated higher scores in daily living performance than those of the control group at 12 and 24 hours after the operation. There was no statistically significant difference in the scores of the maternal role performance between both groups. However, the experimental group showed a higher score in maternal behavior index.

The result of this study indicated that nurses should provide appropriate care to those mothers who were scheduled for cesarean section in order to promote their abilities to perform the activities of daily living and maternal behavior prior to having a cesarean section operation.

**KEY WORDS : SUPPORTIVE EDUCATIVE NURSING /ACTIVITIES OF DAILY LIVING / MATERNAL ROLE PERFORMANCE / CESAREAN SECTION MOTHER**

111 P. ISBN 974-04-2777-4

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE NURSING ON ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MATERNAL ROLE PERFORMANCE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION)

ลาวัลย์ ไบมณฑา 4237270 NSMC/M

พย.ม. ( การพยาบาลแม่และเด็ก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, Ph.D., ธิติมา จำปีรัตน์, วทม., นิตยา สีนสุกใส, Ph.D.

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้งที่เป็นครรภ์แรกและครรภ์หลัง ที่ตึกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544 ถึงเดือน มีนาคม 2545 จำนวน 60 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การทำกิจวัตรประจำวัน ในชั่วโมงที่ 12 24 และ 48 หลังการผ่าตัด และแบบวัดการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่า การทำกิจวัตรประจำวันของมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในชั่วโมงที่12และ 24 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรเป็นมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าพยาบาลควรจะให้คำแนะนำในการเตรียมมารดาที่ได้รับการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมกรเป็นมารดาในระยะต่อไป

## CONTENTS

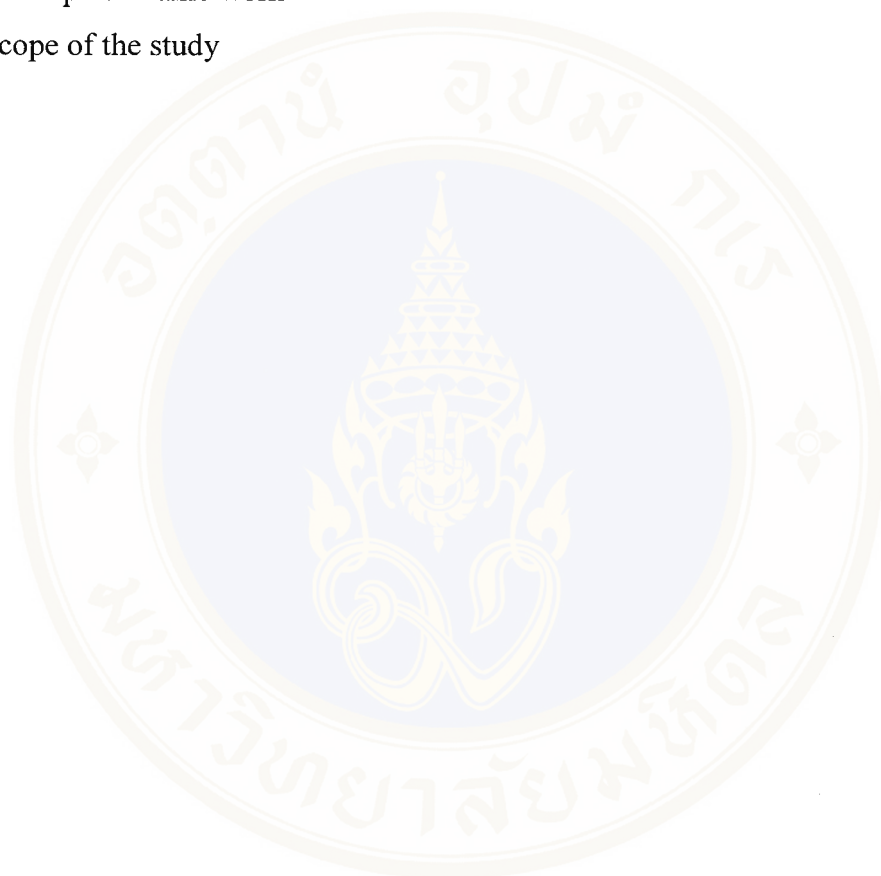
	Page
ACKNOWLEDGEMENTS	iii
ABSTRACT	iv
LIST OF TABLES	vii
LIST OF FIGURE	viii
CHAPTER	
I    INTRODUCTION	1
II   LITERATURE REVIEW	
1 Cesarean section	10
2 Effect of cesarean section on the mother	11
3 Factors related to adaptation in activities of daily living and maternal role performance	12
4 Supportive educative nursing system	16
5 Activities of daily living	28
6 Maternal role performance	29
III  MATERIALS AND METHODS	36
IV  RESULTS	51
V   DISCUSSION	59
VI  CONCLUSION	65
REFERENCES	68
APPENDIX	77
BIOGRAPPHY	111

## LIST OF TABLES

Table	Page
1. Number and percentage of demographic data in experimental and control groups	52
2. Comparison of the average age and education between experimental and control groups	54
3. Comparison Characteristics between the experimental and control groups	55
4. Comparison of the average scores activities of daily living between experimental and control groups at the 12 <sup>th</sup> , 24 <sup>th</sup> and 48 <sup>th</sup> hour after operation	57
5. Comparison of the average scores of the maternal role performance between the experimental and control groups after operation	58

## LIST OF FIGURE

Figure	Page
1. Conceptual frame work	7
2. Scope of the study	48



## CHAPTER I

### INTRODUCTION

#### **Background and Significance of the study**

Nowadays, the advanced technology helps the obstetrician to diagnose the high-risk pregnancy even sooner, therefore, the cesarean section is performed more to reduce this risk (Sherwen and Scloveno, 1991f: 70; Pilliteri, 1995: 545). The cesarean rate has increased in many countries. In the United States, the cesarean rate has increased from 6.5 percent in 1965 to 23 percent in 1985 to 25 percent in 1988 and almost 35 percent in 1995 (Sultan and Stanton, 1996: 731). In Ireland, the cesarean rate is stable at 4.1- 4.8 percent. In Thailand, Chiangmai Hospital reported a rather stabled rate at 16-18 percent from 1990-1997 which was higher than WHO's standard rate at 15 percent (Theera Thongsong and Shanen Wanapiruk, B.E., 2541: 564). Even though the cesarean is save enough for both mothers and newborn, the mothers are forced to be post-cesarean patients and parents at the same time. It is a critical period for the mothers because they have to deal with both the normal stress from delivery, and the stress from surgery (Miovech, Knapp, Borucki, Roncoli, Arnold, and Brooten, 1992: 52).

Women experiencing cesarean delivery reported feelings of anger, depression, and jealousy of other women with normal delivery. (Cox and Smith, 1982: 310) Moreover, they may be suffering from the side effects of the general anesthesia, which the mothers received during the operation. This affects the ability to hold and make early attachment to the newborn and delays the first breast-feeding (Sherwen, Scloveno and Weingarten, 1995: 627). Moreover, discomfort from the post surgical pain makes the mothers need to be taken care of before performing parenting role (Cox and Smith, 1982: 311; Cranley, Headahl and Pegg, 1983: 11 cited by Chanya Norkaew, B.E., 2536: 36), resulting in less concentration in the newborn (Flagler, 1990: 415). Thus, the mothers lose self-esteem, feel failure, and take time to adjust to the maternal role (Clark and Affonso, 1979: 770; Fawcett, 1981: 372). The more the

mothers lose self-esteem, the longer time they take to adjust to their maternal role (Cox & Smith, 1982: 310).

The process of maternal role is prominent in the first week after delivery. The first step is to recognize the maternal task ability. If the first learning and performing step succeeds, the next step will be easier and the mothers will feel satisfy with their task (Rubin 1961 cited by Flagler, 1990: 411). Mercer explained that the success of maternal role was the process of confidently satisfying, taking, and mixing the maternal behavior to other role.

Maternal role is a perpetual process starting from pregnancy to post delivery. It is comprised of three components: the mother-infant attachment; the ability and confidence of the maternal behavior; and satisfaction of the maternal role (Mercer, 1981: 74). The cesarean highly affects the maternal role and may generate the inner conflict between the duty of mother-infant attachment and nurturing roles, because the mothers think that they can not take care of their newborn as they wish. The interaction between the mothers and the newborn take an important role in the newborn's physical and emotional development, which is a critical step for further developments (Flagler, 1988; Zarh, 1991; Koniak-Griffin, 1993 cited by Supanee Soomlek, B.E., 2538: 1). The first 24<sup>th</sup> hours after the operation, the mothers still have the pain and difficulty in physical movement and control. The post-operative complications may involve the respiratory, circulatory and gastro-intestinal system. Furthermore, retaining foley's catheter may put the mothers at risk of urinary tract infection. Then, it may delay the mothers' physical recovery and lengthened the hospitalization. Within the first 24<sup>th</sup> hour to 48<sup>th</sup> hour, the mothers may need physical assisting for turning, getting out of bed, baby holding, and personal hygiene (Sherwen, Scloveno, & Weingarten, 1995: 626). The post-cesarean mothers may show extreme exhaustion and take more than 6 months to full recovery (Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990: 68-71).

As stated earlier, women with cesarean experience have to adapt to all changes so that they can fulfill their needs to care for themselves and the newborn (Malee Lertmaleewong, B.E., 2531: 171). Orem (1995: 95) stated that "self-care" is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well being. The post-cesarean mothers are limited to

partial capability, which cannot fully respond to the needs of self-care and newborn care. Nurses have managed a care system to respond to the present or future needs (Orem, 1995: 177-178).

The Supportive-Educative Nursing is a system, which helps individuals to learn what are their self-care demands and how to respond to those demands. Nurses can teach, guide, suggest, and support mothers and their families or the significant person of the mothers. With understanding, the mothers can practise properly. The Supportive -Educative Nursing can enhance the mothers' capability and confidence to care for themselves and the newborn.

The Supportive-Educative Nursing is comprised of teaching, guiding, supporting, and provision of developmental environment (Orem, 1995: 310). Approximately one week before the cesarean delivery, the nurses have to build a relationship with the mothers to have familiarity and trust. This will bring both the nurses and the mothers to cooperate in order to meet the goal they have set. After talking about self-care demand, giving information and the methods, the nurses educate and advise to reduce anxiety, fear and make positive perception of the cesarean operation, including the confidence of self-care after the operation (Pilliteri, 1995: 529). Nurses should teach and guide when the mothers pay attention to and are ready to learn. The mothers have to learn and practise the pre-post operative preparation, which helps reducing the complication, and the relaxation technique by breathing control with imagination, which help controlling pain and caring newborn, in order to get used to and gain more understanding. The mothers, who have experience in cesarean section, will be able to understand and enhance self-care and the mothers' ability (Pilliteri, 1995: 529).

The evaluation by questioning and observing could provide chances to explanation and correction in order to promote the understanding of post-operative self-care and newborn care could promote the capability to self-care even under stress and pains (Somchit Hanucharoenkul, B.E., 2536: 44).

Because the cesarean delivery delays the mother-infant attachment process, the provision of developmental environment, which provides a sooner contact, can promote the attachment process. To support the mothers to take action in newborn care can raise self-esteem and self-satisfaction to the maternal role (Laufer, 1990: 43).

The women with cesarean experience who have received the Supportive-Educative Nursing can develop their knowledge, understanding, capability, and self-confidence, to self-care and newborn care, including the capability to perform activities of daily living and the appropriate maternal role.

### **Research question**

1. How soon does the Supportive-Educative Nursing System help the cesarean mothers to perform activities of daily living after the operation?
2. How does the Supportive-Educative Nursing System help the cesarean mothers to perform maternal role in terms of 1)developing mother-infant attachment, 2)capability to perform maternal role and 3)satisfaction in performing maternal role?

### **Purposes of the study**

1. To compare the capability to perform activities of daily living between mothers who have received the Supportive-Educative Nursing System intervention and those who have not.
2. To compare the capability to perform maternal role between mothers who have received the Supportive-Educative Nursing System intervention and those who have not.

### **Theoretical Framework**

This study is based on Orem's self-care theory. Orem believed that self-care was necessary to each individuals. Self-care is activities which individuals initiate and perform by themselves for the sake of their own lives, health and well being. Self-care is deliberate action that enables the individual to survive in a variety of states of well being or health or to move from one state to another (Orem, 1995: 120). Individual risks a chance to self-care deficiency because the self-care capability can be affected by health deviation. Therefore, the nursing system is settled to meet the need of self-care at the moment or in the future (Orem, 1995: 177-178).

The theory of nursing system is critical to nursing theory. The nursing system is a helping system, which reinforces nurses to review and select valid ways to help patients. Women who have experienced cesarean section also have limited capability to self-caring. Therefore, the Supportive-Educative Nursing System helps the mothers to get to know and respond to their self-care demands. The helping methods are:

### **1. Teaching**

Teaching is giving information and fact about pregnancy, cesarean section, cause of cesarean section, preparation for pre-post operation and newborn care. It helps the pregnant women to develop positive attitude toward operation in order to reduce their anxiety and fear. As a result, the pregnant women know the delivery process, have confidence, and cooperate with nurses. Teaching also involves technique' and skills. Post-operative self-care is a technique used to enhance physical recovery after an operation and to prevent complication. Relaxation technique is a pain- relief technique used to help the mothers to perform activities of daily living earlier.

### **2. Guiding**

The advice on post-operative self-care after the delivery will assist the mothers in performing self-care activities as planned. And the advice on newborn care will reduce anxiety in the mothers on caring for the newborn.

### **3. Supporting**

The physical support in self-care activity and newborn care in combination with emotional support can reduce anxiety and unpleasant feelings, as well as increasing self-confidence. When the mothers are less anxious and become more confident, their performance of activities of daily living and maternal role, will be improved.

### **4. Provision of developmental environment**

Developmental environment by setting the proper teaching environment, will promote early mother-infant attachment and ability to perform activities of daily living.

## **Activity of daily living**

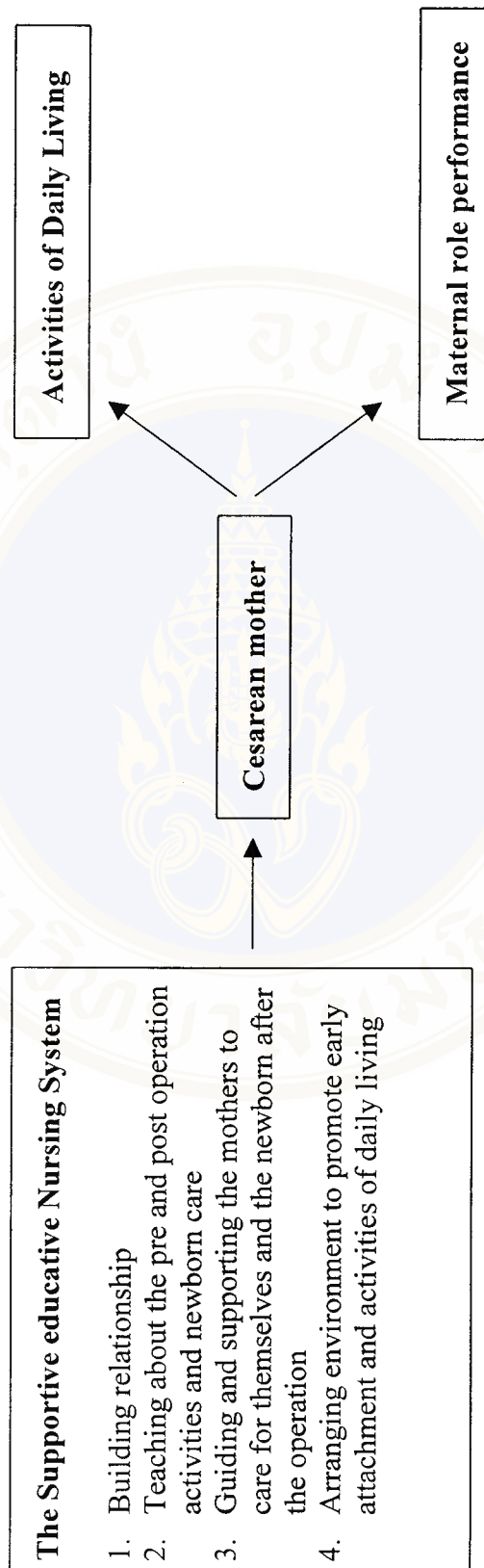
Activities of daily living are defined as the action that individuals perform everyday in order to live happily (Poaski & Warner, 1994; Kerr & Sirotnik, 1997:

160). Physical hygiene, ambulating eating, dressing, bathing, for example, are basic activities of daily living which individuals perform without purpose and deliberation (Chantawatchai, 1999: 5). Therefore, individuals who cannot fully perform these basic activities of daily living meant that they cannot fully perform other activities as well (Brown, 1988:14).

A post-cesarean mothers also cannot fully perform activities of daily living because of post-operative pain, they need help and proper environment from others in order to practise self-care in activities of daily living, which is the goal of Orem's nursing system. The cesarean mothers need to learn to perform self-care in activities of daily living more efficiently.

### **Maternal role performance**

The maternal role is a perpetual process starting from pregnancy to post delivery. It is comprised of three components: the mother-infant attachment; the ability and confidence of the maternal behavior; and satisfaction of the maternal role. The post-cesarean mothers have to take roles as patients and mothers at the same time. Discomfort from delivery, pain from the operation and side effect from anesthesia during the operation delay ability to adjust to maternal role. If the mothers can both physically and emotionally adjust to maternal role during the post operation period, they will have self-esteem, satisfaction and happiness in maternal role. The cesarean highly affects the maternal role and can generate the inner conflict between the duty of mother-infant attachment and nurturing roles. The interaction between the mothers and the newborn take an important role on the newborn's physical and mental development, which is a critical step for further developments (Flagler, 1988; Zarh, 1991; Koniak-Griffin, 1993).



## Hypothesis

1. The cesarean mothers who receive Supportive-Educative Nursing System intervention have higher scores in activities of daily living than those who do not receive supportive-educative nursing system intervention at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup> and 48<sup>th</sup> hour after the operation.
2. The cesarean mothers who receive Supportive-Educative Nursing System intervention have higher scores in performing maternal role than those who do not receive supportive-educative nursing system intervention.

## Scope of the study

The study was designed to examine the capability of the mothers to perform activities of daily living and maternal role performance after receiving the Supportive-Educative Nursing System intervention by studying 60 women who were scheduled for cesarean sections at Thammasat Hospital, Pathumthani province during the period of July, 2001 and March, 2002.

## Definition of Terms

**The Supportive-Educative Nursing System** is activity that the researcher uses to enhance the cesarean mothers' capability to perform activities of daily living and maternal role based on Orem's theory that consisted of 1) teaching 2) guiding 3) supporting and 4) provision of developmental environment

1. Teaching is an activity initiated by nurses to give information and fact about pregnancy, cesarean section, cause of cesarean section, preparation for pre-post operation, and newborn care, and providing hand book for post-cesarean mothers and newborn care.
2. Guiding is an activity that offers alternative ways to the mothers to care for themselves and their newborn.
3. Supporting is an activity to encourage the mothers' feeling and capability including emotional, informational, and tangible assistance.

4. Provision of Developmental Environment is an activity to motivate the mothers by arranging places and surrounding environment to encourage group discussion during pregnancy, and mother-infant attachment.

**Activities of daily living** refers to actions that cesarean mothers perform everyday in order to fulfill their normal lives including eating, moving, walking, dressing, taking bath, using toilet, and sleeping.

**Maternal role performance** refers to the mothers' behavior in three components:

1. Mother-infant attachment means mothers' positive feeling and action toward newborn after the cesarean section.
2. Maternal behavior means mothers' ability to care for the newborn after cesarean section.
3. Satisfaction with maternal role means feeling of the mothers toward maternal role performance.

### **Expected outcome and benefits**

In nursing practice, nurses in antenatal clinic and postpartum ward should aware of the importance and needs to promote cesarean mothers for rapid physical and emotional recovering after cesarean births, by means of promoting activities of daily living and maternal role performance.

## CHAPTER II

### LITERATURE REVIEW

This research was a study of the effect of the Supportive-Educative Nursing on activities of daily living and maternal role performance in mothers receiving caesarean section. The related literature comprising textbooks, journals, and research paper were reviewed in the following order:

1. Cesarean section
2. Effects of cesarean section on the mothers
3. Factors related to adaptation in activities of daily living and maternal role performance
4. The Supportive-Educative Nursing system
5. Activities of daily living
6. Maternal role performance

#### 1. Cesarean section

Cesarean section is a procedure where a fetus is delivered through an incision in the mothers' abdomen. For a cesarean section, the newborn must weigh more than 1,000 grams, or reach the gestation age that it will survive (approximately 28 weeks). This does not include the surgery concerning uterine rupture or ectopic pregnancy (Teera Thongsong & Chanane Wanapiruk, B.E., 2541: 564).

Indications for cesarean section are categorized into two groups as follows (Theeraporn Wuttanawanich, Theera Thongsong, & Jatuphol Srisomboon, B.E., 2541: 504).

**1.1 Elective cesarean section** is the cesarean section, which is planned or scheduled in advance. The surgery is planned during pregnancy stage or 1-2 weeks before the due date on account that the mothers will not be able to give vaginal birth. Definite indications for a cesarean section include: the newborn's head is out of

with triplet or more fetuses. Additionally, there are possible indications that depend on several factors and rely on obstetricians' decision such as mother having a cesarean section previously, abnormal presentation of the fetus such as breech presentation in first-time pregnancy or pregnancy with a history of breech presentation, hyperextended head, footling breech, mother with severe pre-eclampsia, preterm vaginal hemorrhage (Theeraporn Wuttanawanich, Theera Thongsong, & Jatuphol Srisomboon, B.E., 2541: 504).

**1.2 Emergency cesarean section** is the cesarean section which is decided during the laboring process which takes into account of mother and child safety. Indications for an emergency cesarean section include prolapsed umbilical cord, the newborn's head being out of proportion with the mother's pelvis without pre-delivery diagnosis, severe eclampsia that needs immediate termination of the pregnancy, no progression of the first and the second stage of laboring and the fetal being at risk of distress.

## **2. Effects of cesarean section on the mother**

Cesarean section is a procedure where the fetus, the placenta and the placenta membrane are delivered through an incision in abdominal and uterine wall. The newborn should weigh more than 1,000 grams or reach the gestation age that it will survive (approximately 28 weeks) (Teera Thongsong & Chanane Wanapiruk, B.E., 2541: 504). After the surgery, the mothers may feel relieved that they could safely deliver the newborn and are glad and excited about having healthy newborn (Richert, Baron, & Fawcett, 1993: 167). However, the mothers receiving cesarean section will find their delivery experience different from the mothers who have vaginal delivery in both physical and psychological aspects because they have concurrent roles as post-operative patients and mothers in an early post-operative stage (Sherwen, et al., 1995: 616). Cesarean section is a major operation of which the surgeon makes an incision in the abdominal wall and uterine muscle to deliver the newborn. The abdominal and uterine muscles are subsequently stretched, pulled, and badly damaged (Supreeya Boonyaket, B.E., 2527: 164). As a result, the tissues are severely injured, the reception of pain sensory is stimulated, increasing pain sensation. In addition, there is

approximately 500-1,000 ml. blood loss during a surgery, and the patient receives intravenous fluid for fluid replacement and provision of nutrition. The patient also has retained urinary catheter to maintain an empty bladder for effective uterine contraction. These components lead to uncomfortable feelings, limit body movement, cause anxiety and subsequently affect daily activities and maternal role performance.

### **3. Factors related to adaptation in activities of daily living and maternal role performance**

Many studies showed the effects of post delivery experience and sleep and rest on both activities of daily living and maternal role performance. However, many studies showed the effects of some factors on either activities of daily living or maternal role performance alone as followed:

#### **Post delivery experience**

The proper self-adjustment depends on individuals to clearly analyze the situation and evaluate self-ability to face the problems. Individuals, many times, need past experiences to promote self-ability to deal with the problems. (Andrew & Roy, 1991: 11). The mothers who experienced cesarean section may be suffered from general anesthesia, discomfort from surgical pain that affected the ability to care for themselves and the newborn (Sherwen, Scloveno, & Weingarten, 1995: 627). Thus, the mothers, who have already had cesarean operation, might be able to realize and understand the way to solve the problem better.

#### **Sleep and rest**

The ability to sleep and rest is a major factor that influences the women's energy level and behavioral adaptations. Women usually enter the postpartum period in a sleep-deficit state. Women who experience diminished levels of sleep or rest will be less alert and easily fatigued and will have difficulty in learning and caring for their newborns (Gorrie, Mc kinney, & Murray, 1998: 473).

#### **Pre -Operative preparation**

The patients' readiness before the operation effected the level of pain, adjustment, and recovery of the operation (Bonica, 1990: 461). The healthy patients

who have enough rest and have moderate stress will face the operation and problems after the operation better, and will consume less time in fully recovery (Oostdam & Duivenvoorden, 1983: 273-281). The pre-operative preparation helps the patients to better self-adjustment and receive less pain after the operation (Linderman, 1988: 40-44; Wallace, 1985: 363-373).

### **Age**

Age difference in pregnant women affects personal mood control because of the difference in physical and emotional development, social experience and life stability. Jones, Green, & Krauss (1980 cited by Mercer, 1981: 74) suggested a lack of readiness for the role in the younger mothers; they observed that mothers under 19 held their newborn less than older mothers and were less sensitive in responding to them. Mercer (1981: 75) found that the women in their twenties were considered the ideal physiological age. The first-time mothers in their thirties has potential for greater maternity and achievement of more roles apart from mothering. Age is an index of amount and kind of help needed from nurses or others. This result is from the association of chronological of self in one's environment; psychic habits and dispositions; the attachment of meaning to what has been perceived; as well as powers of understanding, reflection, and judgement varied by stages of development (Orem, 1991: 238-239).

### **Education**

Education is one of the social environments. The different levels in education affect persons in economical status. The highly educated person tends to have ability to think, evaluate, and reason better than lower educated persons. Education teaches how to learn and think and solve problems properly. Therefore, the higher educated mothers will try to learn by themselves better than the mothers with lower education. Russel (1974 cited by Mercer, 1981: 76) noted that more highly educated parents experienced more of a crisis in the transition to parenthood and enjoyed the parenting role less than parents with less education. Ralph, (1977 cited by Mercer, 1981: 76) found that mothers over 29 and mothers who graduated from college or who had attended graduated school had more adaptive behaviors than other mothers. Mercer (1985) found that college graduated mothers reported less satisfaction with their mothering performance than did high school graduated mothers. Education is a factor

which indicates the ability to cope with problems. Because good education helps individuals to better realize the problem-related factors, educated people can promote understanding and the use of past learning and behavior to face the current situation. (Jalowic & Poweer, 1981: 10-15). Ruth (1973: 156) stated that the less educated persons had problems with understanding the cause of a disease, curing way, and self-care. The higher-educated persons were able to recognize and understand what had to be learnt better including understand the situations surroundings.

### **Parity**

Traditionally, nurses have assumed that maternal role attainment requires particular support for primiparous women, because multiparous women have prior experience with birth and generally have already mastered much of the role content related to infant care. Multiparous in Walker, Crain, & Thompson's (1986: 353) study reported more self-confidence and positive evaluations of self-as-mother than did primiparas, although primiparas' self-confidence increased more across the first 4 to 6 weeks postpartum.

### **Family income**

The economical factor is another effect on the mothers' and the infants' health. It also affects the emotional stress because pregnancy means more expense from the pregnant time, clothes, foods, delivery expense, the newborn expense and so on. The family who has money problem will have more stress and worry on money matter when the wife gets pregnant (Jensen, 1981: 213-214).

### **Marital Status**

The live-together couple provides chances to self-adjust, family-life learning, duty sharing, family expense, and sexual life. When the woman gets pregnant, the man can have more chance to express love, attention, support than the couple who does not live together, resulting in more confidence, mood stability in the pregnant women (Moore, 1983: 218-222). The woman can develop and adjust to the pregnant status better.

### **Family Style**

The nuclear families have more freedom and can express themselves better than extend families (Susanha Yimyam, B.E., 1987: 42). However one of the nuclear family life style is that it lacks of dependent system, which can support and help the

pregnant women to develop, adjust and prepare for maternal role performance. The pregnant women, then, get stressful, lack of supporting sources, and have to emotional support.

### **Pregnancy plan**

The pregnant women with plan tend to prepare both physically and emotionally to be mothers. They will be proud in their newborn growth and development. The movement of the newborn gives confidence and pregnant awareness to the mothers. Leifer (1977 cited by Kemp, Sibley, & Pond, 1990: 65) has theorized that early maternal interactions with the fetus during pregnancy contribute to maternal adaptation during the postpartum periods. The mothers are urged to learn about physical changes and maternal role adaptation. Susanha Yimyam (B.E., 2530) 's study about the relationship between sex role identity and adaptation to motherhood in normal primiparous women found that the primiparous women who had planning for pregnancy had better adaptation toward maternal role than the primiparous women with no plan.

### **Newborn care experience**

The lack of newborn care experience increases the worry and uncertainty in the mothers. The mothers are not sure in their own maternal role and cannot predict the need of their newborn. This can increase the fear that they cannot respond to their newborn's need properly or they can harm their newborn. On the other hand, if the mothers can respond to their newborn properly, they will feel successful and satisfied in their role (Sherwen, 1987: 36). Previous experience with newborn may also affect family adjustment. As expected, multiparas are more comfortable with newborn and can exhibit attachment behaviors earlier than do primiparas, who may spend many more hours in the early discovery phase of attachment (Gorrie, Mc Kinney & Murray, 1998: 473).

### **The infant behavior**

The infant can have an influence on maternal role adaptation. The infant's behavior such as personality interaction including health can affect the satisfaction in the roles both newborn care and maternal role performance (Belsky & Rovine, 1984: 455-462). The demanding infant can affect the mothers' ability to adjust to their maternal role.

#### **4. Supportive-Educative Nursing system**

The Supportive-Educative Nursing is a nursing system designed by Orem, aiming to promote self-care ability of an individual who has no limitation in thinking and making a decision. The system also enhances the development of capability in people who deliver care to dependent individuals by improving their knowledge and skill in responding to general basic requirements, caring on the basis of developmental process and managing health problems. Mothers receiving cesarean section are physically and psychologically affected by the operation and are able to partly care for the newborn; hence they should be prepared in order to develop abilities in responding to basic self-requirements as well as the newborn's requirements. The preparation involves information and advice on pre and post operative self-care, the relaxation technique by breathing control and imagination for pain relief, and newborn care, in addition to advice and support for mothers to practice the skills accordingly. The assistance in newborn care, the promotion of mother-infant attachment soon after the delivery improve the mothers' knowledge and understanding as well as reducing anxiety. As a result, the mothers will be able to appropriately self-care in the pre and post operative stages, feel comfortable, be aware of their capability to control body function, and be confident in caring for the newborn; eventually, the mothers will be able to effectively perform maternal role, as well as daily and self-care activities.

The process for developing capability of mothers receiving cesarean section consists of the following activities:

##### **4.1 Teaching**

In addition to building interpersonal relationship, teaching useful knowledge in order to reduce anxiety and enhance proper perception will help a patient to have realistic anticipation about the following situation, leading to increased capability in confronting problems and more confidence in controlling situation (Potter & Perry, 1995: 1095). Many patients need pre-operative preparation as patients' negative attitude towards a surgery is mainly due to receiving inadequate and incorrect information about the surgery and they subsequently become anxiety because of unknown information (Laframboise, 1989: 159). Nurses, as medical staff closest to a patient, should play a role in helping patients to develop positive attitude towards an operation with an awareness of patients' anxiety and fear (Allen, 1981: 850 cited by

Kanchanee Pattiya, B.E., 2530: 26; Pilliteri, 1999: 528). The nurses should provide opportunities for the mothers to express their feeling of fear or anxiety, as well as giving moral support and raising the mothers' confidence. The teaching involves an explanation of essential information that the mothers need to understand about the operation: self-care, intravenous fluid, nursing care, administration of anesthesia, post-operative condition, and post-operative self-care (Fawcett, 1981: 372-376). Education may be provided in a question-answer conversation so that the mothers' perception of the operation can be evaluated and experience and opinion can be exchanged. When there is a problem, the nurses and the mothers will work together to find solutions and appropriate approaches for solving the problems. In a lesson, an instruction media such as a flip chart may be utilized since pictures and illustrations can clearly demonstrate the positions and steps of movements, leading to clarification of the lesson content (Arnold & Burke, 1983; Arnold, et al., 1983 cited by Pensirinapa, 1995: 39). The teaching should also involve the techniques and skills practices, including a provision of handbook for revision at home which will help the mothers to better understand the content and process of the lesson because revision and repetition with instruction media such as a handbook or a brochure can stimulate further learning (Clayton, 1963: 43 cited by Nicha Wongwai, B.E., 2541: 14). As a result, the mothers understand the delivery process and feel reassured; they will prepare for the ensuing event and cooperate in nursing care; in addition, the reduction of fear and anxiety from unknown information and inappropriate anticipation will help the mothers to feel that the situation is under control (Edgar & Smith-Hanrahan, 1992: 178). They will be aware of self-worth and positively perceives the delivery experience without thinking that cesarean section is a barrier to maternal role performance.

Pre-operative education involves the following topics:

- 4.1.1 Post-operative self-care
- 4.1.2 Relaxation technique by breathing control and imagination
- 4.1.3 Newborn care

#### 4.1.1 Post-operative self-care

Bed exercise after a surgery is a technique for physical recovery of post-operative patients. An objective of post-operative bed exercise is preparing the body to be ready for getting out of bed and performing usual activities. After an operation, the operative wound makes the patient suffers to pain, fear, and anxiety; and the sufferings may be so much that the patient is afraid to move, Consequently, the wound healing is affected as well as the full recovery. The hospitalization may be extended, resulting in higher expenditures and costs in every aspect. Similarly, mothers receiving cesarean section will feel uncomfortable, in pain, and anxious due to the operative wound. If the mothers are so afraid of the pain that they do not sufficiently move, the full recovery will be affected, as well as the ability to perform activities of daily living and maternal role. Thus, before the recovery period the mothers need to be educated about self-care activities for the prevention of post-operative complications. The post-operative activity that the mothers can perform is bed exercise, which generates physical readiness for further activities and prevents complications. The nurses should explain rationale and benefits of bed exercise demonstrate the exercise and have the mothers' practice after the lesson. Bed exercise should be performed as soon as the mothers are fully awake after the operation and should be repeatedly conducted every 1-2 hours (Kanokporn Sukamwong & Suparat wangsrikoon, B.E., 2539: 47; Potter & Perry, 1995: 1092).

Bed exercise involves the following activities:

- Deep breathing
- Effective cough
- Leg exercise
- Turning

##### Deep breathing

Post-operative patients have different breathing patterns from when they are in usual condition. The patients will have shallow breathing resulting from the effect of general anaesthesia, narcotic analgesia, or pain from the operative wound. The shallow breathing results in incomplete expansion of alveolar, reduction of gas exchange, and collection of respiratory secretion or any other residual substance in the rest of the alveolar area. These factors lead to respiratory complications such as atelectasis, or

hypostatic pneumonia. Deep inspiration enhances alveolar expansion, resulting in improved gas exchange between alveolar and blood vessels whereas deep expiration improves the elimination of carbon dioxide from the body. Moreover, deep breathing also has positive effect on wound healing as the breathing generates expansion of chest muscle, abdominal muscles, and intercostal muscles; in addition, the diaphragm is pulled down to expand the chest cavity, resulting in the compression on large vessels around that area, and blood circulation to the heart is subsequently increased. Finally, oxygenated blood supply from the heart increases (Kanokporn Sukamwang & Suparat Wangsrikoon, B.E., 2539: 47).

Procedure: The mother lies on her back with both knees raised and every part of the body relaxed. Both hands are placed on top of the operative wound, which is covered with a pillow, or a clean sheet folded into quadrangle shape wider than the wound to reduce the vibration and the pain resulting from deep breathing. The mother then conducts the exercise as follows:

- inhale deeply through the nostrils whilst counting 1-2-3-4-5, observing that the hands were moving up;
- exhale through the mouth whilst counting 1-2-3-4-5, observing that the hands are moving down.

This exercise should be conducted three times hourly.

#### Effective cough

Post-operative patients, specifically those receiving general anesthesia, should be educated about effective cough for the prevention of pulmonary complications such as atelectasis, and hypostatic pneumonia which result from the retention of pulmonary secretion and pulmonary obstruction.

Procedure: The mother lies on her back with both knees raised and follows the steps below:

- inhale deeply through the nostrils 4 times,
- fully inhale and hold the breath for 3 seconds (count 1-2-3),
- cough from the deep part of the throat,
- conduct this procedure twice.

### Leg exercise

The exercise of both legs stimulates blood circulation in the lower part of the body, reduces venous blood retention in the legs, and prevents deep vein thrombosis. Additionally, the exercise improves the strength of leg muscles, preparing the patient's muscular capacity for walking after the operation.

Procedure:

1. The mother lies on her back with a pillow placed under both knees and both hands resting on each side and exercise as follows:

- inhale deeply via the nostrils whilst pulling both ankles up;
- exhale via the nostrils whilst pushing both ankles down.

This procedure is repeatedly performed for 10 times.

2. The mother lies on her back with a pillow placed under both knees, both hands are placed on each side. Then, both ankles are rotated inward for 10 times.

3. The mother lies on her back with the head raised high and supported by 2-3 pillows placed under the head, shoulders, and back or a nurse may adjust the head of the bed in a raised position. Both hands are placed on each side. The exercise is conducted as followed:

- stretch the left leg whilst bending the right leg;
- stretch the right leg and pull it back to the bending position again.

The exercise is repeated for 10 times, then exercise the left leg with the same procedure for 10 times. Finally, the mother should exercise both legs at the same time with the same procedure, repeating the exercise for 10 times.

### Turning

Post-operative patients should turn or change position at least every 2 hours to stimulate blood circulation, prevent vein thrombosis, increase the removal of pulmonary secretion, prevent pressure sores, stimulate bowel movement for the prevention of abdominal discomfort and flatulence, and for the patients' comfort. The patients may be able to turn on their own or may need help from nursing staff.

Procedure: The mother should practice turning as followed:

1. lie on her back, close to the right side of the bed,
2. support the operative wound with the left hand,
3. stretch the left leg whilst bending the right leg over the left,

4. grip the bed-side rail with the right hand and turn to the left side.

The mother should turn every 2 hours.

#### 4.1.2 Relaxation technique by breathing control and imagination

Relaxation techniques are specific approach that interferes the circle of pain and anxiety and reduce muscular strain, resulting in the reduction of pain sensation and tiredness. As a result, a patient's stress is relieved and the patient can fully rest. Relaxation techniques are psychotherapy based on the principle of modifying the sensory reception and emotional stimulation to the brain that affects pain control at the spinal level. A cesarean section causes injuries in body tissues and stimulates neuroreceptors, generating neurotransmission of pain sensation to the spinal nerve and the brain receives the signal of pain sensation, eventually. The body, then, responds to the pain from the injured tissues, spinal cord, to the brain (Suporn palayanan, B.E., 2527 cited by Veeravan Chantrapat, B.E., 2533: 20). Relaxation techniques can reduce pain in two ways: reduction of the pain sensation and control of response to the pain (Watt-Watson & Donovan, 1992: 177). Simple relaxation techniques are discussed below.

##### Breathing control

The breathing control technique applied for this study is the abdominal and diaphragmatic breathing, a simple technique that can be used alone or in combination with other relaxation techniques for relieving pain. In breath control, a person should slowly and deeply inhale until the inspired air reaches the lowest part of the lungs and the diaphragm is extended and pushes the abdominal wall. With this breathing technique, therefore, the abdomen bulges during the inspiration period and flattens during the exhalation period (Sombat Tapanya, B.E., 2526 cited by Rungthip Jamornman, B.E., 2532: 29; Davis, Robbins, & Mckay, 1995: 26). The breathing should be slow and regular; as a result, the patient is distracted from the pain and concentrates on the process of breathing. This breathing pattern reduces body metabolism and the function of sympathetic nervous system; therefore, blood pressure, heart rate, and respiratory rate do not increase as well as muscle strain, resulting in a reduction of pain. The breathing also improves pulmonary function and reduces risks of pulmonary complications.

## Imagination

Having pleasant imagination can distract patients from their sufferings or pains (Mc Caffery, 1979: 159). The application of imagination to an illness condition enhances relaxation as well as reduces pains and anxiety by reducing of emotional stimulation and unpleasant feeling. As a result, the functioning of involuntary systems such as digestion, heart beat, and vasoconstriction will be improved. To have an imagination, a nurse may suggest a patient to think of a favorite object or a place that is comfortable and refreshing. The connection between pain management and imagination may be due to a physical response to relaxation and well-being sensation from pleasant imagination. Patients who utilize imagination to control their pain will be aware of their self-control. The relaxation technique by breathing control in combination with imagination will reduce muscle strain, anxiety and pain (Watt-Watson & Donovan, 1992: 177).

### 4.1.3 Newborn care

Referring to Jensen, Benson, and Bobak, the mothers always think of their newborn as part of themselves that is dependent and needs caring for (Jensen ,Benson, & Bobak, 1981: 700-1). This opinion is in agreement with Orem (Orem, 1995: 104) who wrote that the mothers could independently take care of themselves whereas the newborn need care from other people. The mothers measure their capability in caring for the newborn by evaluating their competence in responding to the newborn's requirements, which could be assessed from its reaction. If the newborn cried or rejected the mothers' care, they would think of themselves as incompetent mothers. The development of mothers' confidence in caring for the newborn, therefore, can improve their capability of newborn care. The mothers' perception of their capability will increase when they have more experience in maternal role performance (Mercer, 1985: 198-20). Experience is also an essential factor for an appropriate newborn care (Mercer, 1981: 343). The newborn care activities and response to the newborn's basic needs regarding growth and development involves feeding, cleansing, excretion, and sleeping. (Martin & Reeder, 1991: 551)

### Feeding

The best food for a newborn baby is the mother's breast-milk, which is highly beneficial to newborn growth and development. Breast-milk contains all essential nutrients, provides body immune, is easily digested, does not cause any allergic reaction, is clean and economic (Martin & Reeder, 1991: 562). The feeding time should follow the baby's requirement, which is different in each newborn. After the feeding, mother should pad the newborn's back gently to stimulate burping in order to prevent flatulence.

### Cleansing

Martin and Reeder suggested that the newborn should have a bath everyday, and twice a day in summer. The appropriate time for newborn bathing is around 10 a.m. or in the afternoon before feeding, but not too close to the feeding time. All the bathing equipments should be prepared and placed near the bathing tub. The bathing area is suggested to have enough space, and light for clear vision, and not to be breezy. The mothers can test the temperature of water with the back of their hand or their elbows. The cleansing should start from the cleanest part of the body: cleansing the eyes, the face, and washing the hair, followed by the arms, legs and body. The genital area and the anus are washed last. After the bath, the mother should clean the umbilical cord with a cotton bud and 70- percent alcohol every time until the umbilical cord is dry and loosen. The talcum powder and soap are specifically made for infants, free of perfume or any added scent because the newborn skin was so delicate that it can easily irritate. The talcum powder or any kind of powder is not apply to the umbilical cord or any body joints because it can collect dampness which can cause rashness and skin infection (Martin & Reeder, 1991: 545-7).

### Excretion

A newborn frequently urinates and defecates; hence the mothers should regularly observe the excretion and change the diaper every time after an excretion. The newborn skin should be cleansed with clean water and thoroughly dried. The mothers should gently and firmly deliver care to the newborn, especially learn how to hold the newborn in correct positions.

### Sleeping

In the first few days after birth, a newborn sleeps nearly all the time and is awake only when it is hungry, urinating, or defecating. When the newborn grows up, the sleeping time becomes less. In the first month, the newborn sleeps approximately 12-16 hours a day (Olds, London, & Ladewig, 1984: 724). The mothers should lay the newborn down on one side in order to help eliminating waste product retention from the body. The consumed milk will flow to the stomach when the newborn is lying on the right side. In addition, the position prevents milk to reflux (Martin & Reeder, 1991: 551).

### 4.2 Guiding

Guiding is an appropriate education technique for a patient or a client who is able to make a decision with suggestion and supervision from nurses as well as a continuous interaction between the nurse and the patient.

### 4.3 Supporting

A supporting activity is a valid way of assistance when a patient is forced with something unpleasant or painful. The patient must be capable of controlling and directing the action in the situation once psychological or physical support has been received.

The guiding approach is always used in combination with supporting (Orem, 1995: 16; Somchit Hanuchareonkul, B.E., 2536: 44), which is a technique to enhance a patient or a client's attempt in performing self-care activities despite stress, pain, or sufferings from the an illness or a distress condition. As a result, the patient will learn to live without any or with the least barrier to self-development.

After having developed a mutual trust with nurses during the pregnancy stage and having been encouraged to participate in planning post-cesarean self-care, the mothers will be aware of their self-worth. The advice on post-operative self-care after the delivery will assist the mothers in performing self-care activities as planned. The physical and emotional support will also increase the mothers' spirit and motivation in beginning self-care activities (Orem, 1995: 16). The physical support in self-care activities performance, relaxation technique by breathing control and imagination, and

newborn care in combination with moral support can reduce anxiety and unpleasant feelings, as well as increasing self-confidence (Kannika Suwannakotr, B.E., 2527 cited by Veeravan Chantrapat, B.E., 2533: 31). When the mothers are less anxious and becomes more confident, their performance of various activities, including maternal role, will improve.

Therefore, Cox and Smith suggested the following guidelines for providing care to mothers receiving cesarean section in order to promote their awareness of self-worth (Cox & Smith, 1982: 313-314).

Pregnancy stage. Nurses should prepare the mothers for a cesarean section as follows:

- To assess the mothers' expectation of the delivery experience and support from their husbands, as well as the mothers' reaction to the scheduled cesarean section;
- To listen to the loss of control feeling and encourage the mothers to express their feeling;
- To provide truthful information about possibilities and necessities concerning cesarean section in order to help the mothers to modify their expectation and be aware of other options related to the operation; the mothers should be encouraged to obtain more knowledge about cesarean section from written materials;
- To explain the choices of anesthesia, both local and general anesthesia; the mother should be encouraged to remain fully conscious so that they can see the newborn promptly after birth as an initiation of post-delivery mother-infant attachment;
- To support the hospital policy of father participation in the process of delivery with cesarean section;
- To use positive expression, underlining cesarean section as a delivery procedure rather than an operation.

Pre-operation stage Nurses should provide care as follows:

- To explain the necessity of cesarean section to the mothers and their families;
- To allow the patient's husband and the family to participate in making a decision, even in small details; the mothers will feel independent from being able to make a decision;

- To support and encourage the mothers to use relaxation technique by breathing control for relieving pain or other feeling of discomfort.

- To support and encourage the patient's husband and family to fully participate in cesarean section.

Post-delivery stage Nurses should provide care as follows:

- To allow the mothers, their husbands and their families to be close to the newborn after birth as soon as possible; if the mothers receive sedative medication and are not fully conscious, their husbands should bring the newborn to see them very soon;

- To encourage the mothers to talk about their feeling of cesarean section as they would like to; nurses in post-partum wards should be good listeners and should assure the mothers that the cesarean section does not reflect failure of preparation during the pregnancy stage;

- To set up a group of cesarean section mothers and support them with education as well as allowing them to exchange experiences and feelings about cesarean section;

- To promote and support the rooming-in policy and especially encourage mothers to breast-feed the newborn by assuring the benefits of breast-milk and assisting in newborn care.

#### **4.4 Provision of developmental environment**

The provision of developmental environment helps an individual to develop self-care ability (Somchit Hanucharoenkul, B.E., 2536: 47). The improvement of self-care ability in mothers receiving cesarean section is essential. Mothers receiving cesarean section generally perceive the delivery procedure as a stressful and threatening situation; moreover, the mothers may feel vague or confused about the time, place, people, and events concerning the operation in the first stage of recovery in addition to the feeling of discomfort from the operative wound. These conditions cause difficulties in adjusting to normal condition, leading to more problems in performing maternal role (Tilden & Lipson, 1980: 598). Thus, the development of mother-infant attachment may be delayed. The newborn, therefore, should be arranged to stay close to the mothers very soon after birth to promote mother-infant relationship and to enhance the mothers' confidence in caring for the newborn. If the mothers do not

receive good assisting system and receiving no support in both physical and psychological aspects, their maternal role performance will be affected. The encouragement and support from other people are essential factors that make the mothers feel that they and the newborn are important; consequently, they will be confident in their maternal capability. The support may come from the husbands, friends, or parents; and it is so essential that the mother-infant attachment may not be developed if the mothers do not receive support and encouragement from anybody.

The Supportive-Educative Nursing is a system designed by Orem, aiming to enhance self-care ability of individuals who have no limitation in thinking and making decision. The system also develops capability of people who deliver care to dependent individuals in aspect of knowledge and skill of responding to basic requirements with regard to developmental process and health problems. Riesch applied the Supportive-Educative Nursing System to an obstetric ward in a study of changes in self-care ability of pregnant women and their intimates with a total number of 78 subjects. The nursing outcomes were evaluated from the subjects' self-care ability before and after the implication of the Supportive-Educative Nursing System; and the results showed significantly higher score after the implication of the system (Riesch, 1998: 257-273).

Williams, et al. (Williams, et al., 1988: 191-206) studied the effect of the Supportive-Educative Nursing System in 60 patients receiving breast and uterine operation and found that patients in the experimental group performed self-care activities more than those in the control group at a significant level, either immediately after the operation or in one month after the surgery.

There are a number of studies on the Supportive-Educative Nursing System in Thailand. Charassri Teerakulchai (B.E., 2543: 44), for example, studied the effects of supportive-educative nursing system in 180 pregnant women who were at risk of having eclampsia and found that the experimental group achieved significantly higher score of self-care ability, compared with the control group. Nongnuch Vithayachokitikun (B.E., 2536: 66) studied effects of the Supportive-Educative Nursing System on the practice and satisfaction of breast-feeding and the mother-child bonding in 73 first-time mothers; the results showed significantly higher score of breast-feeding practice in the experimental group, compared with the control group in the third and the sixth week after delivery. For the satisfaction and the mother-child

bonding, the results showed no difference between the two groups. In another study, Suwana Tadapipat (B.E., 2538: 50) examined the effects of the Supportive-Educative Nursing System on self-care abilities and pregnancy outcomes in 74 adolescent mothers and found that the experimental group achieved significantly higher average score of self-care abilities, compared with the control group. Tadsuang Pounyathalung (B.E., 2541: 62) studied the effects of the Supportive-Educative Nursing System on self-care and baby care abilities and the satisfaction with nursing service in 80 post-delivery first-time mothers. The results showed significantly higher score of self-care and baby care abilities and the satisfaction score in the experimental group compared with the group receiving routine nursing care.

## **5. Activities of daily living**

Activities of daily living are activities that people usually perform in daily life in order to respond to their basic requirements. The activities involve walking, moving, eating, getting dress, having a shower, and having excretion. (Kerr & Sirotnik, 1997: 160). The performance of activities of daily living supports and maintains an individual's awareness of self-worth (Sundberg, 1989: 825). The situation that causes an individual's needs for assistance in performing activities of daily living may be an acute or chronic disorder or the period of recovery from a condition affecting abilities to perform activities of daily living and leading to a reduction of other activities performance (Brown, 1988: 14). Within the first hour after the delivery, the vaginal delivery mothers need rest and restoration. The need of help in main activities such as excretion, nutrition, and ambulation are also included. From the forth hour after the delivery, the mothers can perform activities of daily living and receive partial help. And the mothers can fully perform independent self-care at the 24 hour after delivery (Reeder & Martin, 1997: 655-676). The cesarean mothers can partly perform activities of daily living at the 24 hour after the operation and can fully perform independent self-care at the 72 hour after the operation (May, 1992: 821). Because the mothers who receiving cesarean section will have wound pain in the first few days after the operation; the pain, then, affects their performance of activities of daily living including cleaning, moving, getting dress, brushing teeth, or getting up for a walk. In addition, this stage is the taking-in stage and the mothers still feel tired and suffered

from pain; hence, the feeling of losing self-control, leading to decreased perception of self-worth. Moreover, ability in performing activities of daily living reflects the requirement to rely on other people. Provision of developmental environment and utilization of resources to support the care are important objectives of Orem's nursing system, which aims to promote patients' potentiality in self-care and self-reliance for their healthy condition and well being.

## **6. Maternal role performance**

Ludington-Hoe stated that post-delivery is an essential stage for the mothers. They will experience not only physical changes but also the role changes, taking maternal role. The maternal role involves emotion and self-care practice as well as newborn care. The role consists of attitude, belief, responsibility, and relationship concerning the newborn. Being a mother involves duty, commitment, love, passion, and dependence. The mothers always have special feeling that the newborn are part of their lives and are always happy to embrace or touch the newborn. Therefore, they are always ready to provide the newborn with love, warmth, devotion, and protection.

Maternal role is a secondary role of being responsible for nurturing the newborn. After giving birth, women have to change their status from a wife to have an additional role as a mother. The modification to maternal role is an important stage which the women need to adapt themselves for an adoption of the new role. It is an essential criterion of maturity with the responsibility of grown-up female (Hurlock, 1980: 31). The maternal role is not only developed from intuitive feminine, the mothers also need to have adequate and correct knowledge to perform the role appropriately. Therefore, the change to maternal role is important in women lives, and it is a permanent role (Rossi 1986: 26 cited by Pornthip Wongvisetsirikul, B.E., 2539: 33). Being a mother is a life development by making a progress as an adult. The mothers may also have some internal changes such as emotion, or ideas. Maternal role performance involves interaction with the child and reciprocal relationship. The mothers' responses are mediated by their ego which is modified in a situational context, past and present experience, and their social value. Therefore, the mothers' response reflects their perception and experience of their role performance, their perception of the baby, and their recognition of other's people perception to their

maternal role performance (Supanee Soomlek, B.E., 2538: 35). Rubin studied the behavior of postpartum women as they took on the maternal role and concluded the findings into three phases. The 1<sup>st</sup> phase, Taking in, was a period of dependent behavior. The 2<sup>nd</sup> phases, Taking hold, was a movement between dependent and independent behavior. And the last phase, Letting go, was the moving to independence in a new role (Rubin cited by May, 1994: 792).

The vaginal delivery mothers are in the Taking in phase in their first 24 hour after delivery (May, 1994: 795). The mothers in the Taking in phase pay attention to their own needs. After 24 hours, entering the Taking hold phase, the mothers pay more attention to the newborn because they regain control of their bodies and becomes more able to accept responsibility for the care of their newborns. Comparing to the vaginal delivery mothers, the cesarean mothers take longer time in recovery because of the effect from general anesthesia, discomfort from surgical pain. The Taking in phase can take up to 48-72 hours after the operation before entering the Taking hold phase.

There are a number of literatures discussing maternal role in post-partum stage. According to Reeder (Reeder, Martin, & Konniak-Griffin, 1983: 619), the mothers' post-partum behavior should include having relationship with the newborn, developing skills in caring for the newborn, responding to the newborn's emotion and promoting the newborn's development. It is a mother's task to develop relationship with the newborn and introduce it as one of the family members.

Ziegel & Cranley (Ziegel & Cranley, 1984: 467) stated that, the post-partum maternal role performance was associated with the adjustment, ideas, and acceptance of reality concerning the newborn. No matter how the newborn is thought of previously, the mother should remain mentally strong, learn newborn care skills, and adjust to various roles as well as maintaining family relationship whilst there is a new member, the newborn, joining the family.

Bobak & Jensen (Bobak & Jensen, 1985: 145) stated that post-partum maternal role performance should demonstrate attachment with the newborn: protecting and nurturing expressing via an intention and desire to deliver care to the newborn, for example feeding, dressing, or cleaning.

Referring to Mercer (Mercer, 1985: 198), maternal performance involves having interaction with the newborn and appropriately responding to the newborn's needs according to its condition, such as hungry, or crying.

In conclusion, post-partum maternal role performance involves mother's physical and mental behavior in developing a relationship with her newborn, caring for the newborn, understanding the newborn's needs from its behavior, and being able to appropriately respond to the newborn's needs. Hence, newborn care in the post-delivery stage is emphasized on skills and activities concerning support and care of mental, physical, and social development of the newborn (Rubin, 1975: 143-153 cited by Vajamai Sukwanawat, B.E., 2541: 17).

According to Rubin (Rubin, 1967), maternal role performance is a perpetual process starting from pregnancy to post-delivery. The process is developed from learning during the pregnancy stage. The mothers will have maternal role achievement or maternal role attainment once they are happy with maternal identity, which is comprised of the following behaviors (Koniak-Griffin, 1993: 257; Mercer, 1981: 73).

- Mimicry is the first behavior that the mothers will use for an adjustment to the maternal role. The mothers may imitate behavior that they remember from their mothers, pregnant women or other post-delivery mothers.

- Role play is a practice of baby-caring role.

- Fantasy is the development of knowledge and understanding in maternal role. The mothers may have an imagination of their role performance in the future, imagining their behavior and action as mothers to their babies.

- Introjection-projection- rejection is a process when mothers search for and imitate a model appropriate for them or reject an inappropriate model and continue searching for a new one.

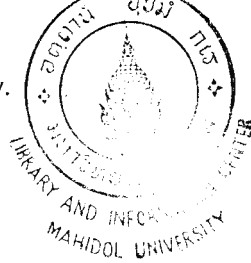
- Grief work is due to the feeling of losing the previous role and lifestyle. This feeling, however, does not affect the acceptance of maternal role.

- Role identity is expressed after the mothers find a satisfying and appropriate role pattern for themselves. They subsequently perform the role based on this identity pattern.

Mercer (Mercer, 1981: 79) studied and developed Rubin's role theory in combination with Thornton and Nardi's concept of the dynamic of role acquisition

(Thornton & Nardi, 1975) to explain maternal role performance. Referring to Mercer, the maternal role performance comprises 4 steps including: 1) anticipatory, the beginning step in pregnancy stage where the mother learn and practice the maternal role; 2) formal, the step taken soon after the delivery when the mothers perform maternal role based on advice and expectation of other people; 3) informal, the step when the mothers develop their performance based on a decision that the role is appropriate to them without relying on other people's suggestion; 4) personal, a step that maternal role performance becomes part of the mothers as they feel confident and harmonious with the role and can finally express maternal identity (Mercer, 1990 cited by Bee, et al., 1994: 396; Koniak-Griffin, 1994: 257; Mercer, 1981: 74). The appropriate and effective maternal role performance can be evaluated from the mothers' feeling towards their performance and behavior. Referring to Mercer, maternal role performance is comprised of the following 3 components (Koniak-Griffin, 1993: 258; Sherwen, Scloveno, & Weingarten, 1995: 646):

**6.1 Mother-infant attachment.** The attachment is the mothers' expression of acceptance, love, commitment and care towards the newborn. According to Klaus and Kennell (Klaus & Kennell, 1982: 72-82), the mothers can develop bonding with their newborn from the first day of the newborn's life, focusing on promptly after birth until an hour later which is the mothers' most sensitive period and is, therefore, an essential time to develop mother-infant bonding. The mothers demonstrate attachment with the newborn by exploring the body, touching, talking with the newborn and having eye to eye contact. Cranley (Cranley, 1981: 281) stated that mother-infant attachment is the mothers' attitude towards the newborn including an acceptance of the newborn and themselves as individuals, having interaction with the newborn; for example, touching, embracing, talking and having eye-to-eye contact. The mothers should also perceive the newborn's characteristics and appearance. Moreover, they should express interests in the newborn, sacrifice themselves for the newborn's benefits, perform maternal activities and prepare newborn utilities and housing. The mothers should express the feeling and perform action of love, care and commitment to the newborn with acceptance and nurture, hug and embrace, provision of love and warmth, close contact, playing and talking to the newborn, and always devotes their time to the newborn.



**6.2 Ability and confidence in maternal role performance.** The mothers should utilize newborn care skill in performing maternal role. The skills for maternal role performance consist of motor skills and cognitive skills. Motor skills are required in performing caring activities involving feeding, excretion, general hygiene and skin care as well as newborn play and health care (Simon and Gottlieb, 1987: 20-34). Cognitive skills are abilities in interpretation of newborn's behavior. Moreover, the mothers should perceive their capability in performing newborn care activities and should be confident in performing newborn care in the following aspects (Mercer, 1994: 38, Walker, 1986: 69; Zarh, 1991: 279):

6.2.1 Feeding. The best diet for infants is the mothers' breast milk, which is highly beneficial. Besides, breastfeeding could relate the babies with the mothers, promoting mother-infant attachment (Klaus & Kennell, 1982: 72-87). Newborn feeding may be on schedule, or may follow the newborn's needs, which is different in each newborn. After feeding, the mothers should stimulate burping by gently stroke the newborn's back to prevent flatulence. Then, the newborn should be laid down on its right side so that the milk can better flow into the intestine, leading to better digestion, prevention of milk reflux and no retention of residual air in the stomach.

6.2.2 Excretion. A newborn baby frequently defecates and urinates. The mothers should change the diaper after an excretion every time. The newborn's bottom should be cleansed with clean water and thoroughly dried and should not be left with the excretion as the newborn's skin may be inflamed, red and sore or have a laceration. The mothers should also observe abnormal excretion.

6.2.3 Caring for the newborn's comfort, including:

- Sleep. The mothers should prepare place and environment which is appropriate for newborn sleeping. The place should be specifically prepared for the purpose, clean and has no disturbance. The newborn should lie on one side in order to let residual fluid flow out easily.

- Clothes. newborn clothes should be made of soft and light fabric, easy to laundry. The mothers should take care that the newborn is dressed with the clothes appropriate to the weather and should not dress the newborn with damp clothes.

- Responsiveness to the newborn's needs. The newborn's basic needs include physical needs such as feeding, sleeping, housing, excretion, movement, and psychological needs. The newborn always have sucking need, which is a satisfying activity for them and can reduce their stress and anxiety. Infants also need intellectual and social stimulation. Most newborn express their need by crying as it is the only way to communicate. The crying is generally caused by hunger, scare, pain, and need of skin contact or hug. The mothers, therefore, should learn about the newborn's needs and should be able to interpret the newborn's behavior and respond accordingly.

6.2.4 Skin care. The mothers should take care of the body cleansing to prevent any abnormality and irritation on the newborn's skin. The newborn should be bathed or cleansed the skin at least twice a day before feeding. However, the skin condition, temperature, weather and environment should be taken into consideration (Ampai Chanagorg, B.E., 2538: 94). The mothers should also observe any abnormality on the newborn's skin such as rash or skin inflammation.

6.2.5 Healthcare. The newborn should stay in well-ventilated area and receive vaccination according to the appointment in order to remain healthy and be safe from an illness. The mothers should also observe any abnormal signs and symptoms.

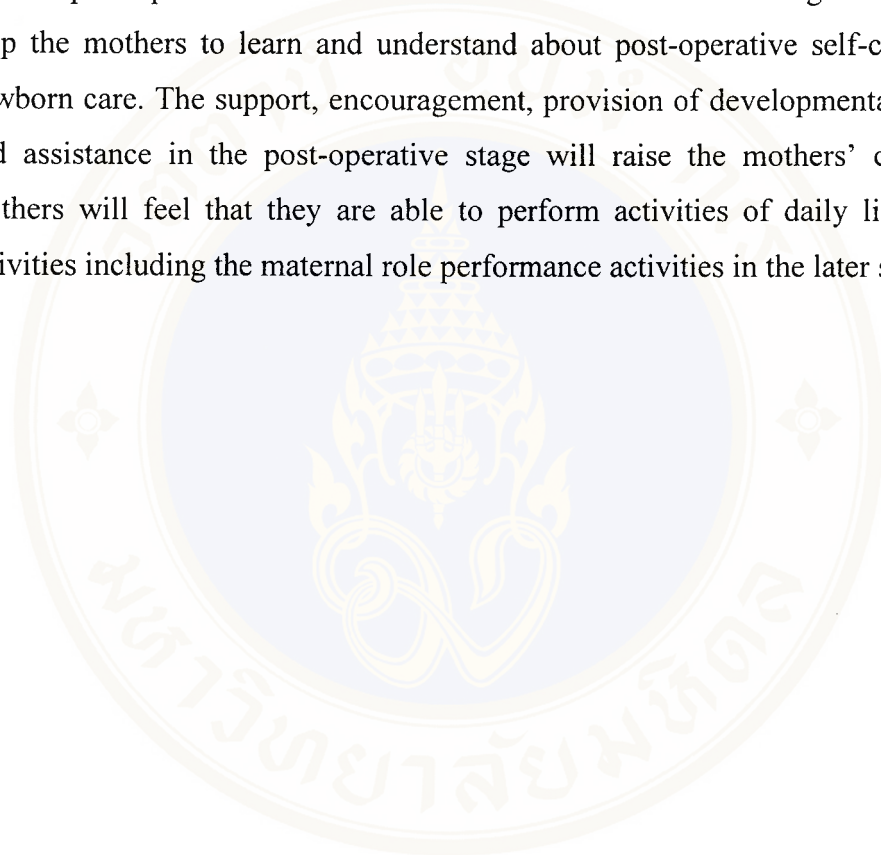
6.2.6 Child play and activities. For a newborn, child play and activities are aimed for fun and promotion of movement development as well as personality and intellectual development (Ratchanee Laschroj, B.E., 2535: 201). The mothers can promote the newborn's development by frequently carrying the newborn and holding the arm to touch mother's face. This activity helps the newborn to develop stretching and grabbing strength. The mother should also regularly talk to the newborn.

**6.3 Satisfaction with maternal role.** The satisfaction with maternal role is the mother's feeling of acceptance, pleasure, pride and happiness towards the maternal role performance and receiving good response from the newborn.

Mothers receiving cesarean section have to take the role of post-operative patient at the same time as maternal role. The surgery has physical, psychological, emotional and social impact on the patients due to lack of experience, knowledge, skills, and

confidence. The mothers, therefore, may have less capacity in caring for themselves and the newborn, resulting in negative effect on the mothers' health and well being.

Thus, mothers scheduled for cesarean section need help from nurses in aspect of caring, teaching, guiding and supporting, and developing environment. This assistance is the Orem's supportive-educative nursing system. The teaching and guiding about pre and post operative self-care and newborn care in the last stage of pregnancy will help the mothers to learn and understand about post-operative self-care, as well as newborn care. The support, encouragement, provision of developmental environment, and assistance in the post-operative stage will raise the mothers' confidence; the mothers will feel that they are able to perform activities of daily living and other activities including the maternal role performance activities in the later stage.



## CHAPTER III

### MATERIALS AND METHODS

This study was a quasi-experimental research aiming to examine effect of the Supportive- Educative Nursing System on activities of daily living and maternal role performance in cesarean section mothers.

#### **Population and sample**

The population of this study was pregnant women with gestational age during 37 - 40 weeks who were scheduled for cesarean section at Thammasat Hospital, Pathumthani province. The sample group was selected with purposive sampling method based on the following inclusion criteria:

1. There was no illness or complications during the pregnancy other than gestational diabetes and placenta previa;
2. The subject received general anesthesia during the operation;
3. The blood loss from operation was not more than 1,000 ml;
4. The newborn weighed more than 2,500 grams, was in healthy condition, and had no complication or any birth deformity.

The subjects of the study were paired with matching data of age, educational level, and number of children, which were classified into different groups as the details below.

- The group was classified into 5 ranges: under 18 years, 19-25 years, 26-30 years, 31-35 years, and older than 35 years.
- The educational level was divided into primary level, secondary level, and bachelor degree or higher.
- The number of children was divided into first child and more.

The sample consisted of 60 subjects, divided into experimental group and control group of 30 subjects each. The subject in the control group received routine nursing

care from the hospital staff whereas the experimental group received the Supportive-Educative Nursing from the researcher. Data from experimental group was collected first. After that the data collecting process in control group was performed by matching the age, parity, and education level of all the subjects. Data from the two groups were collected at different periods of time to prevent information exchanges between subjects in the two groups, which might affect the results of the study. Moreover, the separated period of data collection would prevent the feeling of discrimination from different nursing services, which would affect the performance of activities of daily living and maternal role performance.

## **Setting**

Data collection was taken place at postpartum ward of Thammasat hospital, Patumthani province, where and offers routine care which the nurse performed routinely to the mothers including giving information on pre-post cesarean section and post- operative care and newborn care.

## **Instrumentation**

There were two sets of instruments in this study: research instrument and data collection instrument.

### **1. Research instrument** was comprised of the following components.

#### **1.1 The Supportive -Educative Nursing care plan.**

The plan consisted of education activities for mothers scheduled for cesarean section, aiming to develop the mothers' abilities in performing post-operative activities and providing newborn care. The nursing care plan was conducted in the following order:

##### **1.1.1 Building relationship.**

The researcher established a relationship with the mothers whose characteristics met the inclusive criteria while the mothers were waiting for medical examination. After the researcher had introduced herself, informed the mothers about the objectives of the study, and received an agreement to participate in the study from the mothers, the researcher and the mothers would collaborate in setting up the goals of nursing

care concerning preparation for post operative self-care and newborn care. The researcher gave advice, provided the mothers with a handbook of self-care and newborn care for cesarean section mothers, and informed them that the researcher would visit them at the post-partum ward. The follow-up visits would continue until the mothers were discharged from the hospital. At this stage, the researcher expressed interests in solving the mothers' problems as well as the intention to help the mothers with self-care and newborn care activities.

#### 1.1.2 Teaching.

The researcher worked with the mothers to assess their knowledge requirement. Then, the mothers were taught about what is cesarean section, pre-operative preparation, post-operative self-care activities comprising deep breathing, effective cough, leg exercise, turning, getting out of bed, relaxation technique with breathing control and imagination, and wound care. The researcher also taught about newborn care: mother-infant attachment, breast-feeding, holding the newborn, cleansing after an excretion, bathing and how the newborn sleep. The teaching time was between 7.00-10.00 hour while the mothers were waiting for a physician visit. The lesson took place in an examination room at the back of the antenatal clinic, which was separated, from other areas and quiet. The room size was appropriate for a small class of 1-2 learners. The teaching technique included lecture and demonstration using flip chart as a teaching aid. The subjects would have a practice session of some activities; such as, deep breathing, effective cough, leg exercise, and relaxation technique with breathing control and imagination, and holding the newborn. The mothers could ask if there was any queries and would receive a handbook of self-care for revision at home. The handbook would be brought back during the post-delivery hospitalization so that the mothers could practically use it after the delivery.

#### 1.1.3 Provision of developmental environment

The researcher visited the mothers within 3-6 hours after the delivery and the mothers were transferred to the post-partum ward. The mothers' readiness and safety was evaluated, and the newborn were brought in for the development of mother-infant attachment. The newborn were stimulated on breast-feeding for five minutes on each breast. The total time for developing mother-infant attachment was approximately 20 minutes. The newborn would be laid down in a crib near the mothers' bed.

Nevertheless, for the mothers who was tired and needed a rest, the newborn would be brought in occasionally, depending on the mothers' request and their ability in self-care and newborn care.

#### 1.1.4 Guiding and supporting.

The researcher had a conversation with the mothers about the operation and self-care to assure their ability in doing post-operative activities and to physically help the mothers with the activities. Then, the researcher worked with the mothers to set up goals for post-operative recovery and to review the knowledge about deep breathing, effective cough, turning, leg exercise, and relaxation technique with breathing control and imagination of pleasant places and objects. The mothers were encouraged to perform activities in order to achieve the goals and to gain more confidence. The researcher supported the mothers in doing these activities by providing moral supports and compliments when the mother could do the activities appropriately.

On the second day after the operation, the researcher visited the mothers, had a conversation, provided help, and gave answers to the mothers' queries. The knowledge about newborn care was reviewed involving topics of mother-infant attachment, holding the newborn, breast-feeding, cleansing after an excretion, bathing, and how the newborn sleeps. The mothers were encouraged to practice and was supported and helped with the newborn care activities. The researcher visited the mothers between 9.00-15.00 hr; hence the mothers were assisted if difficulties or problems arose. However, the mothers were also encouraged to solve the problems by themselves while performing newborn care.

#### 1.2 Handbook of self-care for the caesarean section mothers and handbook of the newborn care.

The handbooks were developed as a tool of this study. The handbook of self-care for the caesarean section mothers contained information about cesarean section, pre-operative preparation, post-operative self-care including deep breathing, effective cough, leg exercise, turning, getting out of bed, wound care, and relaxation technique with breathing control and imagination. The handbook of newborn care, contained the information regarding mother-infant attachment, holding the newborn, breast-feeding, cleansing after an excretion, bathing, and how the newborn sleeps. The handbooks were developed by arranging information gathered from textbooks and research

papers. The handbooks were then examined for validity by a panel of five experts comprising of four nurse instructors and one obstetrician and were subsequently revised according to the experts' suggestion and comments.

### 1.3 Flip chart.

The flip chart used in this study contained the contents about self-care for caesarean section mothers who were consistent with the teaching plan and the handbook of self-care.

## 2. Data collection instruments

2.1 The personal information questionnaire. This questionnaire was designed to get information of age, educational level, occupation, family income, and family planning (details in Appendix E).

2.2 The activities of daily living questionnaire. This interview questionnaire was a measurement of mothers' ability in doing activities of daily living adapted from Barthel index. The Barthel index, which was developed by Barthel and Mahony in 1965, was an index for measuring ability in doing the following 10 activities of daily living: eating, mobility, walking, body cleansing and getting dress, personal hygiene, utilization of bed pan and toilet, defecation control, urination control, and going up and down the stairs. Each activity had different score in relation to the assistance requirement. The highest ability score of the original Barthel index was 100 points and the lowest one was 0 point. Chawalee Yamvong (B.E., 2538) translated and developed Barthel index into Thai. The index concerned personal hygiene care and body cleansing was changed from two levels (0,1) to three levels (0,1,2) whereas other topics remained the same. The total score of ability was also changed from 0-100 to 0-40 points.

More indexes were added to the questionnaire in order to cover all activities of post-operative caesarean section mothers. The additional topics were in-bed movement, getting out of bed, sleeping and ability to eat. The going-up-and-down-the-stairs activity was taken off as the assessment took place in a hospital where the subject did not have this activity. The data were collected by interviewing each mother for approximately 30 minutes. The mothers' ability in doing activities of daily living

was assessed in the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup>, and 48<sup>th</sup> hour after the operation. The ability was classified into three levels (0, 1, and 2) as followed:

0 meant the mother was unable to do the activity;

1 meant the mother was able to do the activity with help from other people;

2 meant the mother was able to do the activity by herself.

The interview questionnaire had 12 statements with the total score of 24 points. Lower score reflected lower ability in performing activities of daily living; and, on the other hand a higher score reflected a higher level of the ability in performing activities of daily living or a higher level of independence.

2.3 The maternal-role-performance questionnaire. This measurement was adapted from the questionnaire of maternal role performance in teenage mothers designed by Vajamai Sukwanawat (B.E., 2541) and the measurement of maternal role sustenance designed by Phumonsakul (2000). The questionnaire was aimed to measure maternal role performance on the 3<sup>rd</sup> day after the operation. The topics of assessment included mother-infant attachment, newborn care ability and satisfaction with maternal role. The answers were given in a scale of five ranges as followed:

Totally true	meant the statement was in agreement with the interviewee's feeling and action totally;
Mainly true	meant the statement was in agreement with the interviewee's feeling and action mainly;
Moderately true	meant the statement was moderately in agreement with the interviewee's feeling and action;
Slightly true	meant the statement was slightly in agreement with the interviewee's feeling and action;
Untrue	meant the statement was inconsistent with the interviewee's feeling and action.

The interviewee selected only one answer by marking } in the given space. This questionnaire had 25 items; among these 23 items were positive statements, except items 20 and 21, which were negative statements. The statements were categorized into the following three aspects of maternal role performance:

2.3.1 Mother-infant attachment, consisting of eight statements, items 1-8, concerning mother- newborn relationship;

2.3.2 Maternal behavior, consisting of nine statements, items 9-17, expressing feeling and behavior of performing maternal role.

2.3.3 Satisfaction with maternal role, consisting of eight statements, items 18-25, expressing attitude, feeling and opinion toward maternal role.

Scoring criteria for the assessment were:

	Positive statement	Negative statement
Totally true:	5 points	1 point
Mainly true:	4 points	2 points
Moderately true:	3 points	3 points
Slightly true:	2 points	4 points
Untrue	1 point	5 points

The total score of the highest for maternal role performance was 125 points and the total score of the lowest was 25 points. The total score of the highest indicated good maternal role performance; on the other hand, the total score of the lowest indicated poor maternal role performance.

## Validity and reliability of the instruments

### 1. Validity and reliability of the activities of daily living questionnaire

The activities of daily living questionnaire for cesarean section mothers utilized in this study was adapted from Barthel's index of activities of daily living (Barthel, 1965) and the activities of daily living questionnaire designed by Chavalee Yamvong (B.E., 2538). This questionnaire was examined by a panel of five experts comprising of four instructors from obstetric nursing and one instructor from obstetrician. The questionnaire was then revised according to the experts' suggestions and comments.

Two research assistants were nurse practitioners who had been trained from the researcher with oral explanation process regarding the activities of daily living evaluation and the maternal role performance evaluation process. The questionnaire had been tried out with 10 cesarean section mothers whose characteristics met the inclusive criteria of the study. The data obtained by the researcher and the two

then calculated with Spearman's multiple correlation coefficient (Yuwadee Ruecha, B.E., 2540: 123) using the following formula:

$$r = 1 - \frac{6\sum_{i=1}^n d_i}{n(n^2-1)}$$

when  $d_i$  = difference between the order of each matching pair

$n$  = number of matching pairs of the observed value in two sets of data

The results of validity were 0.70 and 0.75. The reliability was then calculated with alpha coefficient. The result showed that reliability value of the activities-of-daily-living questionnaire for cesarean section mothers was 0.80.

## 2. Validity and reliability of the maternal role performance questionnaire

The maternal role performance questionnaire used in this study was adapted from the maternal role performance questionnaire for teenage mothers designed by Vajamai Sukwanawat (B.E., 2541) and the measurement of maternal role sustenance designed by Phumonsakul (2000). This questionnaire was examined by the same panel of experts as those who examined the activities-of-daily-living questionnaire. After being revised as suggested, the questionnaire was tried out with 10 cesarean section mothers whose characteristics met the inclusive criteria of the study. The data were then calculated for reliability with alpha coefficient with the following formula (Yuwadee ruecha, B.E., 2540: 127):

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2_t} \right)$$

When  $n$  = number of all data in the questionnaire

$\sum S_i^2$  = the sum of variances in each item of the questionnaire

$S^2_t$  = the variance of the whole questionnaire.

The reliability coefficient of the maternal role performance questionnaire was 0.79.

## **Data collection**

An explanatory letter from the School of Graduate Studies, Mahidol University was sent to the director of Thammasat Hospital, Pathumthani province, asking for a permission for data collection. After the permission was granted, the heads and staff nurses of antenatal clinics and post-partum ward were asked for cooperation and were informed about objectives of the study and details of the Supportive-Educative Nursing intervention procedures. Then, personal data of the sample were collected. The two research assistants, who were nurses in a post-partum ward, collected data on the ability in performing activities of daily living and maternal role performance in the experimental group first. Then the control group was collected later according to the following process.

### **Experimental group**

1. The researcher went to the antenatal clinic at 9.00-12.00 hr. everyday to select subjects of the study, the 37 to 40-week-pregnant women who came for antenatal medical examination and were diagnosed for cesarean section by an obstetrician.

2. The researcher approached the subjects and established a relationship by introducing herself. The subjects were then informed the objectives of this study and were invited to participate in the study; they were also informed human right protection (Appendix A).

3. When the subjects agreed to participate in the study, they were interviewed for personal data collection. The samples were then divided into small groups of 1-2 persons; and the researcher taught each group according to the Supportive-Educative Nursing care plan for approximately 30 minutes following the process below.

- 3.1 The subjects were encouraged and were asked to express their feelings and to exchange their experiences and opinions. After that, the researcher worked with the subjects to assess their requirements of knowledge concerning post-cesarean section and self-care. The teaching subsequently started from brief information about cesarean section, preparation and post-operative self-care, e.g. deep breathing, effective cough, leg exercise, turning, getting out of bed, wound care, and relaxation technique with breathing control and imagination. The teaching also included the topics concerning newborn care: mother-infant attachment, feeding, holding a newborn, cleansing after an excretion, bathing, and how the newborn sleep. The

teaching methods were instruction and demonstration, using flip chart as an instruction aid. If there was a question the subject asked and they would receive an answer from the researcher. The subjects were encouraged to practice deep breathing, effective coughing, doing leg exercise, as well as rehearsing relaxation technique with breathing control and imagination, and holding a newborn.

3.2 The researcher evaluated the teaching outcomes by asking questions and observing the subjects' practice. If there were questions during the teaching, the subjects were encouraged to find the solution themselves; or the researcher might answer the question and all queries would be summarized later. The subjects received a handbook of self-care for revising at home at the end of the teaching; the handbook was to be brought to the hospital on the due date for the utilization during hospitalization.

4. The researcher visited the subjects within 3-6 hours after the surgery. The subject readiness and safety were assessed before the newborn was brought in for the development of mother-infant attachment. The subjects were encouraged to hold their newborn and were helped with breast-feeding which took five minutes for each breast. The time using for the development of mother-infant attachment was approximately 20 minutes and the newborn would be laid down in a crib near the mothers' beds. For mothers who were tired and needed rest, the researcher would arrange the meeting with the newborn occasionally depending on the mothers' request and their ability in self-care and newborn care.

5. The researcher had a conversation with the subjects about the operation in order to assess the subjects' ability in doing activities. She also delivered care for the mothers' comfort and supported the mothers in performing post-operative activities as planned.

6. At the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup>, and 48<sup>th</sup> hour after the operation, research assistants interviewed the subjects for an assessment of their ability in doing activities of daily living using approximately 30 minutes.

7. The researcher visited the subjects on the second day after the operation between 9.00-15.00 hr. In addition to having a conversation about post-operative self-care including other problems and newborn care, the researcher reviewed knowledge about newborn care by instructing and demonstrating on topics of mother-infant

attachment, holding the newborn, feeding, cleansing after an excretion, and bathing. The researcher assisted and encouraged the mothers to practice, gave compliment when the mothers did activities correctly, gave moral support and promoted their confidence in ability in self-care and newborn care performance, using approximately one hour.

8. On the third day after the operation, the researcher visited the subjects, had conversations with the subjects about self-care and newborn care problems, helped them with newborn care, and gave moral support as well as compliments on their performance. The researcher informed the subjects when data collection ended and thanked them for their participation in the study.

### **Control Group**

1. The researcher went to the antenatal clinic at 9.00-12.00 hr. everyday to select subjects of the study, the 37 to 40-week-pregnant women who came for pre-natal medical examination and were diagnosed with a requirement for cesarean section by an obstetrician.

2. The researcher approached the subjects and established a relationship by introducing herself. The subjects were then informed the objectives of this study and were invited to participate in the study; they were also informed human right protection (Appendix B).

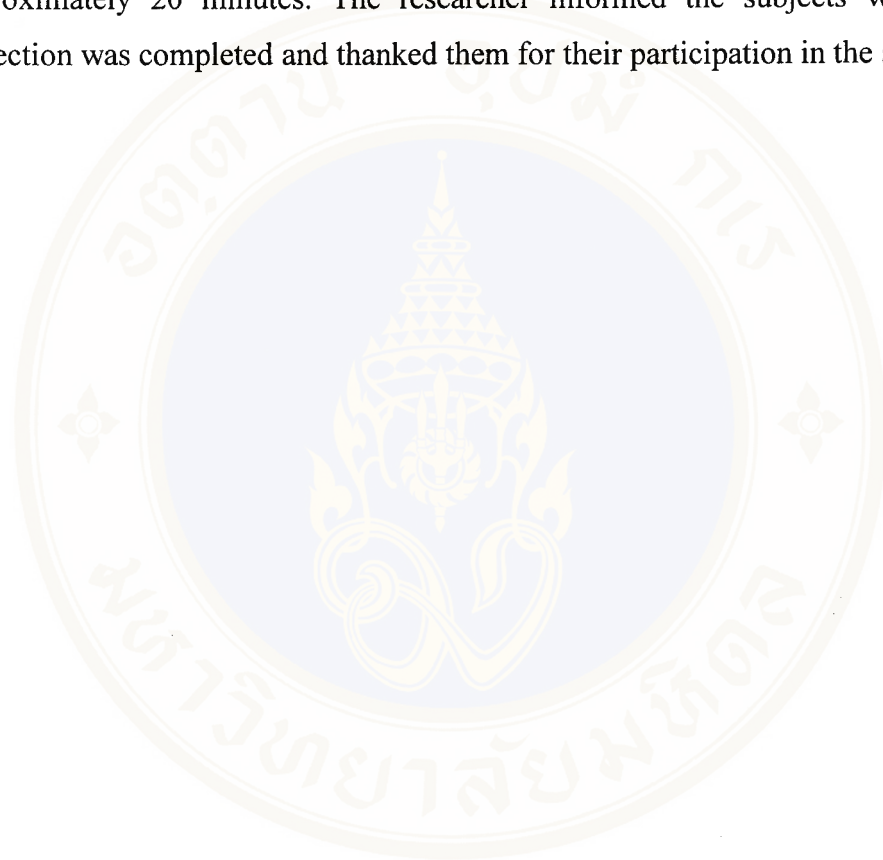
3. When the subjects agreed to participate in the study, personal data were collected with an interview questionnaire.

4. The researcher checked the subject list, the date of operation and the date of admission to the post-partum ward where the subjects received routine care from nursing staff. The research assistants evaluated the subjects' ability in doing activities of daily living by interviewing the subjects at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour after the operation using approximately 30 minutes of the interviewing time. The subjects were then informed that the researcher would visit them again on the following day.

5. On the second day after the operation, the researcher visited the subjects and had conversations on topics not related to nursing care such as a visit from relatives or having a rest. If the subjects had any queries concerning nursing care, they were suggested to ask staff nurses.

6. At the 48<sup>th</sup> hour after the operation, the research assistants assessed the subjects' ability in doing activities of daily living with an interview questionnaire for approximately 30 minutes.

7. On the third day after the operation, the researcher visited the subjects as usual and research assistants interviewed the subjects about maternal role performance for approximately 20 minutes. The researcher informed the subjects when the data collection was completed and thanked them for their participation in the study.



**Control group****Experimental group**

Receiving routine care from ANC nurses

• Receiving Supportive-Educative Nursing (at the 37<sup>th</sup> week and over pregnancy) from the researcher as follows:

- Building a relationship to gain trust
- Teaching pre-post operative practice e.g. deep breathing, effective cough, leg exercise, turning in bed, relaxation technique by breathing and imagination
- Newborn care e.g. maternal – infant attachment, feeding
- Personal hygiene, bathing
- Giving a pre-post operative Self -Care and Newborn Care handbook

Receiving routine care from PP nurse

• Receiving a visit from the researcher evaluate the physical state level at first 3-6 hour after the operation.  
 • Receiving post-operative activities,  
 • Suggesting and bringing the newborn to the sample for attachment and breast-feeding

**At the 12<sup>th</sup> hour after the operation performed first ADL evaluation and at the 24<sup>th</sup> hour after the operation performed the second ADL evaluation**

The second day receiving teaching & suggestion from PP nurses

The second day visit  
 • providing the mother some suggestions  
 • supporting the post-operative activities and newborn care

**(Continued)**

**Control group**

**Experimental group**

The third day of receiving nursing care and suggesting from PP nurse

Answering questions and encouraging the mothers to perform activities and newborn care



**On the third day, Evaluating maternal role performance in sample group**

**End of study**

**Scope of the study**

## Data analysis

The statistical package SPSS was used to analyze the data as detailed below

1. The demographic data were analyzed with frequency counting method and were expressed in percentage values. The characteristics of the sample were compared with chi-square and student's t-test.

2. The mean and standard deviation of the activities of daily living score and the maternal role performance score were calculated as followed:

2.1 The mean of activities of daily living score at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup>, and 48<sup>th</sup> hour after the operation and maternal role performance score in both the control and experimental groups were calculated.

2.2 The standard deviation of the activities of daily living score and the maternal role performance score in both the control and experimental groups were calculated.

3. The mean of activities of daily living score at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup>, and 48<sup>th</sup> hour after the operation and the maternal role performance score in the control group were compared with the experimental group based on the student's t-test with a significant level  $p = 0.5$  as a criterion.

## **CHAPTER IV**

### **RESULTS**

As stated in chapter III, this research studied 60 pregnant women who were diagnosed for cesarean section. All were divided into two groups of 30 persons, one control group and one experimental group.

The data was collected at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup> and 48<sup>th</sup> hour after the operation by two designed tools, The activity-of-daily-living-evaluation questionnaire and the maternal-role-performance questionnaire. The data was analyzed demographically to find average scores of each question. Then the average scores, which the control group gained, were compared to the average scores the experimental group gained by the student's t-test. The result was reported in Table 1- 5 as followed:

**Demographic data of the control group****Table 1.** Number and percentage of demographic data in experimental and control groups (n=60)

Characteristics	Experimental group		Control group		Total
	Number	Percent	Number	Percent	
<b>Age</b>					
20-25 years	6	20	6	20	12
26-30 years	10	33.3	10	33.3	20
31-35 years	9	30	9	30	18
35 and up	5	16.6	5	16.6	10
<b>Education</b>					
Elementary	5	16.6	5	16.6	10
High school	15	50	14	46.6	29
Undergraduate and up	10	33.3	11	36.6	21
<b>Career</b>					
House wife	7	23.3	13	43.3	20
Business owner	3	10	1	3.3	4
Private company	15	50	14	46.6	29
Government enterprise	2	6.6	-	-	2
Government officer	3	10	2	6.6	5
<b>Family unit</b>					
Nuclear family	21	70	22	73.3	43
Extended family	9	30	8	26.6	17

**Table 1.** (Continued) Number and percentage of demographic data in experimental and control groups (n=60)

Characteristics	Experimental group		Control group		Total
	Number	Percent	Number	Percent	
<b>Family income</b>					
Not enough	3	10	-	-	3
Enough	27	89.9	30	100	5
<b>Marital status</b>					
Live with husband	30	100	30	100	60
Not living with husband	-	-	-	-	-
<b>Newborn nursing education</b>					
Yes	25	83.3	26	86.6	51
No	5	16.6	4	13.3	9
<b>Planned pregnancy</b>					
Yes	24	80	26	86.6	50
No	6	20	4	13.3	10

**Table 1.** (Continued) Number and percentage of demographic data in experimental and control groups (n=60)

Characteristics	Experimental group		Control group		Total
	Number	Percent	Number	Percent	
<b>Expected newborn</b>					
As expected	18	60	25	83.3	33
Not as expected	12	40	5	16.6	17
<b>Order of the child</b>					
First	10	33.3	10	33.3	20
Second or more	20	66.6	20	66.6	40

The majority of the subjects were between 26-30 years, and 31-35 years, graduated from high school, worked for private companies, had enough income to spend monthly, lived with the fathers of the newborn, were in nuclear families and had received the newborn-nurturing education. The majorities were planned pregnancy. However, in the experimental group the statistic was higher than those in the control group. Twenty subjects in each group already had at least one child in the family and ten never had a baby before.

**Table 2.** Comparison of the average age and education between experimental and control groups.

Characteristics	Experimental group		Control group		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Age ( year )	29.96	4.10	29.76	4.67	0.90	ns
Education (year)	12.33	5.41	12.46	3.41	-0.47	ns

There was no statistical significant difference in age and education between experimental and control groups.

**Table 3.** Comparison of characteristics between experimental and control groups

Characteristics	Experimental group	Control group	$\chi^2$	p
	Number	Number		
<b>Career</b>				
House wife	7	13	7.034	>.05
Business owner	3	1		
Private company	15	14		
Government enterprise	2	-		
Government officer	3	2		
<b>Family unit</b>				
Nuclear family	21	22	0	>.05
Extended family	9	8		
<b>Family income</b>				
Not enough	3	-	2.5	>.05
Enough	27	30		
<b>Marital status</b>				
Live with husband	30	30	0	>.05
Not living with husband	-	-		

**Table 3.** (Continued) Comparison of characteristics between experimental and control groups

Characteristics	Experimental group	Control group	$\chi^2$	P
	Number	Number		
<b>Newborn Nursing Education</b>				
Yes	25	26	0	>.05
No	5	4		
<b>Planned pregnancy</b>				
Yes	24	26	0.12	>.05
No	6	4		
<b>Expected newborn</b>				
As expected	18	25	2.954	>.05
Not as expected	12	5		
<b>Order of the child</b>				
First	10	10	0.075	>.05
Second or more	20	20		

There was no statistical significant difference in demographic data between experimental and control groups.

**Part 2 Activities of daily living and Maternal Role****Table 4.** Comparison of average scores of activities of daily living between experimental and control groups at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup> and 48<sup>th</sup> hour after the operation.

Sample	N	$\bar{X}$	SD	t	p
<b>At the 12<sup>th</sup> hour after the operation</b>					
Experimental group	30	5.37	2.27	42.8	.001
Control group	30	2.83	2.18		
<b>At the 24<sup>th</sup> hour after the operation</b>					
Experimental group	30	14.67	4.28	4.15	.001
Control group	30	10.27	4.77		
<b>At the 48<sup>th</sup> hour after the operation</b>					
Experimental group	30	21.73	1.41	.05	ns
Control group	30	21.67	1.06		

The experimental group had scores of activities of daily living higher than those of the control group at  $p < .001$  at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour after the operation. However, there was no statistical significant difference between both groups at the 48<sup>th</sup> hour.

**Table 5.** Comparison of average scores of the maternal role performance between the experimental and control groups after operation.

Sample	N	$\bar{X}$	SD	t	p
<b>Maternal role performance</b>					
Experimental group	30	108.47	10.13	1.05	ns
Control group	30	107.33	9.23		
<b>Mother–infant attachment</b>					
Experimental group	30	35.9	2.75	0.79	ns
Control group	30	36.5	2.80		
<b>Satisfaction with Maternal role</b>					
Experimental group	30	33.83	4.09	1.73	ns
Control group	30	35.40	2.77		
<b>Maternal behavior</b>					
Experimental group	30	38.6	4.28	-2.062	.05
Control group	30	36.1	6.44		

The results showed no statistical significant difference in the scores of maternal role performance between the experimental and the control groups. There was also no statistical significant difference in the scores of mother-infant attachment and satisfaction with maternal role in both groups. For the scores of maternal behavior, It was found that the experimental group had higher scores than the control group at the statistical significant of .05

## CHAPTER V

### DISCUSSION

The majority of experimental group had pregnancy plans, which indicated the intention and motives. This research was a study of the effect of Supportive-Educative Nursing System toward the ability to perform activities of daily living and maternal role performance in the mothers who had cesarean experience at Thammasat Hospital. The totals of 60 sampled mothers were divided into a control group of 30 persons and experimental group of 30 persons. The discussion was made according to the experimental group and the result of the study as followed:

An average age of the experimental group was 29.96 years and the control group was 29.76 years. These years of age was adult during reproductive period, suitable to have children, ready to adjust and adapt oneself, socially and economically in married lives and maternal role so that one could live effectively in the society (Payom Inkatanuwat, B.E., 2524). An average educational background of these two groups were 12.33 years in the experimental group and 12.46 years in the control group, meaning that the majority was graduated in school of which was proper to take the maternal role performance (Chintana Wacharasin, B.E., 2533: 79). The number of children in both groups was similar. There were 10 persons never had any children before and there were 20 persons who already had one child. Both groups were mainly working in private companies or were housewives, had satisfied monthly expense level, and were in nuclear families. The nuclear family had limited opportunity to learn from other families' newborn care experience because the social and cultural environment affected the ability of self-care and newborn care in mothers to develop their ability in maternal role. Good motives urged the ability to self-care and newborn care (Orem and Taylor, 1986:48). Demographic comparison indicated no statistic significance in all items.

## Hypothesis 1

The cesarean mothers who received the Supportive-Educative Nursing System have higher scores in activities of daily living than the cesarean mothers who did not received the Supportive-Educative Nursing System.

Average scores of ability to perform activities of daily living in the experimental group at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour differed from those in the control group at the statistical significance of  $P < .001$ . Orem's theory explained that the Supportive-Educative Nursing System, which included teaching, guiding, supporting, and provision of developmental environment, promoted the intention and attempt to recover from the operation at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hours:

To build relationships with the mothers at the 37<sup>th</sup>-week pregnancy or more until delivery was continual. It needed interactive conversations in order to get familiarity and trust so that the mothers would believe that the suggestions from nurses were believable and accurate. Orem said (1995: 69-93) that the relationship system helped serving the need of self-care. This reflected in Pikul Vinya-nguag (B.E., 2532)'s study in the effectiveness of application of King's theory of goal attainment on patient's recovery from operation and satisfaction. The study showed that the experimental patients who received the nursing treatment with relationship had better recovery and more satisfaction than the control group at statistic significant of  $P < .05$

The teaching system was to help developing knowledge and ability to self-care and newborn care. The teaching was performed in small groups of 1-2 persons. The researcher talked, exchanged experiences, evaluated the pregnant women' need and served those needs, made co-objectives about the behavior and activities after the operation between the mothers and the researcher. Orem (1995: 159) explained that teaching, which fulfilled person's needs, helped developing the knowledge and behavior. The opinion and experience exchanged also promoted the mothers to engage the interest and willing to learn more. The flip-chart tool illustrating the postures and postures practicing encouraged the learning and understanding in the mothers (Darken & Merriam, 1982 cited by Riordan, 1993). The give-away cesarean section handbook promoted the ability in activities-of-daily-living performance.

To educate the pregnant women who were diagnosed for cesarean section at the 37<sup>th</sup>-week pregnancy or more was suitable for task development and the mothers' need because the pregnant women started to worry about the operation, be fear, angry, disappointed, and sorry, even though they felt relieve that the delivery process would not be long (Affonso & Stichler, 1980: 465). After the operation, the mothers had low self-esteem because they could not function normally, felt uncomfortable or suffered from the general anesthesia and post-operative pain (Cranley et al., 1985: 11). Therefore, the pregnant women would need information, guide and support from the nurses in order to gain confidence in self-care and better recovery.

The study of the mothers' ability to perform activities of daily living at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour after the operation found that the experimental group could perform the targeted activities such as relaxation techniques by breathing and imagination to relieve pain and uneasiness; leg exercise; turning in bed to promote the movement of the intestine and prepare to get up and walk. The experimental group gained higher score than the control group.

To build the co-objectives between the mothers and the nurses for the post-operative activities helped the mothers to understand what they had to do. Therefore the attention and plans of action occurred. Moreover, the daily visit and relationship maintaining as a part of supporting activities would encourage them to better perform activities with statistical significance.

At the 48<sup>th</sup> hour after the operation, the scores of the activities-of-daily-living performance between the experimental group and the control group were different with no statistical significance. It was because at the 48<sup>th</sup> hour after the operation the pain decreased (Chayaporn Waiyanetta, B.E., 2542: 59). The control mothers, then, could perform activities of daily living almost as effectively as the experimental mothers could.

However, when inspecting scores of the excretory activity, the experimental group had better scores than the control group. This could be explained that the turning-in-bed activity and walking at the first 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour promoted such performance. For the control group, even though they received routine information and suggestion from the nurses, but without prior-relationship building the pregnant women would not express their needs and opinions to the nurses. Without co-objective

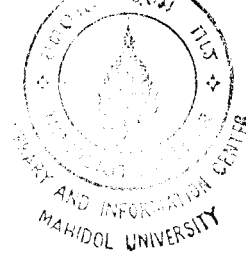
building on activities after the operation, the attention and intention to perform decreased. To give information and guide just once, similar to the routine care usually performed, could not effectively help the mothers to learn and remember all. Pender explained that the one-time suggestion was not sufficient to behavior change. Thus without prior planning, the action would not take place. All of these resulted in less score in activities-of-daily-living performance in the control group at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour after the operation. The study from Pornchan Pongphrom, (B.E., 2534) supported these findings. Pornchan found that the post-operative patients who received Supportive-Educative Nursing had better recovery than the group who received routine care.

## **Hypothesis 2**

The cesarean mothers who received the Supportive-Educative Nursing System have higher scores in performing maternal role than the cesarean mothers who did not received the system.

This study found that the scores the cesarean mothers, who had received the Supportive-Educative Nursing System, gained differed from the scores the cesarean mothers who had received routine care with no statistical significance. The reasons could be explained as followed:

Firstly, both groups had mainly planned the pregnancy (80-86 percent). It indicated that the mothers prepared and learned the maternal role at some level. The average age was 29-30 years and graduated from high school. They were mainly mature adults and ready to have children, and ready to adjust and develop themselves (Payom Inkatanuwatra, B.E., 2524). Mercer (1981: 75) found that being a mother was stressful for mothers at all ages. However, at the age of 20 and over women's mental maturity was most ready. The high school graduated women could also best enter the maternal role because the mothers could think, differentiate, evaluate, reason and solve problems properly (Somchit Supannatasana & Nipa Manoonpichu, B.E., 2525: 106-110). Both groups mostly had pregnancy plans (80-86 percent), which meant that they had prepared and learnt about maternal role somehow. Moreover, because Thai culture highly valued mothers, they would learn their role from the society. Both groups had newborn care experiences, which affected their maternal role development (Gorrie.



Mc Kenney & Murray, 1998: 458). The time frame of 72 hours in this study was probably too soon to be able to finalize the evaluation of the maternal role performance. In addition, some of the behaviors questioned in the evaluation form needed longer time for being evaluated.

Even though the scores of maternal role performance in both groups were not statistically different, however, when investigated each studied domains separately; the researcher found that the mothers who received the Supportive-Educative Nursing System had higher scores in maternal behavior at .05 level of significance.

The Supportive-Educative Nursing System started from building relationship between the mothers and the nurses to gain trust. To educate the mothers such as breast-feeding and postures, personal hygiene, and baby bathing with practicing, to give-away handbook about self-care, newborn care and to provide environment for early attachment, all of which promoted the development in newborn care, self-confidence and maternal role performance. The demonstration and practice and the give-away hand book promoted the more understanding and self-confidence in the mothers. Orem explained that to teach by following personal needs would develop knowledge and performance. The study found that after the first delivery the mothers needed to be taught and suggested in newborn care and post-operative activities (Sommpat Sornchai, B.E., 2531: 48; Tudsuang Pounyathalong, B.E., 2541: 54). Moreover, emotional support helped experiment mothers to gain confidence. Beland & Passos (1981: 456) supported this finding. They believed that to support and encourage individuals to have strong mind would decrease internal stress, and promote self-confidence and ability to tolerate the problems which could leading to even better performance in behavior and activities.

The scores of mother-infant attachment in both groups were not different. The reasons could be that maternal role performance was evaluated too soon within 72 hours and the mothers were weak and self-oriented right after the operation. Nicha Wongwai (B.E., 2541) reported that the same result as the control group on the 3<sup>rd</sup> day after the operation.

The scores of satisfaction with maternal role in both groups were not different because many factors, such as pregnancy plan, newborn care experience and physical readiness, in both groups were similar. Apart from the maternal role education and

preparations and newborn care experience, the love mothers gave to their newborns led to real maternal-role performance. The healthy newborn appearance gave mothers happiness and excitement in taking the maternal role (Richert, Baron, & Fawcett, 1993: 1667). To take care of the newborn and experience expected the interaction from the newborn generated the perception of self-ability, which satisfied maternal role performance.



## CHAPTER VI

### CONCLUSION

In this chapter the conclusions of the study was presented first. The section would then be closed with the recommendations of the results for nursing practice, nursing education, and further nursing research.

#### Conclusion

This research was a quasi-experimental research, which studied the effect of the Supportive-Educative Nursing System toward activities of daily living and maternal role performance on the cesarean section mothers.

The subjects were the mothers who were diagnosed for cesarean operation at Thammasat Hospital. The subjects were specifically chosen with the same level of age, educational background, and number of children had. The totals of 60 persons were divided into two groups of 30 persons. The experimental group received the Supportive-Educative Nursing System from the 37<sup>th</sup>-week pregnancy or more until they discharged from the hospital. The control group received routine nursing care.

The research tools included personal information questionnaire, the activities-of-daily-living-performing ability determination questionnaire, and the maternal role performance questionnaire. The result was analyzed by comparing the average scores of activities of daily living performing at the 12<sup>th</sup>, 24<sup>th</sup> and 48<sup>th</sup> hour after the operation between experimental group and control group with the student's t-test. The student's t-test analysis of the average scores of the maternal role performance between both groups was conducted at the third day after the operation.

#### Summary of the study

1. The experimental group had higher scores in activities of daily living performance with statistical significant ( $P < .001$ ) at the 12<sup>th</sup> and 24<sup>th</sup> hour after the operation.

2. There was no statistical significant difference ( $P > .05$ ) in maternal role performance between both groups.

### **Implication for nursing practice**

The Study found that the Supportive-Educative Nursing System was beneficial for the following implications.

#### **Nursing Practice**

1. Antenatal clinic: the nurse should take in the Supportive-Educative Nursing System to prepare the pregnant women who are diagnosed for cesarean section at the last period of pregnancy as followed:

1.1 Arranging environment for performing education and suggestion

1.2 Building relationships between the nurses and the mothers in order to gain trust.

1.3 Educating and guiding: the nurses should urge the mothers to exchange their knowledge, experience and emphasize on the mothers' need, make co-objectives in self-care and record the whole process.

#### **2. Postpartum Ward**

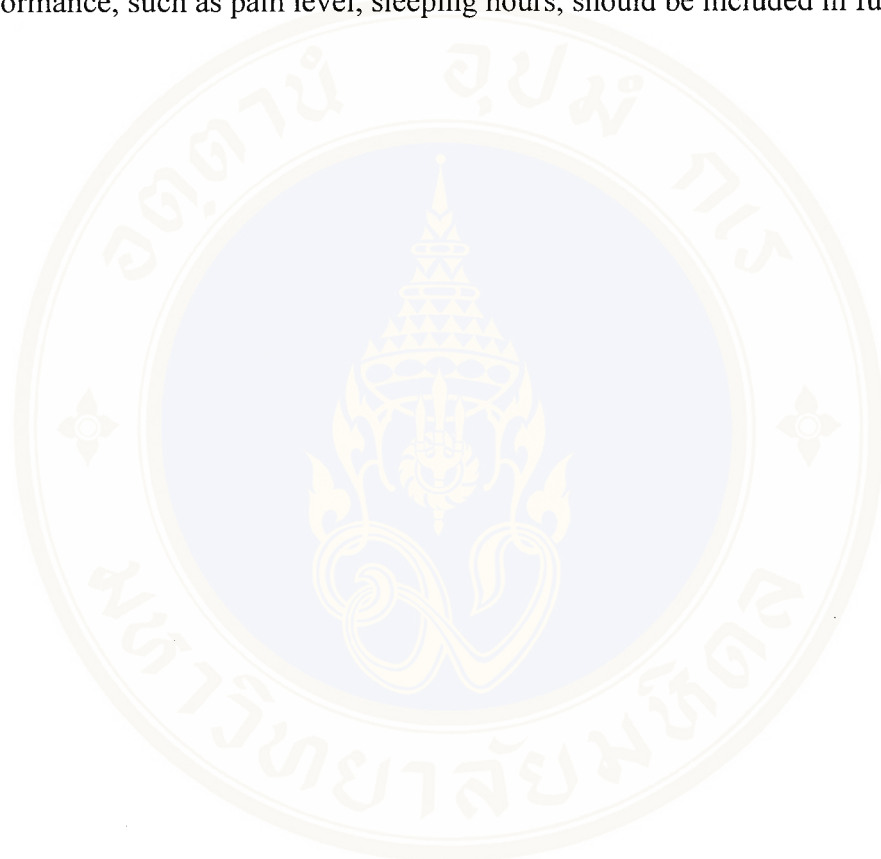
The nurses should help and support the mothers about post-operation activities such as relaxation technique by breathing and imagination, leg exercise, turning in bed, getting up and walking. The nurses should also help and support the mothers about taking care of the newborn in breast-feeding, cleaning after excretion and bathing. The evaluation should be performed on breast-feeding, newborn care from the time the mothers stay at the hospital until go home.

#### **Inservice education for nurses**

There should be practical experience training for nurses at postpartum ward in women who are diagnosed for cesarean section by emphasizing about post-operative activities, newborn care including promoting maternal role performance until the mothers go home.

### **Implication for further studies**

1. There should be a further study on the continuity of maternal role performance in the mothers who had cesarean section experience between the control group and the experimental group at the 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, and 6<sup>th</sup> month.
2. Other factors, that may affect activities of daily living or maternal role performance, such as pain level, sleeping hours, should be included in further studies.



## REFERENCES

- Affonso, D.D. & Stichler, J.F. (1980). Cesarean birth women's reaction. American Journal of Nursing, 80, 465-466.
- Bee, A.M., Legge, D., & Oetting, S. (1994). Nursing theorists and their work. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Beland, I. & Passos, J.Y. (1981). Clinical nursing: Pathophysiological psychosocial approaches. (5th ed.). New York: MacMillan Publishing.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum. Journal of marriage and the family, 52, 5-19.
- Bethea, D.C. (1989). Introduction maternity nursing. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Bobak, I.M. & Jensen, M.D. (1993). Maternity and gynecologic care: The nurse and the family. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Brown, M.D. (1988). Functional assessment of the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 14, 13-17.
- Chantawatchai, A. (1999). Functional abilities in activity of daily living and related factors among stroke patients 3 month after onset. Master's thesis in Science (Adult nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Clark, A.L. & Affonso, D.D. (1979). Childbearing: A nursing perspective. (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Clayton, T.E. (1963). Teaching and learning: Physiological perspective. New Jersey:

Prentice-Hall.

Cox, B.E. & Smith, E.C. (1982). The mother's self-esteem after a cesarean delivery.

MCN, 7, 309-314.

Cranley, M.S., Headahl, K.J. & Pegg, S.H. (1983). Women's perception of vaginal and cesarean deliveries. Nursing Research, 1, 10-15.

Davis, M.E., Robbins, E. & McKay, M. (1995). The relaxation and stress reduction workbook. (4th ed.). California: New Harbinger.

Edgar, L. & Smith-Hanrahan, C.M. (1992). Nonpharmacological pain management. In J.H. Watt-Watson & M.I. Donovan (Eds.), Pain management: Nursing perspective (pp.163-199). St. Louis: Mosby.

Flagler, S. (1990). Relationships between stated feelings and measures of maternal adjustment. JOGNN, 19, 411-416.

Fawcett, J. (1981). Needs of cesarean birth parent. JOGN Nursing, (September-October), 372-376.

Gorrie, T.M., McKinney, E.M., & Murray, H.S. (1998). Foundations of maternal-newborn nursing. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

Gotlieb, K.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M., & Mount, J.H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factor involved in onset and recovery. Journal of Abnormal Psychology, 100, 122-132.

Hurlock, E.B. (1980). Development psychology: A life span approach. (5th ed.). New Delhi: Tata McGraw.

Jensen, M.D., Benson, R.C. & Bobak, I.M. (1981). Maternity care. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

- Kemp, V.H., Sibley, D.E., & Pond, E.F.(1990). A comparison of adolescent and adult mothers on factors affecting maternal role attainment. Maternal Child Nursing Journal, Spring, 63-75.
- Kerr, J.R. & Sirotnik, M. (1997). Canadian fundamentals of nursing. St. Louis: Mosby.
- Klaus, M.H. & Kennel, J.H. (1982). Maternal-infant bonding. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Knowlton, W.P.(1984). The understanding and management of acute pain in adult: The nursing contribution. International Journal of Nursing Studies, 21(3), 131-143.
- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. Image: Journal of Nursing Scholarship, 25(3), 257-262.
- Ludington, H.(1977). Postpartums development of maternity. American Journal of Nursing,77, 1177.
- Laframboise, J.M. (1989). The effect of relaxation training on surgical patient's anxiety and pain. In S.G. Funk (Ed.), Management of pain fatigue and nausea (pp.154-165). New York: Spinger Publication.
- Laufer, A.B. (1990). Breastfeeding: Toward resolution of the unsatisfying birth experience. Journal of Nurse-Midwifery, 35, 42-45.
- Martin, L.L., & Reeder, S.J. (1991). Essentials of maternity nursing: Family-centered care. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Mc. Caffery, M. (1979). Nursing management of the patient with pain. (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nursing Research, 30(2), 73-77.
- Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. Nursing Research, 34(4), 198-203.
- Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. Nursing Research, 43(1), 38-43.
- Miovech, S.M., Knapp, H., Borucki, L., Roncoli, M., Arnold, L. & Brooten, D. (1994). Major concerns of women after cesarean delivery. JOGNN, 23(1), 53-59.
- Moore, M.L.(1983). Realities in child-bearing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Olds, S.B., London, M.L. and Ladewig, P.A. (1988). Maternal-newborn nursing: Family centered approach. (3rd ed.). California: Addison-Wesley.
- Olds, S.B., London, M.L. and Ladewig, P.A. (1996). Maternal- newborn nursing. (5th ed.). California: Cummings.
- Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts and practice. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pensirinapa, N (1995). The effect of empowerment education on smoking prevention program for the secondary school students, Suphanburi province. Master's thesis, Faculty of Public health, Mahidol University.
- Phumonsakul, S (2000). A structural equation model of maternal role attainment among working primiparous mothers. Doctoral dissertation, Doctor of Nursing Science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pilliteri, A. (1995). Maternal & child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family. (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Poaski, K.F & Warner, J.P. (1994). Fundamental for nursing assistants. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1995). Basic nursing theory and practice. (3rd ed.).  
St. Louis: Mosby.
- Pridham, K.F., Lytton, D., Chang, A.S. & Rutledge, D. (1991). Early postpartum transition: Progress in maternal identity and role attainment. Research in Nursing and Health, 14, 21-31.
- Reeder, S.J., Martin, L.L. & Koniak-Griffin, D. (1997). Maternity nursing. (18th ed.).  
Philadelphia: Lippincott.
- Richert, J.A., Baron, M. & Fawcett, J. (1993). Change in attitudes toward cesarean birth. JOGNN, 22, 159-167.
- Riordan, J.H. & Auerbach, K.G. (1993). Breastfeeding and human lactation. Boston:  
Jones and Bartlett.
- Riesch, S.K. (1988). Changes in the exercise of self-care agency. Western Journal of Nursing Research, 10(3), 257-273.
- Rodwell, C.M. (1996). Analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 23, 305-313.
- Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role: Part I processes. Nursing Research, 16(3), 237-245.
- Sherwen, L.N. (1991). Theoretical basis for nursing care of the childbearing family in nursing care of the childbearing family. Connecticut: Appleton & Lange.
- Sherwen, L.N., Scloveno, M.A. & Weingarten, C.T. (1995). Nursing care of childbearing family. Connecticut: Appleton & Lange.
- Simone, L.D. & Gottlieb, L.N. (1987). Construct validity of the perceived maternal task performance scale. Perspective in Nurse, 19(4), 20-34.
- Sultan, A.H. & Stanton, S.L. (1996). Preserving the pelvic floor and perineum during

childbirth: Elective cesarean section. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 103(8), 731-734.

Sundberg, M.C.(1989). Fundamental of nursing with clinical procedure. (2nd ed.). Boston: Jones & Barlett.

Thronton, R. & Nardi, P.M. (1975). The dynamic of role acquisition. American Journal of Sociology, 80(4), 870-885.

Tilden, V.P. & Lipson, J.G. (1981). Cesarean childbirth variation affecting psychological impact. Western Journal of Nursing Research, 2, 127-149.

Troy, N.W.(1993). Early contact and Maternal attachment among women using Public Health Care Facilitation. Applied Nursing Research, 6(4), 161-166.

Tulman, L. & Fawcett, J. (1988). Return of functional ability after childbirth. Nursing Research, 37(2), 77-80.

Waiyanetta, C. (1999). Pain experience and pain management in women after cesarean section. Master's thesis in nursing (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University.

Walker, L.O., Grain, H. and Thomson, E. (1986). Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. Nursing Research, 35, 352-355.

Watt-watson, J.H. & Donovan, M.I. (1992). Pain management: Nursing perspective. St. Louis: Mosby.

Williams,P.D. et al.(1988). Effect of preparation for mastectomy/hysterectomy on women's post-operative self-care behaviors. International Journal of Nursing Studies, 25, 191-206.

Zarh, L.R., (1991). The relationship between maternal confidence and mother-infant behavior in premature infants. Research in Nursing and Health, 14, 279-286.

Ziegel, E.E. & Cranley, M.S.(1984). Obstetric nursing.(8th ed.). New York: Macmillan Publishing Company.

- กนกพร สุคำวัง และสุภารัตน์ วังศรีคุณ. (2539). การช่วยให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงหลังผ่าตัด. ในคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ (บรรณาธิการ), วิธีการพยาบาลทางศัลยกรรม (หน้า 46-54) (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: นครฟิล์มอินเตอร์กราฟ.
- กัญจน์ พัฒนิยะ. (2530). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา น้อยแก้ว. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี ชีระกุลชัย, ชุติมา โฉมวัฒนะกุล, ศิวพร สังวาลย์และสุวรรณี วังกานต์. (2543). ความเหนื่อยล้าของมารดาในระยะหลังคลอด. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4(1),78-89.
- ชวลี เข้มวงษ์. (2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชา ว่องไว. (2541). ผลการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมกรเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ทองสง และชเนนทร์ วนาภีรักษ์. (2541). สูติศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พีพี ฟอเรน บুকส์ เซ็นเตอร์.
- ธีระพร วุฒยวานิช, ธีระ ทองสง, และจตุพล ศรีสมบูรณ์.(2541). ตำราสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พีพี ฟอเรน บুকส์ เซ็นเตอร์.
- นิโลบล กนกสุนทรรัตน์. (2535). การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นงนุช วิทย์โชคกิตติคุณ. (2536). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการปฏิบัติและความพึงพอใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประวิทย์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. (2539). สูติศาสตร์ รามาธิบดี 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด.
- ทัตทรวง ปุญญทลิ่งค์. (2541). ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พะยอม อิงคตานูวัฒน์. (2524). จิตเวชเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. (2534). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล วิญญาเงือก. (2532). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์. (2531). การตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอด. วารสารพยาบาล, 37 (3), 171-174.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2540). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- รัชณี ลาขโรจน์. (2535). การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยทารก. เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. (หน่วยที่ 1-7, พิมพ์ครั้งที่ 10, หน้า 149-292). สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพัฒนา.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. (2532). ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิจรรย์ สุขวนวัฒน์. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้พฤติกรรมทารก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรวรรณ จันทรพัฒน์. (2533). ผลของการเตรียมอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมทารกให้นมมารดาแก่ทารกและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตต์ สุวรรณทัศน์และนิภา มนูญปัจ. (2525). ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- สุปรียา บุญเกตุ. (2527). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาล, 33, 152-157.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุสัณหา ยิ้มยิ้ม. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์บทบาททางเพศกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตรวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพ ชนะกอก. (2538). การพยาบาลอนามัยครอบครัว: การดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



## Appendix A

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความสามารถในการทำ  
กิจวัตรประจำวัน

1. รองศาสตราจารย์สุปราณี อัครเสวี  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมนสกุล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา ลิ้มทองกุล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## Appendix B

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

1. รองศาสตราจารย์สุปราณี อัทธเสรี  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมนสกุล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพรรณิ สุ่มเล็ก  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## Appendix C

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ( กลุ่มทดลอง)

การพิทักษ์สิทธิของมารดาที่ได้รับการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน ลาวัลย์ ไบมณฑา เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง เพื่อให้มีความพร้อมต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทของมารดาได้เป็นอย่างดี และจะนำผลที่ได้ไปปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ใคร่ขอความร่วมมือจากคุณโดยขออนุญาตสังเกตและสอบถาม ขณะที่คุณทำกิจวัตรประจำวัน และขอความร่วมมือให้คุณตอบแบบสอบถาม 1 ฉบับ จากการสังเกตและตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของคุณ คุณมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ค่ะ”

ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะมาเยี่ยมคุณทุกวันหากคุณมีข้อสงสัย ให้สอบถามได้ และไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณก็จะได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ เมื่อคุณตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณจะบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ตามที่คุณต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับอยู่ และการสังเกตที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบตามรายละเอียดข้างบน มีความเข้าใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

ลายเซ็น.....

( )

## Appendix D

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม)

การพิทักษ์สิทธิของมารดาที่ได้รับการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน ลาวัลย์ ไบมณฑา เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณในการเข้าร่วมโครงการ โดยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและขออนุญาตสอบถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของคุณหลังการผ่าตัด และวันที่ 3 หลังการผ่าตัดจะมีแบบวัดการแสดงบทบาทการเป็นมารดาให้ตอบอีก 1 ชุด จะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที คุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ ดิฉันยินดีตอบให้คุณเข้าใจ ขอบคุณมากค่ะที่ให้ความร่วมมือ”

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบตามรายละเอียดข้างบน มีความเข้าใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

ลายเซ็น.....

( )

## Appendix E

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม...

HN.....วันที่คลอด.....ที่อยู่.....

ชื่อ-สกุล.....GPA.....

1. อายุ.....ปี

2. จบการศึกษาระดับ  ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  
 มัธยม หรือ ปวช.  ปวส. หรือ อุดมศึกษา

3. อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน  รับราชการ  
 รัฐวิสาหกิจ  รับจ้าง  
 ค้าขาย  เกษตรกรรม  
 อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้ของท่านและสามีรวมกันแล้ว

ฝึกเลี้ยง  พอใช้  เหลือเก็บ

5. สถานภาพสมรส

คู่ อยู่ด้วยกัน  ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

6. ลักษณะของครอบครัว

ครอบครัวเดี่ยว ( อยู่กันตามลำพังสามี-ภรรยา)  
 ครอบครัวขยาย ( อยู่กับสามีและมีญาติอยู่ร่วมด้วย ) ประกอบด้วย.....

12. ในกรณีที่ลูกแยกจากแม่ชั่วคราว

นำลูกมาดูแลนมครั้งแรก.....ชั่วโมงหลังคลอด

นำลูกมาอยู่กับแม่เมื่อ.....ชั่วโมงหลังคลอด

## Appendix F

### แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

สำหรับผู้วิจัย

ผู้ป่วยรายที่

วัน/เดือน/พ.ศ. //

1. การเคลื่อนไหวบนเตียง

0 ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือ พลิกตะแคงตัวได้เอง

1 พลิกตะแคงตัวได้ ถ้ามีผู้ช่วยเหลือ

2 พลิกตะแคงตัวได้เอง หรือ ใช้ไม้กั้นเตียงช่วยในการพลิกตะแคงตัว

2. การลุกจากเตียง

0 ไม่สามารถลุกจากเตียงได้

1 สามารถลุกจากเตียงได้ ถ้ามีคนช่วยพยุง 1 คน

2 สามารถลุกจากเตียงได้เอง

.

.

.

.

.

11. การพักผ่อนนอนหลับ

0 นอนหลับได้น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/ วัน แต่หลับไม่สนิท

1 นอนหลับได้มากกว่า 8 ชั่วโมง/วันแต่ไม่หลับสนิท

2 นอนหลับได้มากกว่า 8 ชั่วโมง/วันและหลับสนิท

12. ความสามารถในการรับประทานอาหาร

0 จิบน้ำได้ แต่มีคลื่นไส้อาเจียน

1 สามารถจิบน้ำได้เล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

2 รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนได้ดี

## Appendix G

### แบบวัดการแสดงผลทางการเป็นมารดา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่า การทำหน้าที่การเป็นมารดาของท่านในระยะภายหลังการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องใน 3 วันที่ผ่านมา ท่านมีความคิด ความรู้สึก หรือมีการปฏิบัติที่มีต่อตัวบุตรและการทำหน้าที่การเป็นมารดาเป็นอย่างไร โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกและการกระทำของท่านมากน้อยเพียงใดและกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบที่ได้จะไม่ผิดหรือถูก โดยพิจารณาคำตอบดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านเลย
เป็นความจริงเป็นส่วนน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านเป็นส่วนน้อย
เป็นความจริงพอสมควร	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านพอสมควร
เป็นความจริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านเป็นส่วนมาก
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เป็นความ จริงมาก ที่สุด	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็นความ จริงพอ สมควร	เป็นความ จริงเป็น ส่วนน้อย	ไม่เป็น ความ จริงเลย
1. การอุ้มและใกล้ชิดกับลูกเป็นสิ่งสำคัญ มากสำหรับฉัน 2. ขณะให้นมลูกฉันหมั่นสังเกตและมอง ดูลูกเสมอ 3. ฉันมีความสุขเมื่อเห็นลูกขยับแขน ขา ตามเสียง 4. ฉันพูดคุยและหยอกล้อกับลูกเสมอ 5. ฉันจะสัมผัสและสำรวจร่างกายของลูก เป็นประจำ . . 15. ฉันสังเกตลักษณะ จำนวนและสีของ อุจจาระ / ปัสสาวะที่ลูกถ่ายทุกครั้ง . . . . . 24. การได้ทำหน้าที่แม่ทำให้ชีวิตฉันมี ความหมายมากขึ้น 25. ฉันคิดว่าฉันได้ทำหน้าที่แม่ที่ดีตามที่ ฉันคิดไว้					

## Appendix H

แผนการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และการดูแลทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
- สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและผู้วิจัย - มารดาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ ลาวัลย์ ไบมอนทา นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษา ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงวิธีการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</p> <p>ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในมารดาที่ได้รับการวางแผนให้ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลทารก และให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น การหายใจเข้า-ออกถี่ๆ</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังขา การพลิกตะแคงตัว การลุกจากเตียงและการฝึกเทคนิคการพ่นคลาย โดยการควบคุมการหายใจร่วมกับการใช้จินตนาการและเมื่อมารดาได้รับการผ่าตัดและย้ายมาอยู่ที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด ภายใน 3-6 ชม.หลังการผ่าตัดผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือมารดาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการใช้เทคนิคการพ่นคลาย รวมทั้งส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และให้ทารกได้ดูดนมมารดาโดยเร็ว</p> <p>    ภายหลังการผ่าตัด 24 ชม. ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 1</p> <p>    วันที่ 2 หลังการผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำและสนับสนุนมารดาในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารก รวมทั้งส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>    หลังการผ่าตัด 48 ชม. ผู้วิจัยประเมินการทำกิจวัตรประจำวันครั้งที่ 2</p> <p>    วันที่ 3 หลังการผ่าตัดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำและให้การสนับสนุน</p>			

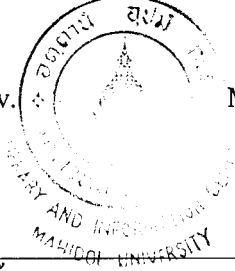
วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>- มารดาลด ความวิตกกังวล สร้างความมั่นใจ เกิดความรู้อีกปลอดภัย และมีกำลังใจ</p>	<p>มารดา และให้มารดาตอบแบบสอบถามการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ใช้เวลาประมาณ 20 นาที</p> <p>ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะมาเยี่ยมมารดาทุกวัน หากมารดามีข้อสงสัยให้สอบถามได้และเมื่อมารดาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ทุกเวลาที่มารดาต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่มารดาได้รับอยู่และคำตอบของมารดาถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น</p> <p><b>การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</b></p> <p>ความหมายของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง คือ การคลอดโดยผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องผ่านผนังหน้าท้องและผนังมดลูก มารดาจะได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเมื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประวัติเคยผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง</li> <li>2. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ท่าก้น</li> <li>3. ทารกตัวโตกว่า 4000 กรัม</li> </ol>	<p>อธิบายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>มารดาลดความกลัวและวิตกกังวลเกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย</p> <p>- การสังเกตความสนใจและการสอบถาม</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>มารดาสามารถ บอกวิธีการ เตรียมตัวก่อน การผ่าตัด เอาทารกออก ทางหน้าท้อง ได้ถูกต้อง</p>	<p>4. มารดาช่องเชิงกรานแคบ 5. มารดามีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 6. มารดามีภาวะแทรกซ้อน หรือ ติดเชื้อ เช่น ตกเลือดก่อนคลอด สายสะดือโผล่ หัวใจทารกเต้นผิดปกติ เริ่ม 7. มารดามีอายุครรภ์เกินกำหนด 8. การคลอดไม่ก้าวหน้า</p> <p><b>การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง</b></p> <p>1. มารดาควรอาบน้ำและสระผมให้ สะอาดเพราะหลังผ่าตัดจะไม่ได้อาบน้ำ และสระผมจนกว่าแผลจะแห้งดี</p> <p>2. ถ้าทาเล็บควรล้างสีเล็บออกให้หมด เพื่อจะได้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสี เล็บได้ชัดเจนในระหว่างการผ่าตัดและ ดมยาสลบ</p> <p>3. ไม่ควรนำของมีค่าติดตัวไปโรง พยาบาลด้วย โดยเฉพาะแหวนหรือสิ่ง ของที่เป็นโลหะ เพราะอาจเป็นอันตราย จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ในการผ่าตัด</p>	<p>อธิบาย</p>		<p>มารดา บอกวิธี การปฏิบัติ ตัวก่อนผ่า ตัดได้ถูก ต้อง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>4. มารดาต้องงดดื่มน้ำและรับประทานอาหารทุกชนิดทางปากหลังเวลาเที่ยง ยาสลบคืน เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง เป็นการป้องกันการสำลักเศษอาหารระหว่างดมยาสลบ</p> <p>5. ถ้ามีอาการผิดปกติก่อนถึงวันนัด ได้แก่ น้ำเดิน มีมูกเลือด เจ็บท้อง รู้สึกว่าเด็กไม่คืน ให้มาโรงพยาบาลทันที</p> <p><b>เมื่อมาถึงห้องคลอด / ตึกสูติกรรม มารดาจะต้องปฏิบัติดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เซ็นไบยินยอมเพื่อให้การรักษาและผ่าตัด</li> <li>2. ให้ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งที่แล้วเพื่อลงบันทึกในรายงาน</li> <li>3. เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดโรงพยาบาล</li> <li>4. ได้รับการตรวจร่างกายได้แก่ วัดไข้ ชีพจร หายใจ ความดันโลหิต ฟังเสียง การเต้นของหัวใจทารก สังเกตการหดรัดตัวของมดลูก</li> <li>5. ได้รับการโกนขนบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อความสะดวกของผิวหนังบริเวณผ่าตัด</li> </ol>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>6.ถ้าไม่มีข้อห้ามมารดาจะได้รับการสวนอุจจาระเพื่อไม่ให้มีกากอาหารเหลือค้างอยู่ในลำไส้ ป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัดเพราะจะทำให้สกปรกและเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อโรคได้ และยังป้องกันอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัดด้วย</p> <p>7. มารดาจะได้รับการเจาะเลือด เพื่อเตรียมเลือดไว้ใช้สำหรับการผ่าตัด</p> <p>8. มารดาจะได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือดดำเพื่อเตรียมไว้สำหรับให้ยา และให้เป็นอาหารทดแทนในระหว่างที่มารดายังรับประทานอาหารเองไม่ได้ในขณะที่และหลังผ่าตัด</p> <p>9.มารดาจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อความสะดวกของสารน้ำในร่างกายและเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างจะได้สะดวกต่อการผ่าตัด</p> <p><b>เมื่อเจ้าหน้าที่มารับมารดาไปห้องผ่าตัด</b></p> <p>1. มารดาจะได้รับการตรวจสอบไมให้น้ำของมีค่าและฟิโนปปลอมติดตัวไปยังห้องผ่าตัดอีกครั้ง</p> <p>2. เมื่อถึงห้องผ่าตัดมารดาจะได้รับการสวมหมวกคลุมผมและได้รับการตรวจร่างกายอีกครั้งจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>3. มารดาจะได้รับการฟอก ทำความสะอาดผิวหนังหน้าท้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค จากนั้นจะได้รับการปูผ้าสะอาดซึ่งจะเปิดช่องไว้บริเวณหน้าท้องที่จะทำการผ่าตัดแห้งเดียว เพื่อความสะอาดป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด</p> <p>4. มารดาจะได้รับการดมยาสลบโดยการบอกให้สูดดมก๊าซออกซิเจนบริสุทธิ์ จากหน้ากากที่วางอยู่ที่จมูกและปากซึ่งก๊าซนี้จะมีประโยชน์ทั้งตัวมารดา-ทารกในครรภ์ จึงควรหายใจเข้าออกแรงๆตามคำแนะนำเพื่อให้ปอดได้รับออกซิเจนเต็มที่</p> <p>5. จากนั้นเจ้าหน้าที่วิสัญญีจะฉีดยาเข้าทางสายน้ำเกลือที่ให้มารดาไว้ในตอนแรก จะทำให้มารดา่วงและหลับไป</p> <p>6. เมื่อมารดาไม่รู้สึกร่างแล้ว เจ้าหน้าที่วิสัญญีจะใส่ท่อช่วยหายใจทางปากซึ่งขณะที่ใส่มารดาจะไม่รู้สึกเจ็บ</p> <p>7. เมื่อดมยาสลบเรียบร้อยแล้ว แพทย์จึงเริ่มทำการผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง</p> <p>8. เมื่อทารกออกมาจากผนังหน้ามดลูก และผนังหน้าท้องแล้วจะมีกุมารแพทย์มารอรับและดูแลช่วยเหลือทารกจนปลอดภัย จึงจะส่งทารกไปทำความสะอาดร่างกายที่ห้องคลอด</p>			



วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
มารดาบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง	<p>9. มารดาจะได้รับการเย็บปิดแผลตามรอยที่ผ่าตัดไว้เหมือนเดิม โดยที่แพทย์จะตรวจดูให้เรียบร้อยและปิดคอกซ์ก่อนที่จะปิดแผลผ่าตัด</p> <p>10. เมื่อการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย เจ้าหน้าที่ที่วิสัญญีจะให้ยาทางน้ำเกลือ เพื่อให้มารดารู้สึกตัวจากนั้นจะเอาท่อที่ช่วยหายใจออก และให้มารดาสูดออกซิเจนบริสุทธิ์อีกครั้ง มารดาควรสูดหายใจเข้าออกเล็กๆตามคำแนะนำเพื่อช่วยให้ปอดขยายและได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่</p> <p><b>การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด</b></p> <p>เมื่อมารดา รู้สึกตัวดีแล้ว จะได้รับการย้ายมาสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักฟื้น จนอาการดีและปลอดภัย จึงย้ายมาอนที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด</p> <p>จากการผ่าตัดเกิดผลต่อตัวมารดาทางด้านร่างกาย โดยมารดาอาจไม่สุขสบาย เนื่องจากการที่ต้องงดน้ำและอาหาร รวมทั้งการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นคืนสภาพของร่างกาย</p> <p>ส่วนทางด้านอารมณ์ จิตสังคม จะทำให้เกิดความล่าช้าในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก รวมไปถึงความพร้อมในการเป็นมารดาหลัง</p>	อธิบายประกอบภาพฟลิคสาริต	ภาพฟลิค	มารดาบอกวิธีการปฏิบัติได้ถูกต้องมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>คลอด</p> <p>ซึ่งความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเพราะมีการทำลายของเนื้อเยื่อและความชอกช้ำในขณะที่ผ่าตัด ซึ่งผลของความเจ็บปวด จะทำให้มารดานอนเกร็งตัวไม่กล้าขยับเขยื้อนมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปวด</li> <li>- เส้นเลือดดำอักเสบจากการอุดตัน</li> <li>- เกิดการกั่งของปัสสาวะ</li> <li>- ท้องอืด ปวดท้องจากก๊าซ</li> </ul> <p>การบรรเทาความเจ็บปวดนี้สามารถทำได้จาก การได้รับยาแก้ปวด หรืออาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจร่วมกับการใช้จินตนาการเพื่อเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้อีกวิธีหนึ่ง</p> <p>ส่วนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถปฏิบัติได้โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหายใจเข้า-ออกลึกๆ</li> <li>- การไออย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- การออกกำลังขาทั้งสองข้าง</li> <li>- การพลิกตะแคงตัว</li> <li>- การลุกจากเตียง โดยเร็วหลังผ่าตัด</li> </ul> <p>จากการได้รับยาสลบและความเจ็บปวดแผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>กายของมารดา ดังนี้</p> <p><b>ระบบหายใจ</b></p> <p>ทำให้ถุงลมในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และเนื้อที่ในถุงลมจะเป็นที่รวมและคั่งค้างของเสมหะ หรือสิ่งตกค้างของทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุให้เกิดการภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ซึ่งมารดาควรปฏิบัติเกี่ยวกับ</p> <p><b>การหายใจเข้า-ออกลึกๆ</b></p> <p><u>วิธีปฏิบัติ</u> มารดานอนหงายชันเข่า รำงกายทุกส่วนผ่อนคลาย ทาบมือทั้งสองข้าง วางหรือประสานบริเวณแผลผ่าตัดให้หมอน หรือ ผ้าสะอาดพับเป็นสี่เหลี่ยมขนาดกว้างกว่าแผล วางบนแผลผ่าตัด พร้อมใช้มือทั้งสองข้างวางบนหมอน หรือผ้า จะช่วยลดการสั่นสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้ลดความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น สูดลมหายใจเข้าทางจมูก พร้อมกับนับในใจ 1-2-3-4-5 จะสังเกตเห็นมือที่วางบนหน้าอกเคลื่อนขึ้น แล้วปล่อยลมหายใจออกจากปากพร้อมกับนับในใจ 1-2-3-4-5 จะเห็นมือที่วางบนหน้าอกเคลื่อนลง ทำแบบนี้ 3 ครั้ง</p> <p><u>ประโยชน์</u> ทำนี้จะทำให้อากาศเข้าไป</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>ในปอดได้เต็มที่เกิดการแลกเปลี่ยน อากาศภายในปอดได้ดียิ่งขึ้น</p> <p><b>การไออย่างมีประสิทธิภาพ</b></p> <p><u>วิธีปฏิบัติ</u> มารदानอนหงายชันเข่า สูด ลมหายใจเข้า – ออก ทางจมูกลึกๆ 4 ครั้ง หลังสูดลมหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นไว้ ประมาณ 3 วินาที โดยนับ 1-2-3 ในใจ แล้วไอออกจากส่วนลึกของลำคอ ทำทำ นี้ 2 ครั้ง</p> <p><u>ประโยชน์</u> ทำนี้จะช่วยระบายเสมหะที่ อยู่ในปอดออกมาสู่ภายนอกได้ดีขึ้น</p> <p><b>ระบบไหลเวียนเลือด</b></p> <p>ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง อาจทำ ให้เกิดการคั่งของเลือดดำบริเวณขา หรือเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วน ลึกของขา มารदानควรปฏิบัติดังนี้</p> <p><b>การออกกำลังกายทั้งสองข้าง</b></p> <p><u>วิธีปฏิบัติ</u> ท่าที่ 1 มารदानอนหงาย วาง หมอนรองใต้เข่า มือทั้งสองข้างข้างลำ ตัว หายใจเข้าทางจมูกลึกๆพร้อมกับ กระดกข้อเท้าขึ้นทั้งสองข้าง แล้ว หายใจออกทางจมูก พร้อมกับกระดก ข้อเท้าทั้งสองข้างลง ทำนี้ทำ 10 ครั้ง</p> <p><u>ประโยชน์</u> ทำนี้จะช่วยการไหลเวียน เลือดที่ขาดีขึ้น</p> <p><u>วิธีปฏิบัติ</u> ท่าที่ 2 มารदानอนหงาย วาง หมอนรองใต้เข่า มือทั้งสองข้างวางข้าง</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>ลำตัว หมุนข้อเท้าทั้งสองข้างเข้าหากัน เป็นวงกลม ทำท่านี้ 10 ครั้ง</p> <p><b>ประโยชน์</b> ท่านนี้จะช่วยการไหลเวียนเลือดที่ขาดีขึ้น</p> <p><b>วิธีปฏิบัติ</b> ท่าที่ 3 มารดานอนหงาย ศรีษะสูงโดยใช้หมอนหนุน ศรีษะ ใหญ่ หลัง 2-3 ใบ (หรือจะใช้การไขหัวเตียงให้สูงขึ้นก็ได้) มีอวางข้างลำตัว ขาข้างซ้ายเหยียดตรงแล้วงอเข้าขาขึ้น ค่อยๆ เหยียดขาข้างขวาออกไปตรงๆ แล้วงอขึ้นมาใหม่ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง แล้วให้สลับไปทำที่ขาซ้ายเช่นเดียวกัน 10 ครั้ง หลังจากนั้นให้ทำทั้งสองขา โดยงอเข้าและเหยียดออกพร้อมๆกัน ให้ทำ 10 ครั้ง</p> <p><b>ประโยชน์</b> ท่านนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อขา มีความแข็งแรงมากขึ้น พร้อมสำหรับการลุกจากเตียงและก้าวเดินเป็นครั้งแรกหลังผ่าตัด</p> <p><b>การพลิกตะแคงตัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีพลิกตะแคงตัวไปด้านซ้าย มารดานอนหงายอยู่ใกล้ทางด้านขวาของเตียง ใช้มือประคองแผลผ่าตัดไว้ เหยียดขาซ้าย ในขณะที่เดียวกันกึ่งอขาขวาคร่อมขาซ้าย ใช้มือขวาจับไม้กั้นเตียงด้านซ้าย แล้วตะแคงตัวไปด้านซ้าย</li> <li>- กรณีที่พลิกตะแคงตัวไปด้านขวา</li> </ul>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>มารดานอนหงายอยู่ใกล้ทางด้านซ้ายของเตียง ใช้มือประคองแผ่นผ้าตัดไว้เหยียดขาขวา ในขณะที่เดียวกันก็งอขาซ้ายคร่อมขาขวา ใช้มือซ้ายจับไม้กั้นเตียงด้านขวา แล้วตะแคงตัวไปด้านขวา</p> <p><b>ประโยชน์</b></p> <p>การพลิกตะแคงตัวจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ยังช่วยให้เสมหะที่คั่งค้างถูกขับออกจากร่างกายได้ง่ายขึ้น ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ช่วยให้ผู้ป่วยในระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดได้เร็วขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะท้องอืด อาการปวดท้องจากก๊าซ และยังช่วยให้มารดาสุขสบายขึ้น</p> <p>การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดนี้มารดาควรปฏิบัติเมื่อรู้สึกตัวทุก 2 ชม. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเตรียมความพร้อมแก่ร่างกาย</p> <p><b>ระบบทางเดินอาหาร</b></p> <p>ทำให้ระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการท้องอืด ปวดท้องจากก๊าซ ซึ่งมารดาควรที่จะมีการปฏิบัติในเรื่องของ</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลิกตะแคงตัว ซึ่งควรจะทำทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมารดารู้สึกตัว</li> <li>- ควรลุกจากเตียงโดยเร็วหลังการผ่าตัดใน 12-24 ชั่วโมง</li> </ul> <p><b>การลุกจากเตียง</b></p> <p>มารดาควรเริ่มลุกจากเตียงภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยมีวิธีการดังนี้</p> <p>มารดานอนหงายและค่อยๆ เลื่อนตัวมาทางริมเตียงด้านที่จะห้อยเท้า พลิกตะแคงตัวโดยขอขาข้างที่อยู่ไกลริมเตียงข้างที่จะลุก คร่อมขาข้างที่อยู่ใกล้ริมเตียง เลื่อนแขนข้างที่อยู่ไกลริมเตียงออกห่างจากลำตัวไปจับที่นอนและเอื้อมมือข้างที่อยู่ไกลมาจับไม้กั้นเตียงหรือขอบที่นอนด้านที่จะลุกนั่ง ลำตัวจะพลิกมาอยู่ในท่าตะแคง เลื่อนเท้าลงห้อยข้างเตียง พยุงตัวลุกขึ้น โดยเลื่อนแขนลงมาจับขอบที่นอน มือบนเท้ายันไว้กับที่นอนดันลำตัวยกขึ้นนั่งบนขอบเตียง</p> <p><b>ระบบทางเดินปัสสาวะ</b></p> <p>เนื่องจากยาสลบมีผลทำให้ความรู้สึกเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะลดลง ทำให้เกิดการค้างของปัสสาวะมารดาจะได้รับการสวนปัสสาวะ เพื่อให้</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>กระเพาะปัสสาวะว่าง ในช่วงการทำผ่าตัด เมื่อผลของยาสลบลดลงแล้วและ ความรู้สึกควบคุมการถ่ายปัสสาวะกลับคืนมา มารดาจึงได้รับการเอาสายสวนปัสสาวะออก หลังจากนั้นมารดาควรถ่ายปัสสาวะใน 6-8 ชั่วโมงหลังจากที่เอาสายสวนปัสสาวะออกแล้ว</p> <p><b>แผลผ่าตัด</b></p> <p>มารดาจะมีแผลผ่าตัดที่บริเวณหน้าท้องส่วนล่าง เป็นเส้นตรง หรือ ขวาง แผลผ่าตัดจะเป็นแผลที่สะอาด ตามปกติจะปิดไว้จนกระทั่งตัดไหม นอกจากนี้ในรายที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อหรือสกปรก จะได้รับการทำความสะอาดทุกวัน จนกระทั่งวันที่ 7 จึงจะได้รับการตัดไหม ถ้าในรายที่เป็นไหมละลายก็ไม่ต้องตัด ในระยะนี้ควรระวังอย่าให้แผลผ่าตัดถูกน้ำจะช่วยให้แผลแห้งและติดเร็วขึ้น</p> <p><b>การระคับระคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้มือทั้งสองข้าง วางหรือประสานบริเวณแผลผ่าตัด</li> <li>- ใช้หมอนหรือผ้าสะอาดพับเป็นสี่เหลี่ยมขนาดกว้างกว่าแผล วางบนแผลผ่าตัด พร้อมใช้มือทั้งสองข้าง</li> </ul>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>วางบนหมอนหรือผ้า ซึ่งทั้งสองวิธีนี้จะช่วยลดการสัมผัสบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้ลดความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้มารดายังสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจร่วมกับการใช้จินตนาการเพื่อควบคุมความเจ็บปวดและเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้อีกวิธีหนึ่ง</p> <p><b>เทคนิคการผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจร่วมกับการใช้จินตนาการ</b></p> <p>เป็นวิธีการควบคุมความเจ็บปวดวิธีหนึ่ง และเป็นการฝึกให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสงบปราศจากความตึงเครียดสามารถปฏิบัติได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มารดานอนหงายโดยมีหมอนหนุนที่ศีรษะและรองใต้เข่า วางมือทั้งสองลงบนซี่โครงใต้ราวนม</li> <li>2. หายใจผ่านจมูกอย่างช้าๆและลึกๆ</li> <li>3. หายใจออกผ่านปากโดยเป่าออกอย่างช้าๆ</li> <li>4. ค่อยๆหลับตา ขณะหายใจเข้าออกลึกๆ หายใจเช่นนี้ 3-5 ครั้ง</li> <li>5. หลังจากนั้น ให้มารดานึกถึงภาพที่รู้สึกสบาย สดชื่น เช่น ทะเล สวนดอกไม้ ริมลำธาร หรือสถานที่ที่ทำให้รู้สึก</li> </ol>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>สบายและรู้สึดีกว่าตนเองผ่อนคลาย</p> <p>เทคนิคการผ่อนคลายนี้จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดซึ่งมารดาสามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา และก่อนที่จะมีการเปลี่ยนอริยาบททุกครั้ง นอกจากนี้ยังช่วยให้มารดาสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดีขึ้น</p> <p>ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดจะช่วยให้มารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถฟื้นฟูสภาพของร่างกายได้เร็ว</li> <li>- ส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ปอดบวม ท้องอืด ภาวะการกั่งของปัสสาวะ เส้นเลือดดำอักเสบ จากการอุดตัน</li> <li>- ช่วยให้มารดามีการผ่อนคลาย สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดีขึ้น</li> <li>- ส่งเสริมให้มารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองและบุตรได้เร็วขึ้น</li> </ul> <p>เมื่อมารดามีความพร้อมในการดูแลทารก มารดาควรได้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>-มารดาบอก และแสดง ความรัก ความ ผูกพัน ได้อย่าง เหมาะสม</p> <p>-มารดาบอก และแสดงการดูแล ทารกได้ถูกต้อง</p>	<p>การดูแลทารก</p> <p><b>การส่งเสริม ความรัก - ความผูกพัน ระหว่างแม่-ลูก</b></p> <p>ความรักความผูกพันระหว่างแม่-ลูก จะเกิดขึ้นที่ละน้อยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ เมื่อลูกคลอดออกมาจาก ท้อง การส่งเสริมความรัก ความผูกพัน ระหว่างแม่-ลูก สามารถปฏิบัติได้โดย มารดาควรได้อบกอดในช่วงเวลาที่ ทารกตื่นตัวและพร้อมที่จะตอบสนอง ต่อสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ซึ่งในช่วงเวลา ประมาณ 30-45 นาทีหลังคลอดเป็นช่วง ที่มารดามีความรู้สึกไวเกี่ยวกับทารก และในช่วงเวลานี้เป็นเวลาที่ทารก สงบและตื่นตัวอย่างเต็มที่และพร้อมที่ จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี แต่ เนื่องจากการผ่าตัดส่งผลทำให้เกิดความ ล่าช้าในการสร้างความรักใคร่ผูกพัน ดัง นั้นมารดาจึงควรได้อุ้มทารกครั้งแรก หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเร็วที่สุด ภายใน 3-6 ชั่วโมงนอกจากนี้การส่งเสริม ความรักความผูกพันสามารถทำได้ โดย</p>	<p>อธิบาย</p>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>มารดาบอก และแสดงวิธี การอุ้มทารกได้ ถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การอุ้มและโอบกอด เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน</li> <li>- การสัมผัสและสำรวจร่างกายลูก</li> <li>- การประสานสายตากับลูก</li> <li>- การพูดคุยหยอกล้อกับลูก</li> </ul> <p><b>การให้นม</b> อาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิด คือ นมมารดา เพราะมีประโยชน์หลาย อย่างและที่สำคัญคือ มีสารอาหาร ครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันโรค ข่อยง่าย ไม่ เกิดอาการแพ้ สะอาดและประหยัด การ ให้นมบุตรใน 1-2 วันแรกควรให้ลูกดูด นมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง และดูดนมข้างละ ประมาณ 3-5 นาที วันที่ 2 เพิ่มเป็นข้าง ละ 10 นาที ในวันที่ 3 และวันถัดไปเพิ่ม เป็นข้างละ 15 นาที และหลังจากให้นม ทุกครั้งควรทำให้บุตรเรอ โดยลูบหลัง เบาๆเพื่อป้องกันท้องอืด มารดาควรล้าง มือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ ก่อนการ ให้นมลูก</p> <p><b>การอุ้มให้นม</b> หลังการผ่าตัดมารดาสามารถอุ้มลูกได้ ทั้งทำนั่งและทำนอนดังนี้</p> <p><b>ทำนอน</b> มารดานอนอยู่ในท่าตะแคงที่ถนัด อุ้ม ลูกไว้ในวงแขนจัดให้ปากลูกอยู่ใน</p>	<p>อธิบาย ประกอบ ภาพพลิก สาธิต</p>	<p>สาธิต</p>	<p>มารดา ปฏิบัติได้ ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>ระดับเดียวกับหัวนม</p> <p><b>ทำนอง</b></p> <p>อุ้มลูกเหมือนอุ้มฟุตบอล คือ อุ้มลูกขวางแนบกับสีข้างของแม่ แม่ใช้แขนข้างหนึ่งหนีบตัวลูกไว้ และฝ่ามือรับศีรษะลูกจัดให้หน้าของลูกตรงกับตำแหน่งของหัวนม ใช้หมอนรองหนุนรับน้ำหนักเพื่อสะดวกในการให้นม และแขนแม่ไม่ต้องรับน้ำหนักมากนัก</p> <p><b>ทำนอง</b></p> <p>อุ้มลูกให้ศีรษะสูงกว่าลำตัวเล็กน้อย จัดให้คอของลูกอยู่ในวงแขน จัดให้ปากของลูกอยู่ในระดับเดียวกับหัวนม อาจใช้เบาะหรือหมอนรองแขนเพื่อสะดวกในการให้นม</p> <p>ในแต่ละท่าควรควนนิ่งตัวตรงในท่าที่สบายปลายเท้าแตะพื้นพอดี</p> <p><b>วิธีการอุ้มได้ลม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยอุ้มลูกพาดบ่า มือข้างหนึ่งประกอingkัน มืออีกข้างลูบหลังได้ลม</li> <li>- อุ้มนั่งตักมือข้างหนึ่งประกอองบริเวณหน้าอก และคอ มืออีกข้างลูบหลังได้ลม</li> </ul> <p><b>การจับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ</b></p> <p><b>การปัสสาวะ</b> ลูกจะปัสสาวะอย่างน้อย</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>มารดาบอกวิธีการทำความสะอาดสะดือได้ถูกต้อง</p>	<p>2 ถึง 6 ครั้ง ในวัน สองวันแรก และ 6 ถึง 10 ครั้ง ในวันต่อมา หรือมารดาอาจใช้การนับจำนวนผ้าอ้อมที่เปียก ก็เป็นวิธีการที่บอกได้ว่าลูกได้รับนมเพียงพอ</p> <p><u>การถ่ายอุจจาระ</u> ใน 24 ชั่วโมงแรก ลูกจะถ่ายอุจจาระออกสีด่างเหนียวๆ คล้ายขางมะตอย ที่เรียกว่า ชีเทา และวันต่อมาสีจะจางลง วันที่ 3-4 อุจจาระจะมีสีเหลืองและดูเหลว เด็กกินนมแม่จะถ่ายอุจจาระสีเหลืองคล้ายทอง ส่วนถ้ากินนมขวดจะสีเหลืองอ่อนปนน้ำตาล เด็กปกติอาจจะถ่ายบ่อยถึงวันละ 3-5 ครั้ง</p> <p><u>การดูแลความสะอาดเมื่อลูกขับถ่าย</u></p> <p><u>วิธีทำ</u> 1. ชักก้นของลูกขึ้นด้วยมือซ้าย โดยมีมือขวาทั้งสองข้างของลูกมาไว้ด้วยกันและพยายามให้นิ้วก้นอยู่ระหว่างขาทั้งสองของลูกเวลาลูกคืบ ขาทั้งสองข้างจะได้ไม่ถูกัน แกะผ้าอ้อมออกและปิดเศษแป้งหรือ สิ่งสกปรกต่างๆที่อาจมีบริเวณนั้นออกไป ใช้น้ำ (และสบู่ ) ทำความสะอาดบริเวณก้นของลูกโดยเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังเสมอ</p> <p>2. ชักก้นลูกด้วยสำลีสะอาดๆอย่างแผ่วเบา ต้องเช็ดจนแน่ใจว่าตามรอยพับ</p>	<p>อธิบายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>มารดาบอกวิธีการทำความสะอาดสะดือได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
<p>มารดาบอกวิธีการอาบน้ำได้ถูกต้อง</p>	<p>ต่างๆแห่งสถิติ โดยเฉพาะร่งกัน (ไม่จำเป็นต้องใช้แป้งก็ได้ เพราะผิวหนังของเด็กไม่แห้งดี การใส่แป้งเข้าไปอาจทำให้เกิดอาการอักเสบเป็นแผลได้)</p> <p>การใส่ผ้าอ้อม</p> <p>วิธีทำ พับผ้าอ้อมเป็นรูปสามเหลี่ยม วางตัวลูกให้อู้อยู่ส่วนด้านกว้างกว่า ส่วนที่เป็นปลายแหลมอยู่บริเวณขา จับผ้าส่วนล่างขึ้นมาทบบนตัวลูก แล้วดึงชายผ้าส่วนล่างมาทบ แล้วผูกชายผ้าด้านซ้าย-ขวา เข้าด้วยกันอีกครั้ง</p> <p>การอาบน้ำทารก</p> <p>การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>อ่างอาบน้ำ สบู่เด็ก แชมพูเด็ก น้ำอุ่น ผสมเสร็จ ผ้าเช็ดตัว สำลีสะอาด แป้งเด็ก</p> <p>วิธีปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ก่อนอาบน้ำ ให้งอแขนเอาตรงข้อศอกจุ่มน้ำ เพื่อทดสอบว่าน้ำร้อนเกินไปหรือไม่</li> <li>2. ก่อนจุ่มตัวลูกลงในอ่าง อุ้มลูกด้วยแขนทีถนัด ใช้สำลิจุ่มน้ำในอ่างเช็ดหน้าลูก การเช็ดไม่ควรใช้สำลีก่อนเดี๋ยวตลอด หากแต่ควรเช็ดหน้าผากแล้วทิ้ง</li> </ol>	<p>อธิบายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>มารดาแสดง ความสนใจและตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>เช็ดแก้มซ้ายแล้วทิ้ง อย่าประหยัดสำลี ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่างๆจาก นั้นใช้สำลีแห้งก้อนใหญ่ๆเช็ดน้ำจาก หน้าลูกจนแห้ง</p> <p>3. เอาสบู่/ แชมพู ถูบนหัวของลูกแล้ว ขยี้เบาๆให้เกิดฟองแล้วล้างฟองสบู่ออก เมื่อสะอาดดี ใช้ผ้าขนหนูเช็ดน้ำที่หัวให้ แห้ง ถอดผ้าอ้อมออก วางลูกบนผ้าเช็ด ตัวที่เตรียมไว้ ใช้สบู่และสำลีค่อยๆเช็ด ทำความสะอาดกันของลูก เช็ดจากด้าน หน้าไปหลัง จากนั้นเอาสบู่ถูหน้าอก แขนและขา จากนั้นพลิกตัวลูกเพื่อถูสบู่ ด้านหลัง ต้องทำเร็วๆ มิฉะนั้นลูกอาจ เป็นหวัด</p> <p>4. การเอาลูกลงจุ่มน้ำในอ่าง ใช้มือข้าง ที่ถนัดจับแขนข้างเดียวกันของลูกไว้ และใช้ท่อนแขนด้านหน้ารองรับหัว ส่วนอีกมือรวบขาทั้งสองข้าง โดยใช้นิ้ว ชี้สอดคั่นไว้ระหว่างข้อเท้าของลูกเพื่อ ไม่ให้เอาขาถูกันแล้วค่อยๆอุ้มตัวลูก หย่อนลงไป ตอนนี้ควรพูดคุยกับลูก เบาๆ ไปด้วย ไม่ควรที่จะปล่อยมือที่จับ ขาจนกว่าลูกจะชินกับน้ำ</p> <p>5. หลังจากนั้นปล่อยมือที่ขาแล้วใช้มือ นั้นค่อยๆก้นารดตัวลูกเบาๆ โดยที่มือ</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>อีกข้างยังคงรองรับตัวลูกอยู่ด้วย วิธีนี้จะป้องกันอันตราย จากการเคลื่อนไหวตกลงไปใน่างได้</p> <p>6. ส่วนการล้างน้ำออกจากส่วนหลังของลูก ให้เปลี่ยนมือที่จับลูกมาเป็นอีกมือหนึ่งเช่น ครั้งแรกจับลูกท่านอนหงายด้วยมือซ้าย ก็เปลี่ยนมือมาใช้มือขวาจับต้นแขนซ้ายเป็นต้น ก็ใช้มืออีกข้างวางน้ำล้างสบู่ให้สะอาด อย่าให้ลูกแช่นานเกินจำเป็น เมื่อล้างสบู่ออกหมด ก็จับเอาลูกขึ้นจากอ่างทันที</p> <p><b>การนอน</b></p> <p>การนอนของลูกในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด ลูกจะนอนหลับเกือบตลอดเวลา ตื่นเฉพาะเวลาที่หิวหรือถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และเมื่อโตขึ้นระยะเวลาการนอนจะน้อยลง</p> <p>ท่านอน มารดาควรจัดให้ลูกนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ซึ่งการนอนทำนี้จะช่วยให้ลูกมีการระบายของเหลวต่างๆ ที่คั่งค้างออกได้ง่ายและหลังจากลูกคุณนมเสร็จควรให้นอนตะแคงขวา เพื่อให้การไหลของน้ำนมลงสู่ลำไส้ได้ดีขึ้นและป้องกันการสำรอกนมออกมา</p>			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	วิธีการ	อุปกรณ์	การ ประเมิน ผล
	<p>ตั้งน้้นกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุตรที่เหมาะสม ตามที่กล่าวมาจะช่วยส่งเสริมการสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทำได้ทันทีภายหลังผ่าตัด แต่ถ้ามารดาได้สัมผัส ได้เห็น ได้ยินลูกน้อย ได้ให้นม ก็จะก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันยิ่งขึ้นตามเวลาได้เช่นกัน ถึงแม้ทารกจะอยู่ในวัยที่ไม่รู้เรื่อง แต่การพูดคุย ยิ้ม พักหน้ากับลูก การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ลูก จะช่วยกระตุ้นพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของลูกได้เป็นอย่างดี</p>			

## BIOGRAPHY

<b>NAME</b>	Miss.Lawan Baimonta
<b>DATE OF BIRTH</b>	26 July 1964
<b>PLACE OF BIRTH</b>	Bangkok
<b>INSTITUTIONS ATTENDS</b>	Kuakaroon Nursing College, 1982 : Bachelor of Nursing Mahidol University, 2002 : Master of Science in Nursing (Maternal and Child Nursing)
<b>SCHOLARSHIP</b>	Local Graduate Scholarship of National Science and Technology Development Agency
<b>POSITION&amp; OFFICE</b>	94 Thammasat Hospital, Pathumtani, Thailand Position : Nurse Tel 0-2926-9604
<b>HOME ADDRESS</b>	141/39 M.9 Lumlukka rd. T. Kukot A. Lumlukka Pathumtani, Thailand