

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการถ่ายทอดโดยตรงแบบตัวต่อตัวต่อการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสอน
3. การเปลี่ยนแปลงภาวะร่างกายและจิตใจหลังคลอด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด และเกิดความผาสุก (Well Being) การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการกระทำ และการตรวจสอบผลของการกระทำ (Orem, 1985, pp.105, 115–117)

ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985, pp.119–122 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, หน้า 8–10) การดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะการพิจารณาพิจารณาและตัดสินใจซึ่งนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ บุคคลที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณั้ นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามต้องการ จะเห็นว่าการดูแลตนเองนั้นต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณั้ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความ

สัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็น ตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ

ในการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะทำ มีแรงจูงใจในการกระทำ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ได้กระทำกิจกรรมอย่างนั้นสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด มีกำลังใจและความตั้งใจสูงในการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด และมีการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลตามต้องการ

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Orem, 1980, p.41)

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติ และอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งทาง ด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีพัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมี ประสิทธิภาพ และเต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่องหรือผลอันเกิดจากการ มีพยาธิสภาพของร่างกาย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลมีการดูแลตนเองที่จำเป็นหลายอย่างที่จะต้องกระทำด้วย ตนเอง หรือได้รับการตอบสนองโดยบุคคลอื่นช่วยกระทำทดแทนให้ จึงจะทำให้พ้นหายจากความ เจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่างได้รับการตอบสนองอย่างมี ประสิทธิภาพ บุคคลจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 12-17)

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล

4. มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บ และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ

การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการในการดูแลตนเอง หรือให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเอง บุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991, p.145) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณภาพอันซับซ้อนของมนุษย์ที่จะทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (Orem, 1991, pp.148–155 สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 17–23)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operation)

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components : Enabling Capabilities for Self-Care)

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operation)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ดังนั้นในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองจึงต้องมีระยะต่าง ๆ ของการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Orem, 1991, pp.149)

1.1 การคาดการณ์ (Estimative Operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบเพื่อที่จะทราบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น และวิถีทางที่จะตอบสนองความต้องการนั้น

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional Operations) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components)

พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการประกอบด้วย (Orem, 1991, pp.155 สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 19–21)

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะภายใน-ภายนอกของตัวเอง และปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติกาดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือการปฏิบัติกาเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติกาดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติกาดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

จะเห็นว่าพลังความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเรม นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะในการปฏิบัติ (Psychomotor) ตามแนวคิดดั้งเดิม เพราะปัจจัย 3 ประการนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นได้

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 21-22) ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

นอกจากความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งมีองค์ประกอบ ทั้ง 3 ประการ ดังที่กล่าวมาแล้ว โอเรม (Orem, 1991, p.136) กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานร่วมด้วย ปัจจัยพื้นฐานนี้ได้แก่

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. ภาวะสุขภาพ
5. สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี
6. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
7. ระบบครอบครัว
8. แบบแผนการดำเนินชีวิต
9. สภาพที่อยู่อาศัย
10. แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

จากที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคล ในการที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ซึ่งการที่บุคคลจะดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล และถ้าความสามารถในการดูแลตนเองมีเพียงพอ บุคคลนั้นก็จะดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสอน

กู๊ด (Good, 1973, p.588) ให้ความหมายว่า การสอนคือ การจัดกิจกรรมประสบการณ์ต่าง ๆ ในการเรียนและการแนะแนวทาง เพื่อให้ผู้เรียนดำเนินไปด้วยดีไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

กาจ (Gage, 1963, p.96) ได้ให้ความหมายว่า การสอนคือ ศิลปะของการช่วยเหลือผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ รวมถึงการให้ข่าวสารข้อเท็จจริง สถานการณ์ เงื่อนไข หรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับที่เตรียมไว้ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน

ไวลส์ (Wiles, 1975, p.10) ได้กล่าวถึงความหมายของการสอนไว้ 4 ประการดังนี้ การสอนคือการชี้แนะ หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ โดยที่ผู้สอนเป็นผู้รวบรวมความรู้ แล้วจัดความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่าย น่าสนใจ และสะดวกในการที่ผู้เรียนจะเข้าใจและรับไว้ได้ การสอน คือ การที่ผู้สอนทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง และการสอน คือ การแนะแนวทางให้แก่ผู้เรียนโดยใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเจริญงอกงามและพัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนาตามวัตถุประสงค์ของการเรียน มานี ชูไทย (2521, หน้า 65) กล่าวว่า การสอนคือ กระบวนการที่ส่งเสริมหรือช่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การสอนแบบใหม่ มุ่งจะให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็นรู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สุทิศ วรศิริ (2534, หน้า 12) ได้อธิบายว่า การสอนเป็นการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้งความสามารถอื่น ๆ ที่นำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิมให้เกิดพฤติกรรมมุ่งหวัง

ฮุสตัน (Houston, 1976, pp.144) กล่าวว่า การสอน หมายถึง การใช้ความรู้ซึ่งมีหลักการ และเหตุผลในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้อื่นหรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การสอนเป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วย

1. การวางแผนหลักสูตร (Curriculum Planning Phase) หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของการสอน ตลอดจนการเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้เรียน

2. การสอน (Instructing Phase) หมายถึง การเลือกวิธีการสอนและเทคนิคการสอน ทำการสอนให้เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3. การวัดผล (Measuring Phase) หมายถึง การเลือกวิธีวัดผลที่เหมาะสมกับผู้เรียน และการวิเคราะห์ผล

4. การประเมินผล (Evaluating Phase) หมายถึง การประเมินผลการสอนทั้งหมด ตั้งแต่การวางแผนหลักสูตร ตลอดจนความเที่ยงตรงในการวัดผลของผู้สอน

สมจิต หนูเจริญกุล (2534, หน้า 33-35) ได้กล่าวถึงหลักในการสอนผู้ป่วย ดังนี้

1. สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเอง ในบางอย่างมาบ้าง และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ ดังนั้นพยาบาลจะต้องได้ถามและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขามีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่าพยาบาลสนใจค้นหาความต้องการของเขาในการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ยาก ล้อมประสาท มีไข้สูง มีภาวะเครียด หรือมีความวิตกกังวลสูง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนั้น ต้องสอนให้แจ่มชัด เฉพาะเจาะจง และใช้เวลาสั้น ๆ

4. การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ในกระบวนการเรียนรู้สอน ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ให้ผู้ป่วยมีโอกาสสัมผัสหรือฝึกหัดการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง เช่น การฝึกกายบริหารร่างกายภายหลังคลอด เป็นต้น

5. การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม ผู้ป่วย ต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการเรียน กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องชี้แจงแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงการติเตียน ให้คำชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

6. เนื้อหาและวิธีสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลจะต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การจัดควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมและไม่ขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ เช่น ถ้ามีสิ่งรบกวน อาจจะต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เพราะความไว้วางใจและความเป็นมิตรจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสอน เป็นการจัดสถานการณ์ หรือกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การสอนยังช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา รวมทั้งความสามารถอื่นๆ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิมให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวัง

การให้ความรู้นั้นแบ่งได้หลายแบบด้วยกัน แต่โดยทั่วไปจะแบ่งกว้าง ๆ ได้ 2 แบบ คือ การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว และการสอนแบบกลุ่ม การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว เกิดจากความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถ ความถนัด ความพร้อม และความสนใจ การช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนตามความพร้อมและความสนใจของแต่ละคนย่อมทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ส่วนการสอนเป็นกลุ่ม เป็นการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้จากผู้สอนแล้วยังเรียนรู้จากผู้เรียนอีกด้วย โดยการสอนแบบนี้เหมาะสำหรับผู้เรียนที่มีความสนใจในสิ่งๆ เหมือนกัน ที่ปัญหาค่อนข้าง ๆ กัน เวลาและความพร้อมที่จะเรียนตรงกัน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้เรียนเลือกวิธีการให้ความรู้แบบการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว เนื่องจากระยะเวลาและความพร้อมของมารดาที่มาใช้บริการต่างกัน ประกอบกับ การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว จะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้มาใช้บริการได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการดูแลตนเองได้ (Orem 1980 : 68)

การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว

เป็นการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้เฉพาะเรื่องคือ การให้ความรู้ คำแนะนำ ในปัญหาเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังมีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการ จะได้มีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ข้อดีของการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว

การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้สอนผู้ป่วยมากวิธีหนึ่งเพราะวิธีนี้มีผลดีคือ (สุนทรี ภาณุทัต, 2524, หน้า 16)

1. ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ฉะนั้น การให้ความรู้จะตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เพราะผู้ป่วยแต่ละคนแม้จะเป็นโรคเดียวกันก็มีความแตกต่างกันมากเกี่ยวกับภูมิหลัง ความรุนแรงของโรค การรักษา โรคแทรกซ้อน ฯลฯ

2. ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจน สามารถแก้ไขปัญหาเองได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจปัญหาของตนเอง หรือแก้ปัญหาลำบากไม่ได้

3. สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที หากวิธีการสอนยังไม่เหมาะสม ก็สามารถเปลี่ยนวิธีการได้

และจากการถ่ายทอดความรู้โดยตรงแบบตัวต่อตัว face to face (อ้างใน วรณวิไล จันทรภา, 2531, หน้า 380-381) พบว่า ทำให้สามารถแก้ปัญหาลำบากเฉพาะรายบุคคล และสามารถ กระตุ้นให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วย

การสอนอย่างมีแบบแผนนั้น สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลที่ดีในการ ดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแผนการ รักษา และยังมีผลลดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังเช่น

ชญาพร คงเพชร (2528) ได้ทำการสอนอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ เมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อ ฉายแสงครบ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีสถานะสุขภาพดีกว่าผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หทัยา เจริญรัตน์ (2531) ได้ทำการสอนอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการ ยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการสอนตามปกติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมี บำบัดครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 ครั้ง ส่วนคะแนนภาวะ สุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมพร ชินโนรส (2525) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดนิ่วในไต เกี่ยวกับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได ้รับการสอนอย่างมีแบบแผนนั้น มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสูงกว่ามีการใช้ยาแก้ปวด และเกิด ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า รวมทั้งระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

จากผลการศึกษาการสอนอย่างมีแบบแผนดังกล่าวข้างต้นนี้ จะเห็นว่าหลังการสอนแล้วผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับการสอนนั้นไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จะเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่าง ๆ จากความรุนแรงของโรคได้

4. ทำให้ทราบว่าควรจะให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแต่ละคนมากน้อยเพียงใด และในแง่ไหนบ้าง

5. เป็นการสร้างสัมพันธไมตรีที่ดีต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้สอนและผู้ป่วยให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสรอบถึงปัญหา ข้อสงสัย ความไม่พอใจ ฯลฯ ของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่และบริการของโรงพยาบาล

จะเห็นว่าการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัวเป็นการสอนที่สนองต่อความสนใจ ความสามารถ และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม ดังเช่น เพ็ญศรี สุโรจน์ และคนอื่น ๆ (2524) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขและประสิทธิภาพการชักจูงให้ประชาชนมารับบริการวางแผนครอบครัว โดยให้พยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้สอนขณะเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัวได้ผลดีกว่าการสอนเป็นกลุ่ม เครบเธอร์ (Crabtree, 1978, pp.11-16) ได้ศึกษาและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลที่ได้จากการสอน โดยเปรียบเทียบระหว่างการสอนก่อนผ่าตัดเป็นกลุ่มกับการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว พบว่า การสอนรายกลุ่มเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว

การเปลี่ยนแปลงภาวะร่างกายและจิตใจภายหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวด้านโครงสร้างและสรีระในมารดาหลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก

1. เต้านมหลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก เต้านมมีขนาดเท่ากับเต้านมในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ หัวนมและเต้านมนุ่ม ไม่มีก้อนและกดไม่เจ็บ ในระยะนี้มารดาที่มีสุขภาพแข็งแรง และได้ผ่านการเตรียมเต้านมตั้งแต่วัยตั้งครรภ์มาก่อน น้ำนมมารดาอาจจะเริ่มไหล การให้ทารกดูดนมในระยะนี้ จึงเป็นการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม เพื่อให้การไหลของน้ำนมสะดวกขึ้น นอกจากนี้ การคลำการคลึงหัวนมและการนวดเต้านมในระยะนี้ ยังเป็นการกระตุ้นมดลูกให้หดตัวแรง ซึ่งอาจจะก่อความเจ็บปวดมดลูกมากขึ้น

ในระยะ 1-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การหดตัวของมดลูกรุนแรง มักก่อความเจ็บปวดมดลูกมาก (After Pain) ซึ่งระดับความเจ็บปวดจะแตกต่างกันตามระดับการรับรู้ของมารดาแต่ละบุคคลมารดาโดยทั่วไปมักสามารถทนทานความเจ็บปวดนี้ได้

สำหรับความผิดปกติเกี่ยวกับมดลูกในระยะนี้ คือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี เช่น มดลูกนุ่ม ยอดมดลูกลอยตัวสูงกว่าระดับสะดือด้านขวาของท้อง ทั้งนี้ด้วยกลไกการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดี หรือเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะเต็ม กระเพาะปัสสาวะดันมดลูกให้ลอยตัวสูงขึ้น

3. ผนังมดลูก หลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก การหลุดลอกของผนังมดลูกชั้นฟังก์ชันนอล (Functional Layer) ทำให้เลือดและน้ำเหลืองปริมาณมากขับออกมาทางช่องคลอด ใน 1-24 ชั่วโมงแรก น้ำคาวปลาเป็นสีแดงของเลือดสด เรียก น้ำคาวปลาสีแดง (Lichia Rubra) ปริมาณน้ำคาวปลามักชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน 2 แผ่นต่อชั่วโมง ในช่วงชั่วโมงแรก ชั่วโมงที่ 2-4 หรือจนกระทั่ง ชั่วโมงที่ 6-8 ปริมาณน้ำคาวปลาชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน 1 แผ่นต่อชั่วโมง และหลัง 8 ชั่วโมงถึง 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำคาวปลาจะเท่ากับระดูในวันแรก (Auvenshine & Enriquez, 1990, p.489 Bull & Lawrence, 1985, p.317)

ถ้าเส้นเลือดที่ผนังมดลูกฉีกขาดมาก แผลที่มดลูกยาว หรือมีประวัติโรคเลือด จะมีเลือดออกมากและออกนาน ซึ่งอาจจะปรากฏเป็นลิ่มเลือดก้อนใหญ่และหรือมีเลือดไหลริน ต้องใช้ผ้าอนามัยจำนวนมากกว่ามาตรฐานที่กำหนด

4. ฝีเย็บ (Perineum) หลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก ผิวหนังที่ฝีเย็บมักมีรอยข้ำ และรอยแผลที่ผ่านการซ่อมแซมใหม่ เนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บมักมีอาการบวมเล็กน้อย และปากฝีเย็บในระดับที่สามารถทนทานได้

สำหรับความผิดปกติที่อาจจะเกิดที่ฝีเย็บระยะนี้ คือ เนื้อเยื่อที่ฝีเย็บบวม เสียวจล้า ให้มารดาเจ็บปวดฝีเย็บมาก ปานกลาง

5. การขับถ่ายปัสสาวะ หลังการคลอด 1-24 ชั่วโมง ผลจากการคลอดที่ยาวนาน ผลจากการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และทางคลอด ผลจากยาดมสลบ ยาชาและการลดลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้ประสิทธิภาพการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้สภาพจิตใจที่ไม่พร้อมจะขับถ่ายเนื่องจากกลัวเจ็บแผลที่ฝีเย็บ อาจจะทำให้ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ จนเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ

6. การขยับถ่ายทางทวารหนัก หลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก ความบอบซ้ำของเนื้อเยื่อ บริเวณทวารหนักและฝีเย็บ อาจจะทำให้การไหลเวียนไม่ดี หรือทำให้มีเลือดคั่งที่ทวารหนักมาก ทวารหนักอักเสบหรือเป็นริดสีดวงทวารหนัก และเมื่อร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย การนอนพักบนเตียงนอนที่ยาวนาน จึงอาจทำให้ท้องผูกหรือท้องอืดหลังการคลอดได้

7. สัญญาณชีพ (Vital Signs)

อุณหภูมิ หลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก ผลจากการเสียน้ำจากการคลอด การลดลงของฮอริโมนเพศ และการใช้พลังงานอย่างมากทั้งในระยะคลอดและหลังการคลอด ทำให้ร่างกายมีไข้แต่อุณหภูมิมักไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส และอาการไข้มักปรากฏไม่เกิน 24 ชั่วโมงแรกหลังการคลอด สำหรับในรายที่มีอาการไข้เกินกว่า 24 ชั่วโมง มักมีการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อมักเกิดวันที่ 2-10 หลังจากการคลอด (Buckley, 1993, p.526)

ชีพจร ชีพจรโดยทั่วไปในมารดาหลังการคลอด 6-8 ชั่วโมง มักช้าลง คือ ระหว่าง 50-70 ครั้งต่อนาที ทั้งนี้เพราะความอ่อนเพลียและกลไกชดเชยการเสียน้ำที่เกิดในระยะแรกหลังการคลอด (Gorries, et . al ., 1994, p.420) ถ้าชีพจรเร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที โดยไม่มีไข้ จะต้องระวังการตกเลือดหลังคลอด แต่ถ้าชีพจรช้าลงกับชีพจรเร็ว อาจจะเป็นเนื่องจากความรู้สึกตื่นเต้นหลังการคลอด แต่ถ้ามีอาการไข้ร่วมกับชีพจรเร็ว มักมีการติดเชื้อ (May & Mahlmeister, 1994, p.786) แต่โดยทั่วไปชีพจรมักกลับสู่สภาพปกติใน 3 เดือนหลังการคลอด

ความดันโลหิต หลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก ความดันโลหิตมักสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย และจะกลับสู่สภาพปกติ ในรายความดันโลหิตบนสูงมาก การเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่งหรือท่านั่งเป็นท่านอนอย่างกะทันหันอาจทำให้เป็นลมหน้ามืด เรียก Orthostatic Hypotention แต่ถ้าความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงโดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนท่า อาจจะเป็นการตกเลือดหลังการคลอด ในมารดาที่มีประวัติความดันโลหิตไม่ลดลงและมีแนวโน้มสูงขึ้นร่วมกับอาการปวดศีรษะ นัยน์ตาพร่ามัว แสดงว่ามารดายังมีสภาพเสี่ยงต่อการชักหลังคลอด

การหายใจ โดยทั่วไปภายหลังการคลอดปกติ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ในรายที่มีอัตราการหายใจเร็ว อาจมีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและปอด จึงต้องเฝ้าระวังเป็นกรณีพิเศษ

การปรับตัวด้านจิตอารมณ์และสังคมในระยะ 1-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

หลังคลอด 1-24 ชั่วโมง จากการศึกษาของ อเมนต์ (Ament, 1990) ยืนยันวันนี้เป็นระยะของการพึ่งพาสูง (Dependent Phase) หรือตรงกับระยะสตรอง เทคิง อิน (Strong Taking on Phase) ตามแนวคิดของ รูบิน (Rubin) แต่การเกิดรวดเร็วและสิ้นสุดรวดเร็วกว่า คือเกิดภายใน 24 ชั่วโมง การปรับตัวด้านจิตอารมณ์และสังคมในมารดาในระยะนี้ เป็นช่วงที่มารดาส่วนมากตื่นตัวและพูดมาก มีความต้องการพูดถึงประสบการณ์การตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมา มีความวิตกกังวลต่อทารกที่เกิด ต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการรับรู้เกี่ยวกับเพศและลักษณะทารกที่ให้กำเนิด ต้องการประคับประคองทางจิตอารมณ์และสังคมจากสามี ญาติและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และต้องการพักผ่อนจึงต้องการดูแลกิจวัตรทดแทน ทั้งนี้เพราะความอ่อนเพลียและความเมื่อยล้าจากการคลอด ตลอดจนความต้องการใช้พลังงานเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะหลังคลอด

ในระยะนี้หากมารดามีสภาพร่างกายแข็งแรงและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์มารดาจะสามารถดูแลตนเองเรื่องการพักผ่อน อาหาร และความสะอาดของร่างกาย

การปรับตัวด้านโครงสร้างและสรีระในมารดาหลังการคลอดชั่วโมงที่ 24-72

1. เต้านม หลังคลอดวันที่ 2-3 ขนาดของเต้านมจะขยายใหญ่ขึ้นอย่างชัดเจน น้ำนมเหลือง (Colostrum) ซึ่งเป็นน้ำนมที่มีสารอาหารโปรตีน กลีโคเจน และภูมิคุ้มกันโรค (IgA) ปกติ น้ำนมมารดาจะเริ่มไหลตั้งแต่วันแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการเตรียมให้นมมารดาดังแต่ตั้งครรภ์ แต่ในรายมารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม การหลั่งน้ำนมมักเกิดอย่างช้าวันที่ 2 หลังการคลอด ในครรภ์หลัง และวันที่ 3 หลังการคลอดในมารดาครรภ์แรก และโดยทั่วไปหลังจากนี้ปริมาณน้ำนมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในรายที่มีภาวะระบายน้ำนมไม่ดี มักเริ่มมีอาการคัดตึง เมื่อสัมผัสเต้านม จะรู้สึกแข็ง เจ็บปวดเต้านมมาก โดยความเจ็บปวดจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นในมารดาครรภ์หลัง ความถ่วงของน้ำหนักเต้านม อาการคัดตึงเต้านมจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่ 3 ถึง 1 สัปดาห์หลังการคลอด (Horowitz & Gomella, 1993, p.130)

2. มดลูก หลังคลอดวันที่ 2-3 ความรุนแรงและจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูกจะลดลงมาก การให้ทารกดูดนมกระตุ้นในระยะนี้ จะมีผลทำให้มดลูกหดตัวแรงขึ้นเล็กน้อย และทำให้ปวดมดลูกเพิ่มขึ้น แต่จะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น หากทำการวัดยอดของมดลูกระยะนี้ ยอดมดลูกจะต่ำกว่าสะดือ 2-3 FB (1-2 นิ้ว) โดยระดับยอดของมดลูกจะลดลงวันละ 1-2 เซนติเมตร หรือ $\frac{1}{2}$ - 1 นิ้ว (Burroughs, 1992, p.32)

หลังคลอดวันที่ 4-5 ในมารดาบางรายจะคล้ายอดนมมดลูกไม่ได้ แต่โดยทั่วไปจะยังคงคล้ายอดมดลูกได้สูงกว่าหัวหน้าประมาณ 3 นิ้ว หลังคลอดวันที่ 9-12 จึงคล้ายอดมดลูกไม่ได้ (Burroughs, 1992, p.32) แต่อย่างไรก็ตาม มดลูกจะกลับสู่สภาพปกติอย่างสมบูรณ์หลังคลอด 6-8 สัปดาห์ สำหรับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ คือ เมื่ออกนมมดลูกเพียงเบา ๆ มีอาการเจ็บปวดมดลูกมาก แสดงว่าอาจจะมีอาการอักเสบและติดเชื้อที่เยื่อมดลูก

3. ฝึบ หลังคลอดวันที่ 2-3 อาการบวมที่ฝึบมักลดลง รอยแผลที่ฝึบมักไม่มีน้ำเหลืองหรือเลือดซึมออก อาการบวมที่ฝึบในระยะนี้ จึงเป็นเพียงอาการตึงแผลฝึบเล็กน้อย

หลังคลอดวันที่ 4-9 สีน้ำตาลปลาที่ซึมออกจากแผลในโพรงมดลูกมักเป็นสีฟางจาง เรียก โลเกีย ซีโรซา (Lochia Serosa) และหลังคลอดวันที่ 10-14 หรืออย่างช้า 10-21 น้ำคาวปลาจะเป็นสีฟางใส เรียก โลเกีย แอลบา (Lochia Alba)

หมายเหตุ ปริมาณและสีของน้ำคาวปลาแตกต่างกันในมารดาแต่ละบุคคล แต่ที่เหมือนกัน คือ ปริมาณน้ำคาวปลาจะค่อย ๆ ลดลง และน้ำคาวปลามักจะหมดภายหลังการคลอด 2-3 สัปดาห์ หรืออย่างช้า 4-5 สัปดาห์ (จตุพล, 2535, หน้า 133) และสีน้ำตาลปลาจะเป็นเลือดปนลดลงตามจำนวนวันที่ผ่านไป ในรายที่น้ำคาวปลาผิดปกติ น้ำคาวปลาจะมีกลิ่นเหม็น น้ำคาวปลาออกนานหรือมีลิ่มเลือดก้อนใหญ่ (May & Mahlmeister, 1994, p.787) หรือกลับมีเลือดสดออกหลังจากน้ำคาวปลาได้เปลี่ยนสีเป็นสีเลือดจาง

4. การขับถ่ายปัสสาวะ หลังคลอดวันที่ 2-3 ในมารดาที่เคยปัสสาวะค้างและเคยรับการสวนปัสสาวะมาก่อน มักเสี่ยงต่อการปัสสาวะเองไม่ได้และหรือปัสสาวะค้าง แต่โดยทั่วไปหลังคลอดปกติวันที่ 4 การขับถ่ายปัสสาวะมักเป็นไปตามปกติ

5. การขับถ่ายอุจจาระ หลังคลอดวันที่ 3 หรือภายหลังการคลอด 48 ชั่วโมง หากมารดายังไม่ถ่ายอุจจาระ แสดงว่ามารดาท้องผูก ซึ่งภาวะท้องผูกอาจจะมีอาการท้องอืดร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม สาเหตุของท้องผูกนั้นอาจเป็นเพราะไม่ยอมถ่ายอุจจาระเนื่องจากปวดแผลฝึบ รับประทานอาหารากน้อย ดื่มน้ำน้อย เสียเลือดจากการคลอด หรือการนอนพักบนเตียงยาวนานเกินไป จนทำให้ลำไส้ขาดการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายปกติ

6. การลดน้ำหนักและการเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง หลังคลอดทันที น้ำหนักมารดาจะลดลงประมาณ 5-6 กิโลกรัม (คำนวณจากน้ำหนักทารก รกและน้ำคร่ำที่ขับออกมา) ต่อมาอีก 2-3 สัปดาห์ น้ำหนักตัวของมารดาจะลดลงอีก 2-3 กิโลกรัม (Gorries, 1994, p.423) และกล้ามเนื้อหน้าท้องจะค่อย ๆ ตึงตัวขึ้นในเดือนที่ 2-3 (เทียมศร ทองสวัสดิ์,

2534) โดยลายที่หน้าท้อง (Striae Gravidarum) ไม่จางหายไป ในมารดาที่มีบุตรหลายคน กล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งผ่านการยืดตัวหลายครั้ง หน้าท้องอาจจะหย่อนยานเป็นถุง เรียก แพนดูลัส แอบโดเมน (Pendulous Abdomen) การหย่อนยานของกล้ามเนื้อหน้าท้องนี้ นอกจากจะทำให้ บุคลิกเสียไปแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการทรงตัว ทำให้ปวดหลังอีกด้วย ในกรณีต้องการใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องจะอ่อนแอ ไม่มีแรงเบ่งถ่ายและแรงเบ่งคลอด เป็นต้น

7. ระบุ การกลับมีระดูและการตกไข่หลังการคลอด ระยะเวลาของการกลับมีระดู ครั้งแรกแตกต่างกันในมารดาแต่ละบุคคล ปริมาณระดูครั้งแรก มีรายงานว่ามากกว่าภาวะปกติ และการมีระดูมักไม่เกี่ยวข้องกับการตกไข่ สำหรับการตกไข่ ระยะเวลาของการตกไข่ครั้งแรก แตกต่างกันในมารดาแต่ละบุคคล เช่น การศึกษาของ สมพล และคณะ (2518) โดยการตัดเยื่อชั้นฟังก์ชันนอลของผนังมดลูก (Functional Layer ของ Endometrium) ในมารดาที่มาตรวจ หลังคลอด 6-8 สัปดาห์ จำนวน 210 ราย พบว่า มารดาที่ไม่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร์้อยละ 19.5 มีไข่ตก ในรายให้นมมารดาพร้อมกับให้นมผสมพบร้อยละ 6.7 และร้อยละ 2.9 ในมารดาที่ให้นมมารดา นอกจากนี้รายงานยังบอกว่า ไข่ตกเร็วที่สุด 36 วันหลังคลอด

การปรับตัวด้านจิตอารมณ์และสังคมในมารดาหลังคลอดชั่วโมงที่ 24-72

การปรับตัวของมารดาในระยะนี้เป็นระยะกึ่งพึ่งพา (Dependent-Interdependent Phase) หลังคลอด 24 ชั่วโมงแรกในมารดาที่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ วันที่ 2-3 หลังการคลอด มารดาจะเริ่มสนใจตนเอง ต้องการพึ่งพาตนเอง สามารถดูแลตนเอง มีความพร้อมต่อการเรียนรู้ เพื่อการดูแลบุตรและยอมรับบุตรที่เกิด มารดาจึงมักมีพฤติกรรมชักถาม อ่านหนังสือเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ต้องการการแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร (May & Mahlmeister, 1994, p.79) และสามารถแสดงบทบาทมารดาสมบูรณ์ในวันที่ 10 ในระยะนี้ถ้าเรียกตามแนวคิดของ รูบิน ว่า ระยะเทคกิง โฮ (Taking Hold Phase)

หลังคลอดวันที่ 10 เป็นต้นไป ระยะเลตติง-โก (Letting Go Phase) ในมารดา หลังคลอดตามทัศนะของ รูบิน (Rubin) ระยะนี้มารดาจะเริ่มแยกตัวเองจากบุตร เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ กับสภาพแวดล้อมและสังคม สามารถดูแลตนเองและดูแลบุตร มีพฤติกรรมห่วงใยบุตร และมักพบ พฤติกรรมคอยสงสัยเสีย ตรวจสอบบุคคลที่มอบหมายให้ช่วยเลี้ยงบุตรเสมอ ทั้งนี้เพราะภายใต้ จิตสำนึกยังมีความวิตกกังวลและเศร้าโศกต่อบทบาทมารดา (May & Mahlmeister, 1994, p.79)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมัครใจ พิศาล (2518) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ เรื่อง การปฏิบัติตนของมารดาที่ได้รับคำแนะนำ และไม่ได้รับคำแนะนำในระหว่างตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาล ศิริราช โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างประชากรออกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำ จำนวน 30 คน ผลปรากฏว่า

1. ความรู้ในการปฏิบัติตนของมารดาภายหลังคลอด โดยส่วนรวมทางด้านความคิดเห็น และความเชื่อ และด้านความรู้ และการปฏิบัติจริงของมารดากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำดีกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ทั้งโดยส่วนรวม และจำแนกตามกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ต่อเดือน

2. ความรู้ในการปฏิบัติตนภายหลังคลอดของมารดากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ จำแนกตามกลุ่มอายุ และจำแนกตามกลุ่มรายได้ต่อเดือนไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดดีกว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

สุลี ร้อยคนทา (2521) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โดยศึกษามารดาที่มา รับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ มารดาที่ได้รับคำแนะนำและฝึกฝนวิธีปฏิบัติตนเพื่อนำไปใช้ในระยะคลอด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม คือ มารดาที่ได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน พบว่า

1. มารดาซึ่งได้รับคำแนะนำก่อนคลอดและมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำจะมีพฤติกรรม ในระยะคลอดแตกต่างกัน

2. จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดพบว่า

ก. มารดาซึ่งได้รับคำแนะนำก่อนคลอดและมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำจะมีสัดส่วน การเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับความต้องการยาระงับปวด อาการผิดปกติของทารกแรกเกิด และ คะแนน Apgar Score ของทารกแรกเกิดจะแตกต่างกัน

ข. มารดาซึ่งได้รับคำแนะนำก่อนคลอด และมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ จะมีภาวะ แทรกซ้อนเกี่ยวกับระยะเวลาในการคลอด (การคลอดล่าช้า) และการฉีกขาดของช่องทางคลอด ไม่แตกต่างกัน

3. มารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอด มีความคิดเห็นต่อการคลอดครั้งปัจจุบันไปในทางบวกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอด

4. มารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอดส่วนใหญ่ ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเริ่มให้คำแนะนำก่อนคลอด ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์

ศิริวรรณ เจริญ (2521) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยในด้านความต้องการการพยาบาลหลังคลอด พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เกี่ยวกับความต้องการการสอน และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นอันดับแรก จึงเห็นว่าการสอนการแนะนำผู้ป่วยหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งพยาบาลไม่ควรละเลย เพื่อให้ความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

สะอาด มุ่งสิน (2537) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น หลังจากการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดมีค่าสูงขึ้น และมีความแตกต่างกับคะแนนก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการปฏิบัติในเรื่องการทำงานของมารดาหลังคลอด และการดูแลการหลั่งนมนของทารก และคะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมทรง คำฝ่าย (2541) ศึกษาเรื่องผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป และเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมเป็นเวลา 3 วันก่อนจำหน่าย พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้อง หรือเหมาะสมกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำมาปรับเพื่อนำมาใช้ในการสร้างแผนการสอนให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของมารดาภายหลังคลอด และได้ทำการถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการศึกษาสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่ดีได้ ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นเพียงผู้แนะนำ และติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ถ้ามารดาหลังคลอดมีความรู้ที่ถูกต้องก็จะสามารถปฏิบัติตนภายหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งต่อมารดาและทารกได้อีกด้วย

กรอบแนวคิดในการศึกษาผลการถ่ายทอดความรู้โดยตรงแบบตัวต่อตัวต่อการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ คือ

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

