

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบเป็นพื้นฐานในการศึกษา เรียบเรียงเป็น 3 หัวข้อ คือ

1. แนวคิดเรื่องการดูแลมารดา
2. แนวคิดการดูแล
3. แนวคิดเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย

แนวคิดเรื่องการดูแลมารดา

การให้การดูแลมารดา หมายถึง การเฝ้าระวังรักษาและป้องกันมารดาที่ตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด ไม่ให้มีอันตรายจากการตั้งครรภ์โดยตรง หรือโดยอ้อม หรือการดูแลเพื่อการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดา

การดูแลระหว่างตั้งครรภ์

1. การส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อสตรีรู้ว่าตัวเองตั้งครรภ์ ควรได้รับการฝากครรภ์ ซึ่งในการฝากครรภ์ครั้งแรกนั้นจะสร้างความวิตกกังวลให้มารดาเป็นอย่างมาก จึงต้องการการช่วยเหลือทางการแพทย์ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสตรีก่อนตั้งครรภ์ สุขภาพสตรีขณะตั้งครรภ์ สภาพอารมณ์และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในอดีต ทั้งหมดนี้พยาบาลต้องทำการประเมินตั้งแต่มารดาฝากครรภ์ครั้งแรก ให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เพื่อการมีสุขนิสัยที่ดี ลดความเสี่ยงและไม่สุขสบายต่างๆ ในการตั้งครรภ์ การดูแลในระยะนี้มีวัตถุประสงค์โดยทั่วไปคือ

(1) ลดความไม่สบายด้านร่างกายและอารมณ์ เพิ่มความอึดเอาจแก่
มารดา

(2) เสริมสร้างสุขอนามัย เพื่อประโยชน์แก่มารดาและทารก

(3) ให้ความเฝ้าทารกตามสภาพที่พึงปรารถนา

(4) ทารกมีสุขภาพสมบูรณ์

(5) เตรียมบทบาทการเป็นมารดา

(6) เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก

1.1 การมาฝากครรภ์ครั้งแรก มารดาส่วนใหญ่จะมีความเครียด พยายาม
ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย เพื่อการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปด้วย การซัก
ประวัติที่จำเป็นได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยสุขภาพ
มารดาในปัจจุบัน ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับ
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีความจำเป็นใช้ในการระวางปัญหาที่อาจเกิดขึ้น
กับหญิงมีครรภ์ เช่น ประวัติโรคหัวใจ และโรคความผิดปกติของยีนของบุคคลในครอบครัว
ข้อมูลสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ นักหนักเด็กและความยาวของ
บุตรคนก่อน จะช่วยในการคาดคะเนการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน การตรวจร่างกาย จะตรวจทุก
ระบบของร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาลผดุงครรภ์ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ซึ่งนักหนัก ตรวจเลือด
ตรวจปัสสาวะ การตรวจวัดเชิงกรานเพื่อประเมินช่องทางคลอด และการตรวจพิเศษอื่น ๆ ใน
รายที่มีความเสี่ยงในเรื่องนี้

1.2 การมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป หลังจากที่มารดาได้รับการการมาฝาก
ครรภ์ครั้งแรกแล้วก็จะมีการนัดมารดามาตรวจทุก 1 เดือน จนอายุครรภ์ถึง 7 เดือน ทุก 2
สัปดาห์ จนอายุครรภ์ถึง 8 เดือน และทุก 1 สัปดาห์ จนถึงกำหนดคลอด การมาตรวจของ
มารดาแต่ละครั้ง จะได้รับการบริการการพยาบาล ซึ่งนักหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะเพื่อ
ดูไข่ขาวและน้ำตาล และการตรวจทางหน้าท้องโดยระดับยอดมดลูกเพื่อดูความก้าวหน้าของ
การตั้งครรภ์ที่ควรเป็น การตรวจดูส่วนหน้าและคลำท่าเด็ก

ในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง มารดาจะได้มีการพัฒนาความรู้สึกรู้วางใจใน
ตัวผู้ให้บริการ ถ้ามารดามีความไว้วางใจในการดูแลสุขภาพที่ได้รับ ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำ
ของผู้ให้บริการ

2. อาหารสำหรับมารดาตั้งครรภ์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมารดาและทารก เพราะมารดาที่มีน้ำหนักน้อยระหว่างตั้งครรภ์ทารกในครรภ์ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะมีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนดหรือพิการได้ ซึ่งน้ำหนักที่ยอมรับได้ในมารดาตั้งครรภ์คือ ตลอดระยะตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักเพิ่มไม่เกิน 11 กิโลกรัม โดยเพิ่ม 2-3 กิโลกรัมในระยะ 20 สัปดาห์แรก และหลังจากนั้นเพิ่มสัปดาห์ละ 1/2 กิโลกรัม อาหารสำหรับมารดาที่จำเป็นสามารถจัดเป็น 4 กลุ่มคือ

- 2.1 อาหารจำพวกนม
- 2.2 อาหารจำพวกเนื้อสัตว์
- 2.3 อาหารจำพวกผักและผลไม้
- 2.4 อาหารจำพวกขนมปังที่มีวิตามินสูง

พยายามควรทำให้คาบรักษาแก่มารดา สำหรับเรื่องอาหารโดยคำนึงถึงสุขนิสัย การกิน ทักษะคติ วัฒนธรรมและฐานะเศรษฐกิจของมารดา การให้มารดาได้เล่าถึงอาหารที่ได้รับประทานตลอด 24 ชั่วโมง จะทำให้สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือได้

3. การให้การพยาบาลและการส่งเสริมให้มารดาดูแลตนเอง ในระยะนี้มารดาจะมีความรู้สึกไม่สุขสบายเป็นอย่างมากตลอดระยะเวลา 9 เดือน เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ พยายามควรได้ช่วยให้ความรู้สึกไม่สุขสบายนี้น้อยลงโดยให้คำแนะนำแก่มารดาเพื่อนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง

3.1 อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) เป็นเรื่องปกติของมารดาตั้งครรภ์ในระยะแรกไม่เกิน 16 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะมีอาการตอนเช้า มารดาสามารถป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยง ไม้ให้ท้องว่าง หรืออึดจนเกินไป ไม่รับประทานอาหารที่มีกลิ่นรุนแรง และไขมันมาก รับประทานขนมปังกรอบทุก 1 ชั่วโมง หลังจากตื่นนอน ดื่มน้ำชาร้อนหรือน้ำผลไม้ มารดาต้องฝึกรับประทานอาหารน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง งดอาหารเผ็ดร้อน อาหารปนมัน และทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร ถ้ามีอาการรุนแรงให้พบแพทย์

3.2 อาการจุกเสียดหัวใจ (Heartburn) ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ แต่มีสาเหตุจากมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น จนบีบรัดกระเพาะอาหารขึ้นถึงหลอดอาหาร (Esophagus) แก้ไขโดยที่มารดาออกกัลังกาย ซิท-อัพ (sit up) 30 นาที หลังจากรับประทานอาหารมีกลางวันหรือมือเย็นเพื่อลดการระคายเคืองต่อหลอดอาหารตอนบน งดอาหารที่มีแก๊สและอาหารปนมัน ปรึกษาครครตามแพทย์แนะนำ

3.3 อาการท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาปกติของมารดาตั้งครรภ์ เนื่องจากการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการดูดซึมของน้ำจากอุจจาระมากขึ้น จากการศึกษาตัวของมดลูก การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกิน มารดาควรดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารประเภทผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น ห้ามสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์

3.4 อาการปัสสาวะบ่อย (Urinary frequency) ปัญหานี้พบในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการขยายตัวของมดลูกและเป็นมากขึ้นในระยะหลังคลอดไปเบียดกระเพาะปัสสาวะ โอกาสที่จะเกิดการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะมีมาก มารดาต้องดื่มน้ำมากในแต่ละวัน การมาตรวจพยาบาลต้องดูผลการตรวจปัสสาวะ

3.5 อาการท้องอืด (Flatulence) ระหว่างตั้งครรภ์ จะมีแก๊สในลำไส้ มาก มารดาต้องรับประทานอาหารที่ละน้อย และพยายามถ่ายอุจจาระทุกวัน

3.6 อาการปวดหลัง (Backache) เกิดขึ้นเนื่องจากการโตของมดลูก จุดศูนย์ถ่วงและการเดินของมารดาเปลี่ยนไปเกิดการดึงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และการขยายของช่องเชิงกรานของฮอร์โมน มารดาควรได้ฝึกตัวเองในท่าที่ถูกต้อง การประคบด้วยความร้อนเมื่อปวดมาก และพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้

3.7 อาการเส้นเลือดขอด (Varicose veins) มีสาเหตุจากการคลายตัวของผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด จากการขยายตัวของมดลูก มารดาไม่ควรสวมเสื้อผ้าที่คับรัด โดยเฉพาะบริเวณหัวเข่า ใช้ยาบรรเทาอาการในรายที่มีริดสีดวงทวาร (Varicosities of rectum)

3.8 อาการหน้ามืดเป็นลม (Faintness and Dizziness) มักเกิดในที่มีอากาศร้อนอบอ้าว มีคนมาก ๆ เมื่อมีอาการให้มารดาได้นอนราบลงกับพื้นตะแคงซ้ายไม่ควรนอนหงายราบเพราะบางที่อาการหน้ามืดอาจเกิดจากสาเหตุนี้ การนอนราบจะทำให้มดลูกกดเส้นเลือดมากขึ้น (Inferior vena cava) หรือบางที่การหน้ามืดเป็นลมอาจเกิดจากการขาดน้ำตาลในเลือด แนะนำให้มารดามีของว่างติดตัวไว้ด้วย

3.9 การเป็นตะคริวที่ขา (Leg cramps) เนื่องจากการไปเลี้ยงของเลือดที่ส่วนขาไม่เพียงพอ ช่วยได้โดยมารดาได้มีการขยับเขยื้อนขาบ่อย ๆ และการกินแคลเซียม

3.10 การบวมของหลังเท้าและข้อเท้า (Swelling of feet and ankle) ส่วนใหญ่มีอาการตอนเย็นเกิดจากการไม่ไหลกลับของเลือดจากส่วนล่างของร่างกาย อาการจะน้อยลงในตอนกลางคืน มารดาควรได้พักผ่อนมาก ๆ นอนในท่าตะแคงซ้ายมีการขยับเขยื้อน

ทำบ่อย ๆ เวลานิ่งและอาจเป็นอาการของโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลแพทย์ ควรได้สังเกตระวังไว้ด้วย

4. การให้สุขศึกษาสำหรับดูแลตนเอง

4.1 การอาบน้ำ ควรอาบน้ำบ่อยครั้ง โดยการตักอาบ เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางช่องคลอด

4.2 การออกกำลังกาย ควรมีให้พอเหมาะโดยการเดิน หรือปั่นจักรยานอยู่กับที่

4.3 การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ แพทย์ส่วนใหญ่อนุญาตให้มารดาตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์จนถึงครบกำหนดคลอดได้ ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ มารดาจะไม่ต้องมีความต้องการทางเพศ เพราะความรู้สึกไม่สุขสบาย และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย แต่จะมีในระยะที่ 2 ของการตั้งครรภ์ที่มีความสมดุลแล้ว ไม่ควรสอดใส่อวัยวะเพศชายถึงบริเวณอุ้งน้ําคร่าเพราะอาจทําให้อุ้งน้ําคร่าแตกและคลอดก่อนกำหนดได้ ฉะนั้นถ้ามารดาที่เคยมีประวัติแท้ง หรือคลอดก่อนกำหนด ก็ควรหลีกเลี่ยงหรือจำกัดความสัมพันธ์ทางเพศ ส่วนในระยะที่ 3 มารดาตั้งครรภ์ก็จะต้องมีความต้องการทางเพศ เพราะมารดามีรูปร่างที่ไม่ถึงจุดแต่อย่างไร ก็ควรได้ระมัดระวัง

4.4 การสวนล้างช่องคลอด ไม่ควรทําอย่างยิ่ง เพราะเป็นการทําให้ความเป็นกรด-ด่างของช่องคลอดเปลี่ยนแปลง ทําให้การป้องกันเชื้อโรคได้ไม่ดี ถ้าเป็นการรักษาของแพทย์ ควรจะสวนล้างโดยยํา้แรงดันของน้ําต่ำ โดยถืออุ้งน้ําข้างช่องคลอดไม่สูงเกิน 6 นิ้ว จาก ระดับปากช่องคลอด

4.5 การแต่งกาย เสื้อผ้าควรหลวมพอดี ชักง่าย บางเบา ชุดที่เหมาะสมกับมารดาตั้งครรภ์คือชุดคลุมท้อง สวมเสื้อยกทรงเพื่อประคองเต้านมที่ขยายขึ้น และสวมรองเท้าส้นเตี้ยเพื่อป้องกันการหกล้ม

4.6 การดูแลเต้านม และหัวนม เมื่อมารดามีการวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมตัวเองควรให้มีการเตรียมเต้านม และหัวนม โดยการนวดและดึงหัวนมโดยยํา้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดึงโยกไปมาเบา ๆ ทุกวันหลังอาบน้ำควรทําเมื่ออายุครรภ์ 7 เดือนไปแล้ว มารดาที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ควรทําด้วยความระมัดระวัง เพราะเป็นการไปกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

4.7 การดูแลสุขภาพฟัน พยาบาลควรแนะนำให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพื่อลดอันตรายต่อเหงือก ซึ่งจะช่วยให้มีเลือดออกในระหว่างตั้งครรภ์ได้

4.8 การเดินทางและการทำงาน มารดาสามารถเดินทางไปทำงานนอกบ้านได้ตามปกติ โดยมีเวลาพักทุกวัน หลีกเลี่ยงการทำงานที่เข้าใกล้รังสี

4.9 การใช้ยา ไม่ควรใช้ยาทุกชนิด ยกเว้นการให้การรักษาของแพทย์ และควรได้ทราบผลของยาต่อเด็กในครรภ์

4.10 อาการที่ควรมาพบแพทย์ มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำไหลจากช่องคลอด ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว ไข้หนาวสั่น แขนหรือหน้าบวม ปวดท้องหรือเจ็บหน้าอก อาเจียนตลอด บัสสาวะสีแดง ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ และเด็กไม่ตื่น

5. สารที่เป็นอันตรายต่อมารดาตั้งครรภ์ การใช้สารอันตรายโดยเฉพาะในระยะแรก (First trimester) มีผลทำให้เกิดความพิการของทารกในครรภ์ เช่น โคเคอีน คาเฟอีน แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ พยาบาลควรได้อธิบายให้มารดาเข้าใจ

การดูแลมารดาในระยะคลอด

ไม่มีช่วงเวลาใดที่จะทำห้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความสำคัญของบทบาทพยาบาลในขณะคลอดในระยะนี้ เพราะขั้นตอนต่าง ๆ ของการคลอดและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ บทบาทของพยาบาลที่จะช่วยสนับสนุนความเป็นบุคคลและเป็นผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ ทว่าอย่างไรการบริการการพยาบาลจึงจะเป็นตามความคาดหวัง และให้มารดาได้รับรู้ความแตกต่างของการให้บริการที่เป็นบุคคลกับเครื่องจักร พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพอันดีตามความคาดหวังของมารดาได้ โดยการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล อธิบายขั้นตอน และให้การดูแลมารดาโดยไม่รีบร้อนเกินไป

1. การรับมารดาเข้าห้องคลอด มารดาจะได้รับการประเมินและให้บริการการพยาบาลดังนี้

1.1 ให้ข้อมูลที่เป็นสำหรัการบันทึกการคลอด

1.2 ตรวจวัดอุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต

1.3 ฟังเสียงหัวใจเด็ก

1.4 ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าและของใช้ที่จำเป็น และทำความสะอาด

1.5 ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด โดยการตรวจหน้าท้อง จับการบีบรัดตัวของมดลูก ตรวจทางช่องคลอด

2. การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม ความต้องการด้านร่างกายของมารดาเป็นสิ่งปรากฏชัดเจนและให้การตอบสนองได้ง่าย แต่ขาดการตอบสนองด้านจิตใจ ถึงแม้จะมีการรับรู้ความต้องการนั้น ก็สามารถปฏิบัติได้แตกต่างกันตามนโยบายของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จุดมุ่งหมายของการดูแลจิตใจของมารดาเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่มารดา และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการคลอด เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีแก่มารดา สามี ทารก และการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญที่จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมนี้โดยการ

2.1 ให้ข้อมูลตามความก้าวหน้าของการคลอดแก่มารดาและสามี

2.2 เสริมสร้างความสัมพันธ์เพื่อการดูแลระหว่างมารดา และญาติหรือบุคคลสำคัญ

2.3 ประเมินระดับความวิตกกังวลและความกลัวของมารดา ป้องกันไม่ให้เป็นรุนแรงขึ้น

2.4 อำนวยความสะดวกให้มารดาได้สัมผัสทารก โดยให้มารดาได้จับตัวบุตรดูนิ้วมือ นิ้วเท้า ของบุตรทันทีที่เกิด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยการให้ดูนมทันที

3. การดูแลมารดาในห้องคลอด (First stage) ระยะนี้ปากมดลูกเปิด 0-10 เซนติเมตร มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ คือมดลูกจะมีการบีบตัวแรงขึ้นเรื่อย ๆ มารดาจะเจ็บครรภ์และปวดหลังมากขึ้น มีมูกเลือดจากช่องคลอดเหนียวเหมือนจะหมดแรง ต้องการยาระงับการเจ็บครรภ์ มีความตื่นเต้น กลัว หรืออาจมีความสุข และบางครั้งจะไม่ยอมร่วมมือในการรักษาพยาบาล พยาบาลต้องปฏิบัติกรับมารดาเข้าห้องคลอดให้สมบูรณ์ที่สุด ประเมินและตรวจร่างกายมารดา เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด ป้องกันการติดเชื้อโดยการทำความสะอาดอวัยวะเพศบ่อย ๆ สอนหายใจขณะที่มีมดลูกบีบตัว ประเมินระดับความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลง อธิบายการใช้เครื่องมือเพื่อการตรวจ เช่น การใช้เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก

4. การดูแลมารดาในห้องคลอดระยะที่ 2 - ระยะที่ 4 (Secound stage-Fourth stage) การดูแลในระยษนี้เริ่มจากเมื่อปากมดลูกของมารดาเปิด 10 เซนติเมตร และได้ย้ายเข้ามาในห้องคลอด เด็กคลอด รกคลอด ถึงเมื่อมารดาอยู่ที่ห้องพักฟื้น (Recovery room)⁵

4.1 การดูแลมารดาในระยษที่ 2 (Secound stage) จัดมารดาหันอนบนเตียงขาหยั่ง ทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องและอวัยวะเพศ พยายามผู้ทำคลอด ทำคลอดด้วยวิธีปราศจากเชื้อ (Sterile technique) โดยการสวมเสื้อกาวน์ หมวก มาสค์ ถุงมือ และรองเท้า และอาจมีแว่นตาที่ใช้สำหรับป้องกันเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ การสอนเบ่ง และสอนหายใจ และบอกกล่าวในระยษต่าง ๆ ของการคลอดตลอดเวลา เมื่อเด็กคลอดแล้วให้การดูแลเด็กตามขั้นตอน

4.2 การดูแลมารดาในระยษที่ 3 (Third stage) เป็นการดูแลหลังจากเด็กคลอดจนถึงรกคลอด มารดาจะมีความเสี่ยงในเรื่องของการตกเลือด พยายามควรได้ตรวจรก สังเกตจำนวนเลือดจากช่องคลอด วัดความดันโลหิต จับชีพจรเท่าที่จำเป็น และให้ยาหดรัดตัวมดลูก มารดาในระยษนี้จะสนใจในตัวลูก ถ้าปกติ จะปรากฏอาการมีความสุขและผ่อนคลาย บางครั้งอาจหัวเราะหรือร้องไห้

4.3 การดูแลมารดาในระยษที่ 4 (Fourth stage or Immediate recovery) มารดาจะถูกย้ายจากห้องคลอดมาที่ห้องพักฟื้นและพักอยู่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนที่จะย้ายไปที่แผนกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่พักฟื้น พยายามต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรกประเมินระดับมดลูก คลื่นมดลูกไล่เลือดออกจากช่องคลอด ถ้ามดลูกยังอ่อน วางกระเป๋าน้ำแข็ง รายงานแพทย์ และสังเกตจำนวนน้ำคาวปลา การขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตอาการปวดบวมของแผลฝีเย็บ ให้สารน้ำเพียงพอ และอาการทั่วไปเช่น หน้ามืดเป็นลม

การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด มารดาต้องปรับเปลี่ยนด้านร่างกาย และจิตใจอย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่ได้อยู่ในสภาพตั้งครรรภ์แล้ว หลังจากที่ได้รับดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักรักษา ถ้าพบว่ามารดามีความปกติก็จะย้ายมาที่แผนกหลังคลอด ถึงแม้ว่ามารดาจะผ่านพ้นอันตรายจากการตกเลือดหรือซ้อคมาแล้ว แต่สิ่งที่ยังคงต้องระมัดระวังต่อไปคือ การตกเลือดในระยะหลังและการติดเชื้อ การพยาบาลโดยการประเมินการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลจะต้องเป็นกระบวนการไปด้วยกัน เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดา นอกจากนั้นการเตรียมความพร้อมของการเป็นบิดา-มารดามีข้อจำกัดเนื่องจากมารดาพักอยู่โรงพยาบาลน้อยวันแต่ต้องเผชิญกับความต้องการการพยาบาลทั้งในเรื่อง กระทั่งนั้น การดูแลบุตรและการดูแลตนเอง พยาบาลต้องเสริมสร้างครอบครัวให้ช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาให้สามารถประเมินสิ่งคิดปกติได้ ให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัวให้สามารถดูแลทารกและตนเองได้หลังจากกลับบ้าน

1. การดูแลมารดาด้านร่างกาย

1.1 การดูแลระดับและขนาดของมดลูก ในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ มดลูกจะยังรัดอยู่และสูงราวระดับสะดือ 6 วันหลังคลอดมดลูกจะเล็กลง ลดระดับมาอยู่ประมาณกึ่งกลางสะดือกับหัวเหน่า 9 วันหลังคลอดจะเล็กลงอยู่ระดับหัวเหน่าและหลังจากวันที่ 9 จะคลำทางหน้าท้องไม่พบ เราเรียกมดลูกเข้าอู่

1.2 การปวดมดลูก จะรู้สึกใน 2-3 วันหลังคลอดหรืออาจปวดในขณะให้นมบุตร

1.3 น้ำคาวปลา จะมีสีแดงใน 3 วัน จางลงในวันที่ 4-9 และอาจจนกว่า 2 สัปดาห์ ไม่มีกลิ่นเหม็น

1.4 ช่องคลอดและฝีเย็บ อาจปวดบวมเล็กน้อยจากการคลอดและตัดฝีเย็บ

1.5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต

1.6 อาการหนาวสั่นหลังคลอด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในระบบหลอดเลือด แต่ไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง พยาบาลควรได้สังเกตต่อไป

1.7 การกลับมีประจำเดือน มารดาที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง จะมีประจำเดือนภายใน 6-12 สัปดาห์ ส่วนมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองจะมีประจำเดือนช้ากว่า คือประมาณ 3 เดือน ถึง 6 เดือน

1.8 การหลังน้ำนม จะหลังโดยการดูดกระตุ้นของทารกประมาณวันที่ 3 หลังคลอดหรือเร็วกว่า

2. การดูแลมารดาด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตอาารมณ์ เป็นเรื่องธรรมดาของมารดาหลังคลอด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น โพรเจสเตอโรนและเอสโตรเจน หรือปัจจัยอื่น เช่น บทบาทการเป็นมารดา ความรู้สึกลำบาก ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว จะทำให้มารดามีภาวะเครียดมากกว่าปกติ รวมถึงการที่มีลูกพิการ การตั้งครรภ์ล้มเหลว การไม่สุขสบายด้านร่างกาย เช่น บวคแผลฝีเย็บ คัดตึงเต้านม อ่อนเพลีย พยาบาลต้องสังเกต ประเมิน และให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อมารดามีปัญหาเหล่านี้

3. การส่งเสริมเพื่อสุขภาพของมารดาและการดูแลตนเอง

3.1 การอาบน้ำ พร้อมกับการสังเกตอาการผิดปกติ หรือการอักเสบ เช่น หัวนม เต้านม และฝีเย็บ แนะนำให้อาบน้ำโดยใช้น้ำอุ่นและน้ำสะอาด แล้วเช็ดให้แห้ง

3.2 การดูแลหัวนมและเต้านม ให้สังเกตอาการบวม บวม แดงร้อน และสิ่งคัดหลั่ง ป้องกันหัวนมเป็นแผลหรือแตกโดยการเปลี่ยนข้างดูดและพัก

3.3 การดูแลฝีเย็บ เพื่อความสะดวก สุขสบายและการหายของแผล ป้องกันการติดเชื้อโดยการล้างมือให้สะอาดก่อนทำการจับต้องแผล และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวมและบวมมาก เป็นต้น

3.4 การจับถ่าย พยาบาลต้องสังเกตการจับถ่ายบัสสาวะ บันทึกจำนวนและความบ่อยของการจับถ่าย เพื่อให้ดูให้กระเพาะบัสสาวะว่างจริงๆ หลังจากรดาได้ถ่ายบัสสาวะแล้ว พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนตัวของลำไส้ การจับถ่ายอุจจาระ มารดาต้องกล้าที่จะลุกเข้าห้องน้ำโดยไม่กลัวแผลฝีเย็บแยก เป็นการเพิ่มการเคลื่อนตัวของลำไส้

3.5 อาหาร นอกจากจะได้อาหารครบทุกหมู่แล้ว มารดายังต้องดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อเพิ่มจำนวนน้ำนม พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อตามวัฒนธรรมและอาหารแสลงของมารดาหลังคลอดเป็นอย่างดี

3.6 การออกกำลังกาย เพื่อความสบาย ใช้น้ำควาปลา ป้องกันอาการหน้ามืดเป็นลม และช่วยให้สุขภาพของมารดาสูบกติเร็ว ควรเริ่มวันที่ 2 หลังคลอด โดยใช้เวลาบริหารหลังคลอด การออกกำลังกายในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ควรเหมาะสม เช่น การเดิน (Jogging) การทำงานเบา ๆ เป็นต้น

3.7 การมีเพศสัมพันธ์ ต้องมีหลังจากการหายของแผลฝีเย็บ คือประมาณ สัปดาห์ที่ 3-6 หรือนานกว่านั้น ในระยะนี้ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดจะน้อย แนะนำให้ใช้น้ำสะอาดแทนเพื่อการหล่อลื่น โดยการใช้ท่าที่ไม่ทำให้เกิดความตึงบริเวณแผลฝีเย็บมากนัก

3.8 อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ เช่น การมีน้ำควาปลานานผิดปกติและมีกลิ่นเหม็น มีไข้ หนาวสั่น ปวดในช่องเชิงกราน ปวด บวม แดงร้อนบริเวณเต้านมและฝีเย็บ ปวดเวลาขับถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น

3.9 การวางแผนครอบครัว พยายามควรได้แนะนำให้มารดา และสามีได้ตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด

3.10 การจำหน่ายมารดากลับบ้าน ก่อนกลับบ้านมารดาจะได้รับการตรวจร่างกายอีกครั้ง จากแพทย์หรือพยาบาล ในระยะนี้พยาบาลควรได้ซักถามมารดาเป็นการเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามปัญหาที่เป็นอยู่ หรืออาจมีเมื่อกลับบ้าน และนัดตรวจหลังคลอดอีก 6 สัปดาห์

จากรุธรรม รุ่งไพบูลย์ (2532) ได้ศึกษาผลของการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดา และทารกแรกเกิดในวิชรพยาบาล พ.ศ. 2529 พบว่าลักษณะการฝากครรภ์ต่อสุขภาพของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกในเรื่องของการคลอด คือ ยิ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยเท่าใด ก็จะมีวิธีการคลอดปกติมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ น้าเพชร อากาศ และคณะ (2524) ที่ศึกษาการฝากครรภ์และผลของสุขภาพของมารดาและบุตร พบว่าผู้ไม่มาฝากครรภ์มีอัตราการแท้งและบุตรตายสูงกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์

นอกจากนี้ โลท์ และเฟนสเตอร์ (Light and Fenster, 1974) ยังศึกษาวิจัยเรื่องความห่วงกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์พบว่า มารดาครรภ์แรกมีความห่วงกังวลสูงกว่ามารดาครรภ์หลังเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงดูบุตร ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ การเป็นมารดา ความเจ็บปวดจากการคลอดบุตร ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุตร และเอื้อมพร ทองกระจาย วลัยพร นันทสุวัฒน์ และคณะ (2529) ทำการวิจัยเรื่องความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พบว่าความวิตกกังวลของมารดาจะสูงขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามลำดับ

ส่วนไดเออร์และบรัสต์ (Diers and Brust, 1983) ได้ศึกษาวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล ผดุงครรภ์ ระดับปริญญาโท มีผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารกดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลเฉพาะจากแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสุขภาพมารดา เจ้าหน้าที่ของทารก และการประเเมนทารกแรกเกิด ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดย ACNM (American college of Nurse Midwives) ว่านอกจากพยาบาลจะให้การดูแลมารดาเฉพาะเรื่องการดูแลก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดแล้ว พยาบาลยังมีปรัชญาในการให้การดูแลมารดาคือ

ก. มารดาแต่ละคนจะได้รับความปลอดภัย และพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ โดยการพูดต่อความเป็นบุคคล และความแตกต่างทางวัฒนธรรม มารดาแต่ละคนมีสิทธิ์ตัดสินใจ และได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

ข. จุดมุ่งหมายของการดูแลมารดามุ่งไปที่สุขภาพของทารก และการปฏิบัติที่ป้องกันอันตรายที่เกิดกับมารดา คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีการประสานภายในทีมสุขภาพ

ค. พยาบาลมุ่งให้ความสนใจต่อความต้องการของมารดาและครอบครัวแต่ละบุคคล ที่จะให้การดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม

แนวคิดการดูแล

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981 : 9) นักทฤษฎีการพยาบาลผู้ค้นคว้าเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลได้อธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตหรือสภาพของมนุษย์ และการดูแลเชิงวิชาชีพเป็นการเรียนรู้ทั้งทางวิชาการและทางวัฒนธรรมในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติ เทคนิควิธี กระบวนการหรือรูปแบบที่จะทำให้อาสาสมัครสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งสภาพความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่พอใจ ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่และการตาย แนวความคิดเหล่านี้เกิดมาจากแนวคิดของการให้ความสุขสบาย และความสมบูรณ์พูนสุข (Nurturance) จึงรวมเอาการดูแล (Caring) การสร้างความเจริญเติบโต (Growth) และการสนับสนุนส่งเสริม (Support) ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติด้วยความรู้และสติปัญญา การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาลที่จัดได้เป็นพฤติกรรมการดูแล สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นในวิชาชีพการพยาบาลเท่านั้น จะไม่พบในวิชาชีพอื่นใดเลย จึงกล่าวได้ว่าศาสตร์ของการดูแลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล และมีนักทฤษฎีหลายท่านได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลไว้ดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2531)

แบลทเนอร์ (Blattner, 1981) อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิต ด้วยวิถีทางของความเข้าใจกันและกัน เป้าหมายอยู่ที่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์ มีการเปิดเผยตนเองของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และเมเยอร์ออฟ (Mayeroff cited in Leininger, 1978) กล่าวว่า การดูแลสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตตนเองเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ มีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน ช่วยให้คุณดำรงชีวิตอย่างมีความสุขอย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น แต่เมย์ (May, 1969) อธิบายว่า การดูแลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น และแสดงออกเป็นพฤติกรรม หรือการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจเกี่ยวข้องด้วย และผูกพันต่อผู้อื่น หรือการแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดร่วมกัน ดังนั้นการแสดงกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่ทำให้ความรู้สึกเช่นนี้ยอมอยู่ยาวนานของพยาบาล

นอกจากนี้ บอยล์ (Boyl cited in Leininger, 1981) กล่าวว่า การดูแล เป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลจะต้องมีการดูแลเป็นโครงสร้างสำคัญ โครงสร้างอื่นที่ประกอบอยู่ด้วยคือ การให้คำปรึกษา (Counseling) และการรักษา (Curing) อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาหรือการรักษาก็ตาม จะต้องใช้แนวคิดการดูแล ด้วยเช่นกัน เนื่องจากว่าการดูแลเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยต่อภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคลอื่น

แพทเธอร์สัน และซีเรด (Paterson and Zderad, 1979 cited in Leininger, 1981) ได้เสนอแนวคิดของการดูแลไว้เช่นกันโดยได้นิยามการดูแลว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตระหว่างคน ซึ่งมีความหมายมากกว่าการมีชีวิตร่วมกัน และไม่ใช่อารมณ์ติดต่อทางเดียว เน้นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล ในแต่ละสถานการณ์ของการดูแลนั้น พยาบาลจะมีพฤติกรรมที่ต่างกัน ความสำคัญของกิจกรรมที่พยาบาลแสดงออก ในการดูแลครั้งหนึ่ง ๆ จะมีความเฉพาะ พยาบาลจะต้องมีความสามารถพอที่จะอยู่กับผู้รับบริการ ซึ่งแสดงพฤติกรรมต่อ และโต้ตอบด้วยในลักษณะเฉพาะของตนเอง สำหรับพยาบาลเชิงมนุษย-วิทยานั้น เน้นการแสดงออกอย่างมนุษย์และแสดงต่อมนุษย์เพื่อให้เจริญไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต แนวคิดเช่นนี้เรียกว่าได้ว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลอย่างหนึ่ง และเกาท์ (Gaut cited in Leininger, 1981) ได้วิเคราะห์แนวคิดของแพทเธอร์สัน และซีเรด แล้วแยกแยะออกเป็นองค์ประกอบ 3 อย่างคือ ความรู้สึกในฐานะผู้ให้การดูแล การแสดงพฤติกรรมเพื่อบุคคลอื่น เกาท์เห็นว่า การดูแลจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการมากกว่าพิจารณาเป็นแต่ละกิจกรรม เบวิส (Bevis cited in Leininger, 1981) ได้อธิบายในลักษณะที่คล้ายคลึงกันว่า การดูแลเป็นรูปแบบความรู้สึกร่วมในลักษณะ และรูปแบบของการแสดงถึงความรู้สึกของเพื่อนมนุษย์ที่จะต้องสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อความรักที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทั้งนี้การเกิดการดูแลจะต้องเป็นกระบวนการที่พัฒนาไปเป็นลำดับ ซึ่งมีปัจจัยร่วมในกระบวนการหลายอย่างที่สำคัญคือ สำนึกม วัฒนธรรม ภูมิภาค ภาวะ ระดับความเครียด เวลา และค่าใช้จ่าย

วัตสัน (Watson, 1979 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531) เป็นอีกท่านหนึ่ง ได้เสนอสาระของการดูแล โดยบ่งชี้ปัจจัยเชิงการปฏิบัติดูแลเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการให้มีสุขภาพดีและตายอย่างสงบ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้คือ ลักษณะเฉพาะของพยาบาล

และกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาล วัดสั้น เพิ่มความสำคัญของความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้รับบริการแต่ละคนที่ผ่านกระบวนการดูแล

จึงสรุปได้ว่า การดูแลเป็นศาสตร์ที่มีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สนองตอบความต้องการของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องของการมีสุขภาพดี หรือตายอย่างสงบ มุ่งเน้นในเรื่องของความพึงพอใจ ความเจริญเติบโต ได้แก่ กิจกรรมที่แสดงออกถึง การให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุน และการอำนวยความสะดวก

รูปแบบของการดูแล

การดูแลจะปรากฏได้เป็น 2 รูปแบบ โดยรวมเอากิจกรรมหลาย ๆ อย่าง จัดเข้าไว้ดังนี้ (Brown cited in Leininger, 1981)

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะและการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบนี้มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องการดูแลในทันทีเป็นความต้องการที่ตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการ และเคารพสิทธิของบุคคล โดยมุ่งที่เวลาที่ทำให้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่งานปฏิบัติที่ต้องกระทำทันที จึงจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ และมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล

ไม่ว่าจะให้การดูแลใด ๆ แก่ผู้รับบริการจะต้องใช้รูปแบบทั้ง 2 รูปแบบนี้ร่วมกันจึงจะสมบูรณ์ตามลักษณะของศาสตร์การดูแล และความสำคัญของกระบวนการดูแลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นบุคคล (Expressive activities) ไม่เพียงแต่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษาพยาบาลเท่านั้น (Instrumental activities)

พฤติกรรมการดูแล พฤติกรรมอะไรบางอย่างที่บ่งชี้ถึงการดูแล จำเป็นต้องอธิบายได้อย่างชัดเจนเพื่อการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตรงตามแนวความคิดของการดูแล จึงมีนักทฤษฎีหลายท่านอธิบายไว้ดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2531)

อีริกสัน (Erikson, 1963) ได้อธิบายถึงการดูแลว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมเฉพาะที่เกิดขึ้นในมนุษย์ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญในวงจรชีวิตมนุษย์ อีริกสันได้อธิบายไว้ด้วยความไว้วางใจที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่วัยเด็กเกิดขึ้นได้จากการให้อาหารอย่างเพียงพอ ให้ความรักอย่างเหมาะสม และสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่าง แม่-ลูก นั่นคือการทำให้ความดูแลที่แม่กระทำต่อลูก หรืออาจกล่าวได้ว่า ความไว้วางใจเกิดขึ้นจากการได้รับความดูแลนั่นเอง

ส่วน فروมม์ (Fromm, 1963) อธิบายว่าองค์ประกอบพื้นฐานของความรัก คือการดูแล การแสดงความรับผิดชอบ การให้ความเคารพและการแสดงว่ามีความรู้ فروมม์จึงถือว่าการดูแลเป็นการแสดงความรักต่อกัน โดยที่การดูแลสะท้อนความเกี่ยวข้องต่อชีวิตของผู้ที่ให้การดูแล นอกจากนี้ การดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงถึงความรับผิดชอบ การให้ความเคารพ และการแสดงถึงการมีความรู้ในคนคนนั้นด้วย การแสดงความรักและการดูแลจึงเป็นเรื่องเดียวกัน และเป็นการแสดงออกของบุคคลที่มีวุฒิภาวะเพื่อรักษาความเป็นส่วนเดียว และความเป็นเอกัตะของตน

และโรเจอร์ส (Roger, 1965) มีแนวคิดเช่นเดียวกับ فروมม์ โดยอธิบายถึงพฤติกรรมดูแลที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษา เป็นการมีสัมพันธ์ภาพในรูปแบบของการให้คำปรึกษา "ความรัก" คือความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อกัน ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นในสัมพันธ์ภาพของการให้ความช่วยเหลือ พฤติกรรมดูแลก็เช่นเดียวกันมีจุดมุ่งหมายที่ให้การช่วยเหลือ ความรักจึงเป็นสิ่งบ่งชี้พฤติกรรมดูแลอย่างหนึ่ง

แต่มอนตาญ (Montagu, 1978) ได้เน้นถึงพฤติกรรมดูแลว่า ควรมีลักษณะของการปฏิบัติที่นุ่มนวล แสดงออกถึงความรัก และความเอาใจใส่ต่อกัน โดยจะต้องเกิดขึ้นเช่นนี้ตั้งแต่แรกเกิด มอนตาญ ให้ข้อเสนอแนะพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพว่า ควรมุ่งที่ การสัมผัสที่สื่อสารถึงความรู้สึกสบายและความมั่นคง โดยให้คำอธิบายว่า การกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (Tactile stimulation) ร่วมกับท่าทางด้านร่างกายเป็นพฤติกรรมสำคัญของการดูแล

โบรดี (Brody, 1979) เป็นอีกท่านหนึ่งที่ได้อธิบาย พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ใหญ่ว่าให้กับเด็กนั้นถูกกระตุ้นโดยความรัก หรือความรู้สึกผิด และการดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิต (Generation) นั้นอยู่ที่ความยาวนานของการมีความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งมีลักษณะตั้งแต่ความสัมพันธ์ธรรมดา ถึงความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งตามกิจวัตร จนถึงการแสดงออกด้วยความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ (Empathic)

ได้รับการสนับสนุนโดย คอบบี้ (Cobb, 1979) ว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่เป็นลักษณะของสัมพันธ์ภาพคู่ (Dyadic relationship) ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพให้ความช่วยเหลือบุคคล คอบบี้ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สัมพันธภาพเช่นนี้เกิดขึ้นในระหว่างผู้ต้องการความช่วยเหลือ และผู้ที่มีความตั้งใจจะให้ความช่วยเหลือจึงเป็นลักษณะของความรู้สึกร่วมกันทั้งผู้รับและผู้ให้ ซึ่งต้องการความไว้วางใจต่อกันเป็นสำคัญ

โบลบี้ (Bowlby, 1980) ได้อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) ว่าเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกันที่พ่อ แม่ แสดงต่อลูก การแสดงพฤติกรรมต่อผู้ใหญ่หรือต่อเด็ก โดยเฉพาะในเรื่องความเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมการสัมผัส การจับต้อง และการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ จึงเป็นพฤติกรรมสำคัญตามแนวคิดทฤษฎีการดูแล

อย่างไรก็ตาม ยังมีหลายความคิดและหลายกิจกรรมที่บ่งบอกว่าเป็นการดูแล เกาท์ (Gaut, 1988) กล่าวว่าความหมายของการดูแลยังมีความเคลือบคลุมอยู่ และจากการศึกษาของเขา พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลนั้นไม่ได้คำนึงถึงความหมายของการปฏิบัตินั้น เพียงแต่ให้การดูแลที่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบายเท่านั้น ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988) ได้เสนอแนะว่า การที่จะศึกษาเรื่องการดูแลได้นั้น การสังเกตพฤติกรรมที่ตอบสนองของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ยังมีพยาบาลจำนวนน้อย (น้อยกว่า 10%) ให้ความสำคัญเรื่องนี้อย่างแท้จริง โดยอาจมีสาเหตุจาก

1. พยาบาลยังมีความเชื่อว่า การที่ตนปฏิบัติการพยาบาลเป็นการให้การดูแลแล้ว ยังไม่มีความลึกซึ้งในเรื่องการให้การดูแล
2. ยังไม่มีงานวิจัยที่สามารถแยกความหมายของพฤติกรรมการดูแล เช่น การร่วมรู้สึก ความรัก ความสงสาร (Compassion) และอื่น ๆ ซึ่งเป็นการยากที่จะศึกษาและวัดได้

3. ความรู้สึกว่าการให้การรักษาสาคัญมากกว่าการให้การดูแล และเป็นสิ่งที่คุณช่วยต้องการเมื่อเขาเจ็บป่วย การดูแลจึงเป็นเรื่องยากที่จะทำการศึกษาและเข้าใจ แม้ว่าในยุคต้น ๆ ของการพยาบาลได้มีการพูดถึงการดูแลไว้โดย นัตติงเกิล (Nightingale) ว่า การดูแลเป็นความต้องการของบุคคล เช่นเดียวกับที่บุคคลต้องการอากาศ อาหาร และสิ่งแวดล้อมที่สะอาด

4. ความเจริญทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นที่จะรู้เรื่องของการใช้เครื่องมือสมัยใหม่มากกว่า

5. วิทยาการการรักษา การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว ส่งผลให้ความสนใจเรื่องการดูแลของพยาบาลน้อยลง

6. เนื่องจากเรื่องการดูแลเป็นเรื่องการแสดงออกถึงความเป็นผู้หญิงคือ มีความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจ จึงทำให้พยาบาลบางคนมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อความรู้สึกนี้ เป็นต้น

สรุปว่า พฤติกรรมการดูแลนั้นประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งโดยคำพูดและท่าทางที่รวมอยู่ในพฤติกรรมหนึ่งที่มีมนุษย์ติดต่อสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งนี้ต้องเป็นการแสดงถึงความเข้าใจต่อกันอย่างแท้จริง พฤติกรรมการดูแลจะปรากฏอยู่ในกิจกรรมทุกอย่าง ทั้งนี้สามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมการดูแลที่แท้จริง หรือไม่จากการสังเกตโดยตรง และตรวจสอบความรู้สึกของผู้ให้และผู้รับการดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531) พบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้้น้อยมาก จากการศึกษาของ Wolf เกี่ยวกับ Caring behaviors เสนอ 10 ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยเกินกว่า 3.75 คือ การฟังอย่างตั้งใจ การปลอบโยน ความจริงใจ ความอดทน ความรับผิดชอบ การให้ข้อมูล การสัมผัส การไวต่ออาการรับรู้ ความนับถือ การเรียกชื่อผู้ป่วยโดยวิชาชีพชื่อ

Brown ศึกษาจากผู้ป่วย พบลักษณะการดูแล 8 อย่างคือ รับรู้คุณภาพทัศนียภาพส่วนบุคคล ทานให้อบอุ่นใจ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวด การส่งต่ออย่างระมัดระวัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระ การใช้เวลากับผู้ป่วย การแสดงให้เห็นว่ามีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ

สเวนสัน-คอฟฟ์แมน (Swanson - Koffman, 1980) ได้รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยทั้งบุตรต้องการไว้ 5 ประการคือ การอยู่กับผู้ป่วยหรือให้เวลากับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อผู้ป่วย การให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออกและความเชื่อมั่นที่มีต่อผู้ป่วย

นอกจากนี้ รีแมน (Reiman, 1986) ได้รายงานพฤติกรรมที่ผู้รับบริการระบุว่าสิ่งที่ไม่ใช่พฤติกรรมการดูแลคือ การกระทำที่เร่งรีบ และรวบรัด และกระทำเพื่อให้งานเสร็จ การแสดงออกอย่างหยาบคาย และดูถูกผู้รับบริการ การไม่ตอบโต้ต่อผู้รับบริการ และการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นสิ่งของไม่ใช่มนุษย์

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดตามทฤษฎีการดูแลของนักทฤษฎีหลายท่านมาผสมผสาน เป็นแนวคิดที่แสดงออกเป็นกิจกรรมที่มองเห็นได้และมองเห็นไม่ได้ แต่สื่อถึงการสร้างความรู้สึกรู้สึกสบายและพึงพอใจของมารดา ได้แก่ ความห่วงใย การร่วมรู้สึก การสัมผัส ความสนใจ การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือ โรงพยาบาลศึกษาวิจัยร่องรอยการสัมผัสสัมผัสและบันทึกเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่แผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด แผนกละ 2 ท่าน และมารดาที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอด และรับการดูแลหลังคลอด แผนกละ 2 ท่าน ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 จังหวัดขอนแก่น สร้างแบบสัมภาษณ์และวิเคราะห์ผลการศึกษาจากรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า การแสดงออกซึ่งกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมารดาตามการรับรู้ของพยาบาลและมารดาในทั้ง 3 แผนก นั้นคือ

1. ความห่วงใย การอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือ พยาบาลได้ปฏิบัติ แต่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (การบันทึกทางการพยาบาล และการใช้ Kardex) และการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่มารดาในการมารับบริการ การอยู่รักษา และการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดูทารก
2. การร่วมรู้สึก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลคิดว่าได้แสดงออกถึง การมีความเห็นอกเห็นใจมารดา เป็นความรู้สึกดีใจหรือเสียใจด้วย ส่วนมารดามีความเข้าใจในความรู้สึกนั้นน้อย เข้าใจว่าพยาบาลรับรู้ความรู้สึกของตัวเองในเรื่องความเจ็บปวด

3. การสัมผัส เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถแสดงออกได้ชัดเจน และมารดารับรู้ได้โดยตรงถึงความพึงพอใจ รู้สึกสุขสบาย มั่นคง และมีกำลังใจ

4. ความสนใจ ได้แก่กิจกรรมที่พยาบาลหมั่นมาซักถามอาการ และความเป็นอยู่ให้เวลาพูดคุยด้วย

จึงสรุปได้ว่า การทำให้การดูแลมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดตามแนวคิดการดูแลที่สำคัญน่าจะประกอบด้วยเรื่องของการให้ข้อมูล ความร่วมรู้สึก การสัมผัส และความสนใจ ซึ่งมีทฤษฎีและงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้หลากหลายดังนี้

การให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525 หน้า 133) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผน ให้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (มะเตือ เสมอ อ่างน นานญา เอื่องไพโรจน์, 2535) โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล คือบุคคลสำคัญที่สามารถให้คำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ การรักษาได้ดีที่สุด

ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลที่จำเป็นซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาพยาบาล ส่วนข้อมูลอีกชนิดหนึ่งเป็นข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่จะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและความเครียดขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ได้มีการศึกษาถึง ความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งไม่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนในระยะ 3 ปี และไม่ได้เข้าโรงพยาบาลระหว่างปัจจุบันทันด่วน พบว่า ผู้ป่วยต้องการทราบถึงภาวะเจ็บของโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก เกี่ยวกับสถานที่เป็นอันดับสอง เกี่ยวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเขาเป็นอันดับสาม (Porter et al., อ่างน เครือวัลย์ สุวรรณรัตน์, 2528)

เครือวัลย์ สุวรรณรัตน์ (2528) ทำการวิจัยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กับความต้องการข้อมูลขณะพักอยู่โรงพยาบาล และความพึงพอใจในข้อมูลนั้น พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยโรคเป็นอันดับแรก และมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและมาก (คะแนน 2.0 - 3.0) เมื่อเทียบกับความต้องการ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งยาที่ต้องรับประทานและที่ควรติดตัวประจำ และอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด มีคะแนนระดับความพึงพอใจน้อยกว่าระดับความต้องการในข้อมูลนั้น ๆ

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ได้ศึกษา ผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามามาซจากหลักการสร้างเงื่อนไข และตอบสนองของพาฟลอฟ (Pavlov's Principle of Conditioning Reflex Training) ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์ และการคลอด สตรีมีครรภ์จะได้รับการสอนให้รู้จักตอบสนองภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ทำให้มารดาลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดี

สำหรับ ปิยะรัตน์ ภัทรภูวตล (2532) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการข้อมูล และเจตคติต่อการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลสูงกว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยตามความคิดเห็นของพยาบาล

จากการศึกษาและงานวิจัยหลายเรื่อง ทำให้สรุปได้ว่าผู้ที่มารับบริการพยาบาลย่อมมีความต้องการข้อมูลที่เป็น และข้อมูลนั้นน่าจะประกอบด้วย

1. การแนะนำลักษณะทั่วไปของหอผู้ป่วย
2. เหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลและจำนวนวันอยู่
3. การวินิจฉัยโรค อาการของผู้ป่วยขณะนั้น
4. การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล
5. กฎระเบียบต่าง ๆ ได้แก่ เวลาเยี่ยมของญาติ
6. ค่าใช้จ่ายขณะอยู่รักษาที่โรงพยาบาล
7. การให้สุขศึกษาเพื่อการดูแลตนเอง
8. การให้คำปรึกษา และการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ

การร่วมรู้สึก

การร่วมรู้สึก (Empathy) ได้้นำเข้ามาใช้ครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา ในความหมายของความเข้าใจในสังคม (Social perceptiveness) การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น และนำมาใช้ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาว่า เป็นการที่ผู้ปรึกษาได้เข้าใจโลกของผู้มาขอคำปรึกษา (Baugatner and Roger อ้างใน เรวดี ศิรินคร, 2531)

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของฝ่ายพัฒนา และฝึกบุคลากรของคณะกรรมการบริการชุมชนและสังคมของเมืองออนตาริโอ ที่ประชุมดังกล่าวได้ให้คำจำกัดความของการร่วมรู้สึกว่า เป็นความสามารถในการที่จะฟังและเข้าใจบุคคลอื่นแสดงออกได้ทั้งที่ทางวาจาและมิใช่วาจา เบนจามิน (Benjamin, 1974) อธิบายการเข้าใจของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง มี 3 แบบคือ

แบบแรก เป็นการเข้าใจเรื่องราวของบุคคลจากการอ่านเรื่องของเขาหรือจากการได้ยินผู้อื่นพูด ซึ่งจะเห็นว่าเป็นความเข้าใจเรื่องราวที่มาจากการมองจากสายตาคน และความคิดเห็นของคนอื่น จะเห็นว่าเป็นความเข้าใจที่มตื้น

แบบที่สอง เป็นการเข้าใจบุคคลนั้นจากความเห็นของตัวเอง โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ความรู้และทักษะของตัวเอง จะเห็นว่าเป็นความเข้าใจและไม่เข้าใจในทัศนะของเขาเองโดยโลกส่วนตัวของเราเอง เป็นความเข้าใจดีกว่าแบบแรก

แบบที่สาม เป็นความเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่นโดยจำกัดโลกส่วนตัวของเขาเอง ออกไปชั่วคราว และรับเอาโลกของเขามาโดยปราศจากการประเมิน แต่เข้าใจว่าสิ่งต่าง ๆ มีความหมายอย่างไรต่อบุคคลนั้น เป็นการที่ความรู้สึกร่วมในโลกส่วนตัวของอีกบุคคลหนึ่ง โดยยังเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งความเข้าใจแบบนี้คือ การร่วมรู้สึก หรือความเข้าใจอกเข้าใจใจบุคคลอื่นนั่นเอง ซึ่งเป็นความเข้าใจที่น่าปรารถนามากที่สุด

ทรูซ์และคาร์คัฟฟ์ (Truax and Carkhuff, 1977) กล่าวว่า การร่วมรู้สึกไม่ใช่ว่าเพียงแต่สามารถเข้าใจในโลกลงตัวของผู้มาขอความช่วยเหลือเท่านั้น แต่รวมถึงการว่าต่อการเข้าใจที่ผู้ให้ความช่วยเหลือรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงนั้น

การร่วมรู้สึกกับการพยาบาล

การช่วยเหลือของพยาบาล มีจุดหนึ่งที่เป็นผู้ส่งเสริมผลสำเร็จของการรักษา และคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ ตอบสนองความต้องการของบุคคลให้ถูกต้องเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดทั้งความปลอดภัยและมั่นคง ฉะนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในปฏิกิริยา หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกทั้งทางวาจา และไม่ใช่วาจา ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากเพราะอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ของคนมีอยู่ 2 ระดับ ระดับหนึ่งเป็นที่สังเกตได้จากพฤติกรรมที่เป็นคำพูด หรือมีคำพูด ระดับนี้เรียกว่า ความรู้สึกในระดับผิวเผิน (Underlying feeling) ซึ่งบางครั้งเจ้าตัวมิได้ตระหนักถึงความรู้สึกที่แท้จริงก็จะไม่มีการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น

ฉะนั้น สิ่งสำคัญของพยาบาลก็คือจะต้องช่วยผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลบางสิ่งบางอย่างที่กระจัดกระจายสับสนออกมา เพื่อช่วยผู้ป่วยทราบถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และรู้ปัญหาของตนเองในทุก ๆ ด้าน อันจะนำไปสู่การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม พยาบาลต้องมีความพร้อมในการที่จะช่วยเหลือเขา โดยการมีความรู้สึกเหมือนกับผู้ป่วยชั่วคราว ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะอย่างหนึ่งในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) จากแนวคิดของ คาร์คัฟฟ์ (Carkhuff, 1977) กล่าวว่า หากปราศจากการร่วมรู้สึกแล้ว จะไม่มีพื้นฐานในการที่จะให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการร่วมรู้สึกอย่างกว้างขวางในต่างประเทศอีก เช่น

สเตลเลอร์ (Steler อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531) ทำการวิจัยพบว่า คำพูดของพยาบาลไม่ใช่ว่าปัจจัยสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยรับรู้ว่าการพยาบาลร่วมรู้สึกกับเขา แต่ผู้ป่วยจะรับรู้จากพฤติกรรมของพยาบาลที่สื่อถึงว่า พยาบาลได้ยอมรับตนในฐานะบุคคลและเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล

และแมนซิฟิลด์ (Mansfield, 1973 อ้างใน เรวดี ศิรินคร, 2531) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางวาจาและไม่ใช่วาจา ซึ่งจะเอื้ออำนวยในการสื่อความรู้สึก พบว่าพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยในการสื่อความรู้สึกได้แก่ พฤติกรรมทางวาจา ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ใช่วาจา ได้แก่ ภาษา

ท่าทาง เช่น การโน้มตัวไปข้างหน้าเวลาพูดกับผู้ป่วย การแสดงออกทางสีหน้า การประสานสายตา จากการศึกษาของ ฮอร์ส และ เทปเปอร์ (Hasse and Tepper, 1977) ในการสื่อความร่วมมือรู้สึกของพฤติกรรมที่ไม่ใช่วาจาในบุคคลที่มีระดับการร่วมรู้สึกสูง

เรวดี ศิรินคร (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับการร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กทม. พบว่า

1. ความร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย โดยส่วนรวมอยู่ในระดับต่ำ
2. อัตราก้าวหน้า ค่านิยมทางวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประสมการปฏิบัติ การพยาบาล อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ค่านิยมทางบริการและภาระงานที่รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การร่วมรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในท้องคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่สำคัญเพียงตัวเดียวคือ ภาระงานที่รับผิดชอบ

การสัมผัส

การสัมผัส เป็นวิธีติดต่อสื่อสารอย่างหนึ่ง ระหว่างบุคคลกับบุคคล และบุคคลกับสิ่ง แวดล้อม โดยการกระทำเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในบาง สถานการณ์สามารถแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าคำพูด สามารถลดช่องว่างระหว่าง บุคคลก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย และความพึงพอใจ เทย์เลอร์ (Taylor cited in Elizabeth, 1978) อธิบายว่า ประสาทสัมผัสเป็นประสาทรับความรู้สึกที่สำคัญของ ร่างกาย ทาหน้าที่ทั้งยามหลับและยามตื่น โดยก่อให้เกิดความรู้สึกถึงความรักหรือความ เกลียด การสัมผัสที่แสดงความรู้สึกในทางบวก (Positive sense) สามารถนำมาใช้เป็นวิธี การในการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยเน้นว่าสิ่งสำคัญในการปฏิบัติพยาบาล ในการสัมผัสคือ พยาบาลจะต้องมีความเชื่อมั่นว่าเป็นการสัมผัสที่มีประโยชน์

รูบิน (Rubin อ้างใน จวี เบาทรวง, 2526) ให้ข้อสังเกตว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอยู่ตามลำพัง และจะเกิดความอ่อนแอ การสัมผัสจะเป็นวิธีที่พยาบาล สามารถใช้สร้างสัมพันธภาพในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้อยู่ตามลำพังและเกิดความมั่นใจ ดิกรีด (Dick-Read, G. 1966) พบว่าการนวด (Right rhythmic massage over the lower abdomen) ขณะเจ็บครรภ์มารดามีความต้องการการสัมผัสจากตัวเอง และสามี แต่จะมากขึ้นจากการสัมผัสของพยาบาล ซึ่งเขาได้อธิบายว่า ระยะนี้มารดาจะต้องการการสัมผัสจากคนที่มีความเข้าใจในความต้องการของเธอขณะอยู่โรงพยาบาล

แมคคาร์กิล (McCarkle, 1974) ศึกษาผลของการสัมผัสในผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการพูดคุยร่วมกับการสัมผัส ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการพูดคุยอย่างเดียว พบว่ากลุ่มทดลองจะมีการตอบสนองในทางบวกมากกว่า

คิทซิงเจอร์ (Kitzinger, 1977) ศึกษาเกี่ยวกับการสัมผัสในหญิงมีครรภ์ เพื่อผ่อนคลาย สอนการสัมผัสเพื่อผ่อนคลายแก่สามีและภรรยา พบว่าก่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสุขสบาย ความอบอุ่นใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพการระหว่างสามีภรรยาให้ดียิ่งขึ้น

ส่วนการศึกษาเรื่อง การสัมผัสในประเทศไทยนั้น รสสุคนธ์ ลี้มะวงศ์ (2530) พบว่า การเตรียมคลอดแบบลามาช และช่วยลูบหน้าท้องในขณะเจ็บครรภ์ ทำให้ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษา เชื้อหอม (2534) ที่ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อการเจ็บครรภ์ พบว่าผู้คลอดไม่ได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัยในขณะเจ็บครรภ์ ไม่มีผลในการลดความเจ็บปวด และสุภารัตน์ สุวรรณเพวะคุปต์ (2535) ยังได้ศึกษา ผลของการสัมผัสต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของท้องในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสมีคะแนนความเจ็บปวดหลังการสัมผัสต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ จวี เบาทรวง (2536) ได้ทำการศึกษา ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสัมผัสมีความมั่นใจ และสุขสบายตลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส

ความสนใจ

หมายถึง การตั้งใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดเรื่องใดเป็นพิเศษ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) หรือการสังเกตอย่างระมัดระวังถึงการเปลี่ยนแปลงในบุคคล และการดูแลรักษาที่ได้รับ (Webster's dictionary, 1983) หรือการเอาใจใส่ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2531) อธิบายว่า ความสนใจเป็นการแสดงออกถึงการเอาใจและการจดจ่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแท้จริงด้วยความจริงจัง โดยมีสมาธิต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะแสดง ใจ - กาย ปฏิบัติต่อไปสู่สิ่งเดียวกันเกิดได้สิ่งใดช่วงเวลาสั้น และระยะเวลายาว (Mine - Body Co ordination)

พฤติกรรมแสดงถึงความสนใจ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531)

ทางวาจา ได้แก่ คำพูด น้ำเสียงที่บ่งออกอารมณ์ แสดงออกว่ารู้เรื่อง ตลอดมีการถามซ้ำ กระตุ้น

ท่าทาง ได้แก่ ท่าทาง ท่านิ่ง ท่ายืน การแต่งกาย ความผ่อนคลาย สายตาที่ตรงกับความหมายของคำพูด ท่าทางขณะฟัง เช่น การพยักหน้า

แนวคิดเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความรู้สึกพอใจ (Webster's Dictionary, 1983)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525 หน้า 577 ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกพอใจ ชอบใจ และเหมาะสม

นักวิจัยให้ความหมายความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า (Donabedion, 1980 : 25) ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุล ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยให้ค่าความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่อง que ผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

สรุป ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกสนใจหรือชอบใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามความต้องการถือเป็นการ ประเมินคุณภาพการดูแลอันหนึ่ง

จากแนวคิดของวาร์และคณะ (Ware, et al., 1978) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้านดังนี้

1. ศิลปะของการดูแลคือปริมาณของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
2. เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือความสามารถในการทำงานของผู้ให้บริการอันบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูงเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา
3. ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเตรียมเพื่อให้บริการดูแลจากแพทย์
4. การเงินคือ ความสามารถที่จ่ายเพื่อค่าบริการหรือการเตรียมสำหรับการจ่าย
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือสิ่งแวดล้อมของสถานที่ให้การดูแล
6. ความพร้อม คือความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการของแพทย์และความพร้อมของผู้ให้บริการ
7. ความต่อเนื่องการดูแล คือ ความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล
8. ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ของการดูแล คือความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือคงสภาพเดิมไว้

ซึ่งวาร์และคณะ ได้กล่าวว่า ในการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย ควรเลือกศึกษาความพึงพอใจในด้านเดียวที่มีความสำคัญมากที่สุด และกล่าวด้วยว่า ด้านเทคนิคคุณภาพของการดูแลมีความสำคัญมากต่อโรงพยาบาลและวิชาชีพ หลังการศึกษาแล้วนำไปปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบริการ และการได้ประเมินผลเช่นนี้ถือว่าเป็นการประกันคุณภาพให้แก่ประชาชนซึ่งในต่างประเทศมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้แก่

ริสเซอร์ (Risser, 1975 : 45) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลของพยาบาลโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลด้วยระบบเจ้าของไข้กับการดูแลระบบทีมโดยแบ่งคำถามออกเป็น 3 หมวด คือ

1. เทคนิคและวิชาชีพ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเรื่องความรู้ความชำนาญ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเรื่องการให้ความไว้วางใจ

ผลการศึกษาเป็นรายหมวดพบว่า ไม่มีความแตกต่างในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย 2 กลุ่ม แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระบบเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า

และดีเฟลอร์ (Daeffler, 1975 : 22-25) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลด้วยระบบเจ้าของไข้กับระบบทีมแบ่งเป็น 2 หมวดที่แสดงถึงความพึงพอใจในการดูแล และการละเลยในการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลแบบเจ้าของไข้มากกว่าระบบทีม และการละเลยการดูแล พบว่าในระบบทีมมีมากกว่าระบบเจ้าของไข้

ส่วนในประเทศไทยนั้น สุวดี ศรีเลณวัตติ และคณะ (2524) ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติที่มีต่อบริการพยาบาล ในหัวข้อความรู้สึกรโดยส่วนรวมต่อบริการพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความพอใจ พบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 64.6 ตอบว่าพอใจมาก ส่วนอีก 36.4 ตอบว่าพอใจปานกลาง

สำหรับ วิภา คุรงค์พิดิษฐ์กุล (2525) ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ 3 หน่วยงานคือ หน่วยเวชระเบียน หน่วยตรวจโรค หน่วยห้องยา โดยทำการศึกษา 6 ด้าน คือ 1) ความสะดวก 2) การประสานงาน 3) อธิบาย 4) ข้อมูล 5) คุณภาพของบริการ และ 6) ค่าใช้จ่าย ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการทั้ง 3 แผนก ในเรื่องของคุณภาพของบริการมากที่สุด

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

เกี่ยวกับลักษณะคำถาม วาร์ (Ware, 1981) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้คำถามเดี่ยววัดความพึงพอใจ โดยรวมแล้วสามารถวัดได้ แต่การวัดแยกเป็นคำถามหลายข้อและแบ่งเป็นหมวดนั้นจะทำให้เข้าใจลึกซึ้งถึงเหตุที่ผู้ป่วยพอใจและไม่พอใจ จากข้อคิดเห็นของวาร์นี้ ทำให้ผู้สนใจศึกษาตัวแปรเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยหันมาสนใจการตั้งคำถามหลายคำถาม และจำแนกหมวด

โรเบอร์สท์ (Oberst, 1984) และวาร์ (Ware, 1981) ให้ความเห็นว่า การวัดเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการวัดความพึงพอใจโดยอ้อมของผู้ป่วย แต่อาจให้ผลไม่ตรงกับ การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลโดยตรงได้

ประเด็นเกี่ยวกับลักษณะคำถาม นอกจากนั้นจากการให้ตอบโดยอิสระแล้ว พบว่ามี มาตรการวัด 5 ลักษณะ คือ

1. เป็นคำตอบแบบมาตรอันดับ (Rating scale)
2. เป็นคำตอบแบบ 2 ทาง (Dichotomous)
3. มีคำตอบให้เลือกหลายข้อ (Multiple choice)
4. ให้คำตอบโดยประมาณค่าตัวเลข (Numeric estimation)
5. ตอบโดยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ปรากฏความยาวเท่ากันทุกข้อ (Visual analogue)

วาร์ ได้แสดงความคิดเห็นว่าการตอบมาตรอันดับเป็นวิธีการดั้งเดิมที่นักจิตวิทยานิยมใช้ในการวัดทัศนคติ และวาร์กล่าวว่า มีข้อดีอยู่ถึง 3 ประการคือ

1. สะดวกในงานสำรวจเมื่อผู้ตอบคุ้นเคยแล้วจะทำได้ง่าย
 2. การเตรียมแบบสอบถามจะง่ายมีข้อความไม่มากหลายหน้ากระดาษ
 3. ง่ายต่อการปรับเปลี่ยนข้อความให้เป็นที่ยอมรับหรือไม่ชอบใจต่อผู้ตอบได้มากขึ้น
- นอกจากนี้ การตอบแบบมาตรอันดับยังมีความสอดคล้องกับสภาพของความพึงพอใจ ซึ่งมีความต่อเนื่อง (Continuum) ไม่สามารถบอกว่าจะจุดสิ้นสุดความพอใจ หรือจุดเริ่มต้นความไม่พอใจอยู่

ที่ใด ดังนั้นจึงไม่สามารถแยกเป็นคำตอบ 2 ทางว่า พอใจ-ไม่พอใจได้ จึงควรมีความต่อเนื่องของสภาพความพอใจไปจนถึงความไม่พอใจ นอกจากนี้ยังมีข้อดี คือสามารถแบ่งกลุ่มผู้ที่มีระดับความพึงพอใจได้แตกต่างกันหลายกลุ่ม และยังมีผลดีเมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติความแตกต่างของคำตอบจะแสดงความสัมพันธ์ทางสถิติให้เห็นได้ชัดเจนกว่า

จากการศึกษา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

