



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ประกอบด้วย 8 หัวข้อ คือ มโนทัศน์ของการดูแล มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางการพยาบาล การรับรู้ประสบการณ์การคลอด บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางการพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ซึ่งจะแยกอธิบายตามหัวข้อดังกล่าวโดยลำดับดังนี้

มโนทัศน์ของการดูแล

ปัจจุบันการศึกษาค้นคว้าทางการพยาบาลได้เจริญรุดหน้าไปมาก โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อหาแก่นความรู้ทางการพยาบาล (body of knowledge) ซึ่งเป็นการศึกษาหาความรู้อันเป็นสาระสำคัญที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลและได้มีการสร้างทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้มีค่าสูงสุดและเพื่อเป็นการชี้เน้นว่าการพยาบาลนั้นเป็นวิชาชีพที่เกิดจากการเรียนรู้ (learned profession) มิใช่เป็นวิชาชีพที่เกิดจากการฝึกอบรม (trained profession) เป็นที่น่าสังเกตว่าในแต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความหมายของการพยาบาล จุดประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับคน สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม จนกระทั่งได้มีข้อตกลงว่า องค์ประกอบของทฤษฎีทางการพยาบาลนั้นจะต้องมีการอธิบายถึงคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล นอกจากนี้ทุกทฤษฎียังสร้างขึ้นบนแนวความเชื่อที่ว่าคนเป็นองค์รวม (Holism) ทั้งสิ้นเพียงแต่การจะเสนอวิธีการให้การพยาบาลบรรลุความเป็นองค์รวมของนักทฤษฎี แต่ละคนนั้นมีวิธีคิดต่าง ๆ กันและโดยแท้จริงแล้วในแก่นความรู้นั้นมี "การดูแล" (Caring) เป็นศาสตร์ที่มีความเฉพาะและเกิดขึ้นในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้น

ในวิชาชีพการพยาบาลคำว่า "การดูแล" (Caring) และ "การพยาบาล" (Nursing Care) มักถูกใช้ควบคู่กันมาซึ่งนักปรัชญา นักทฤษฎีและนักการศึกษาพยาบาลได้ให้ความหมายและความสัมพันธ์กันว่า "การดูแล" เป็นเนื้อหาของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่มองเห็นได้ ระบุได้ และเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการบอกได้ว่าเป็นอย่างไร นั่นคือการดูแล (Caring) เป็นศาสตร์ของ

การพยาบาล ในทำนองเดียวกับการรักษา (Curing) เป็นศาสตร์ของการแพทย์ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2532 : 122)

ไลนินเจอร์ เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นของคำว่า การดูแลและการพยาบาล โดยได้กล่าวถึงการพยาบาลเชิงวิชาชีพไว้ว่า เป็นการเรียนรู้ทางวิชาการในวิธีการทางวิทยาศาสตร์เชิงมนุษยวิทยา ในการช่วยเหลือหรือสร้างความสามารถให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับการพยาบาลเฉพาะตนตามลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมที่ปรากฏหรือพบได้ในวิธีการปฏิบัติ กระบวนการ เทคนิคและรูปแบบของการดูแล เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งสภาพทางสุขภาพที่พอใจทั้งใน ส่วนของการมีชีวิตอยู่ และการตาย (Leininger 1978 : 35-39) นอกจากนี้ บอยลี (Boyle cited by Leininger 1981:40) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า การดูแลเป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาล กล่าวคือ ในการพยาบาลจะต้องมีการดูแลเป็นโครงสร้างสำคัญ โครงสร้างอื่นที่ประกอบอยู่ด้วยคือ การให้คำปรึกษา (Counseling) และการรักษา (Curing) อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาหรือการรักษาก็ตามจะต้องใช้แนวคิดของการดูแลด้วยเช่นกัน เนื่องจากว่าการดูแลเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยต่อสภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคลอื่น

เพราะฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแล เป็นสิ่งสำคัญสุดยอดของการพยาบาลซึ่งจะพบได้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในขอบข่ายของวิชาชีพการพยาบาล แนวคิดของการดูแลจะแสดงได้อย่างชัดเจนถึงการปฏิบัติต่อ "คน" ปฏิบัติให้กับ "คนทั้งคน" เพื่อความเป็นอยู่อันดีและความมีสุขภาพดีของ "คน" หรืออีกนัยหนึ่งคือการแสดงถึง องค์รวมของการพยาบาล (Holistic Nursing) สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องแสดงให้เห็นประจักษ์และแสวงหาศาสตร์อันเฉพาะ เพื่อเสริมสร้างความเป็นวิชาชีพให้สมบูรณ์ "ศาสตร์การดูแล" มีสาระที่สำคัญยิ่งคือ ขอบข่ายของสาระในการดูแลนั้นให้ความเป็นอิสระและความเฉพาะของการปฏิบัติ การศึกษาและการค้นคว้าวิจัยในวิชาชีพการพยาบาลได้เป็นอย่างดียิ่ง เขตแดนแห่งความรู้อันเฉพาะนี้ขยายไปได้ อีกมากมาย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ได้ให้ความสนใจกันอย่างจริงจัง ไลนินเจอร์ (Leininger 1977: 2) ได้วิเคราะห์วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิตในสหรัฐอเมริกาทั้งหมดจำนวนกว่า 300 เรื่อง พบว่า ยังไม่มีผู้ใดศึกษาเกี่ยวกับการดูแลอย่างแท้จริงเลย ศาสตร์การดูแลจึงไม่ได้ปรากฏจริงในวิชาชีพการพยาบาล

เมื่อพิจารณาในด้านความแตกต่างจะเห็นได้ว่า การพยาบาลเน้นในส่วนของการให้บริการที่แสดงกิจกรรมส่วนกว้าง ซึ่งจะแตกต่างจากการดูแลที่เน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติในส่วนลึกที่เฉพาะเจาะจง การดูแลจึงเป็นสิ่งแสดงแก่นแท้ของวิชาชีพการพยาบาลได้ชัดเจนกว่าการพยาบาล

อย่างไรก็ตามทั้ง 2 คำนี้จะต้องปรากฏควบคู่กันไปกับวิชาชีพการพยาบาล การนำการดูแลมาพิจารณาโดยเฉพาะนั้น มีเป้าหมายอยู่ที่การแสดงให้เห็นปรากฏแก่ชุมชนถึงความเป็นศาสตร์ หรือการมีทฤษฎีอันเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล การดูแลจะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาล ได้ศึกษาค้นคว้า วิจัยและสร้างสรรค์ของตนขึ้นได้อย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น ทั้งยังสามารถขยายเขตแดนของความรู้ได้ต่อไปอีกเป็นลำดับ ดังคำกล่าวของไลนิงเจอร์, ที่สนับสนุนข้อสรุปที่กล่าวข้างต้น คือ การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล การดูแลเป็นวิถีทางที่มีพลังอำนาจในการช่วยให้หาย (Healing) และสนับสนุนให้มีการดำเนินชีวิตในแนวทางของความเป็นสุขภาพดี (Leininger 1986 : 2)

ความหมายของการดูแล

เกาท์ (Gaut 1986 : 78) ได้ให้ความหมายโดยพื้นฐานการใช้คำว่า "การดูแล" ว่าเป็นวงจรของความรู้สึก 3 ประการ คือ

1. เป็นการให้ความสนใจหรือมีความรู้สึกเกี่ยวข้อง
2. มีความรับผิดชอบหรือเป็นการให้
3. มีการคำนึงถึง ชอบ หรือ รัก

ไวล์ฟ (Wolf 1981 cited by Alvino 1986 : 76) ได้ให้ความหมายว่าการดูแลเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมาย 4 ประการ คือ

1. เพื่อบ่งชี้ความต้องการของผู้บริการ
2. เพื่อความสำเร็จของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
3. เพื่อให้อิสระในการเลือก
4. เพื่อส่งเสริมคุณภาพของ "การมีชีวิตอยู่" หรือ "ตาย"

เมเยอร์อฟ (Mayeroff 1971 : 1) นักปรัชญากล่าวว่า การดูแลคนนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่ การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันนั้น เกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน เมเยอร์อฟได้ขยายความไว้ด้วยว่า การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เสียใหม่ และการดูแลช่วยให้คนดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า หรือมีความหมายยิ่งขึ้น

แบลทเนอร์ (Blattner 1981 : 70) นักการศึกษาพยาบาลอธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ สร้างความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี การดูแลจะสำเร็จได้ด้วยวิถีทางของความเข้าใจกันและกัน และการเปิดเผยตนเองของพยาบาลและผู้รับบริการ นั่นคือมีความไว้วางใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้ พลังงานและเทคนิควิธี เป้าหมายอยู่ที่การสนองตอบต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์และประสบความสำเร็จ

ไลนิงเจอร์ (Leininger 1981 : 9) นักทฤษฎีการพยาบาล ผู้ริเริ่มทฤษฎีการดูแล และเจ้าของทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยวิทยาที่เน้นความแตกต่างของวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตของมนุษย์ นอกจากนี้ไลนิงเจอร์ ได้อธิบายการดูแลเชิงวิชาชีพไว้ด้วยว่าเป็นการเรียนรู้ทั้งทางวิชาการและทางวัฒนธรรมในเรื่องของพฤติกรรมปฏิบัติ เทคนิควิธี กระบวนการหรือรูปแบบ ที่จะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อปรับปรุงหรือคงรักษาไว้ซึ่งสภาพความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่พอใจ

แพทเตอร์สัน และซีราด (Paterson and Zderad 1976 : 16, 23) ได้ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นประสบการณ์ชีวิตระหว่างคนซึ่งมีความหมายมากกว่าการมีชีวิตร่วมกันและไม่ใช่การติดต่อทางเดียว เป็นลักษณะของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล ในแต่ละสถานการณ์ของการดูแลนั้นพยาบาลจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ความสำคัญของกิจกรรมที่พยาบาลแสดงออกในการดูแลครั้งหนึ่ง ๆ จะมีความเฉพาะ พยาบาลจะต้องมีความสามารถพอที่จะอยู่กับผู้รับบริการ ซึ่งแสดงพฤติกรรมต่อและโต้ตอบด้วยในลักษณะ เฉพาะของตนเอง สำหรับการพยาบาลเชิงมนุษยวิทยานั้นเป็นการแสดงออกอย่างมนุษย์และแสดงต่อมนุษย์ เพื่อให้เจริญไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต

ตามความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุง หรือดำรงรักษาไว้ซึ่งสภาพความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่พึงพอใจ

องค์ประกอบของการดูแล

เมเยอร์อฟ (Mayeroff 1971 cited by Wolf 1986 : 88) เป็นผู้ให้แนวคิดการดูแลไว้เป็นคนแรกซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับนักจิตวิทยาในกลุ่มที่เน้นมนุษยนิยม เช่น Carl Rogers, Erich Fromm และ Rollo May ตามแนวคิดนี้ถือว่าการดูแลเป็นกระบวนการพัฒนาซึ่งต้องมีความต่อเนื่องและแสดงออกโดยการเป็นร่วมกับผู้อื่น นั่นคือ บุคคลผู้ให้การดูแลเป็นผู้ที่ร่วมกับผู้อื่นในโลกของผู้อื่นโดยพื้นฐาน ข้อบ่งชี้และคำอธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการดูแลมีดังนี้

1. การรู้จัก (Knowing) เป็นความรู้สึกละเอียดและพฤติกรรมที่เกิดสืบเนื่องมาจากการมีความรู้ กล่าวคือ การรู้จักสิ่งของสิ่งหนึ่งหรือการรู้จักคนคนหนึ่ง ย่อมต้องมีความเข้าใจต่อสิ่งนั้นหรือคนนั้นดีพอแล้ว ในการปฏิบัติกรดูแลนั้นต้องมีความเข้าใจคน เป็นต้นว่ารู้ว่าคนๆ นั้นมีจุดเด่นจุดด้อยอะไร รู้ความต้องการ เป้าหมายและแรงปรารถนา หากพยาบาลได้รู้จักผู้รับบริการแล้ว สัมพันธภาพการดูแลจะเกิดขึ้นได้ การรู้จักเชิงวิชาชีพนั้น ต้องอาศัยความรู้ในส่วนของสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วย และความรู้ที่ต้องศึกษาร่วมด้วย คือพฤติกรรมมนุษย์และพัฒนาการ การสื่อสารและการแก้ปัญหา

2. ความเข้าใจความหลากหลายของปัญหา (Alternating Rhythms) คือความสามารถในการมองปัญหาหลายแนว จากหลาย ๆ จุด โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น มองปัญหาของการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยคิดว่าถ้าเป็นตัวผู้ป่วยเอง ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย (สามี ภรรยา บิดา/มารดา บุตร/ธิดา) ครอบครัวและชุมชน จะพบว่าประเด็นของปัญหาจะแตกต่างกันไป การมองปัญหาเฉพาะส่วนของผู้ให้บริการนั้นไม่ครอบคลุมสาระของการดูแล ที่จะให้แก่ผู้รับบริการ ทั้งยังสกัดกั้นความสามารถในการให้การดูแลด้วย

3. ความอดทนอดกลั้น (Patience) ความสำคัญขององค์ประกอบนี้อยู่ที่เป้าหมายที่ต้องการให้คนไข้ได้เจริญเติบโตไปด้วยตนเอง จึงต้องให้โอกาสคนไข้ได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง การพยาบาลเน้นที่การมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่มักจะเป็นเพียงการพูด (Lip service) ไม่มีการกระทำจริงที่สมบูรณ์ ความอดทน และอดกลั้นจะช่วยให้พยาบาลได้คิดหาวิธี ที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า ให้ผู้รับบริการคิดหาวิธีช่วยเหลือตนเองโดยอิสระ

แต่ต้องเป็นการคิดร่วมกันวางแผนร่วมกัน และทำงานร่วมกัน เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ สัมพันธภาพของการดูแลจึงมีความสำคัญ

การขาดความอดทน และอดกลั้น ทำให้การปฏิบัติการดูแลไม่สมบูรณ์ หรือขาดหายไป เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลูกจากเตียงในวันที่ 2 หลังผ่าตัด หากพยาบาลไม่อดทนและไม่อดกลั้นแล้ว ก็อาจละเลยการปฏิบัติหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยลุกจากเตียงด้วยตนเองไม่ได้ แม้ว่าการผ่าตัดจะผ่านไปเป็นเวลาหลาย ๆ วันแล้วก็ตาม ดังนั้น การดูแลจึงต้องการความอดทนและอดกลั้นด้วย

4. ความจริงใจ (Honesty) การแสดงออกถึงความจริงใจไม่เพียงแต่จะไม่พูดหรือทำในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงเท่านั้น หากต้องแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมาได้ ร่วมกับการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมาด้วย จึงเป็นความรู้สึกร่วมที่แท้จริง (empathy) ที่มีต่อกัน โดยจะต้องไม่แสดงถึงความรู้สึกต่อสิ่งนั้นหรือเหตุการณ์นั้นมากเกินไป (Sympathy) เพราะจะไปสกัดกั้นพฤติกรรมการดูแลที่จะให้แก่บุคคลนั้น

5. ความถ่อมตน (Humility) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะป้องกันการเกิดความรู้สึกเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้ง (Sympathy) กับผู้ป่วย ไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นของตน แต่ผู้ป่วยจะต้องเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีความเฉพาะและมีสิ่งที่น่าเรียนรู้จากผู้ป่วยมากมาย

6. ความไว้วางใจ (Trust) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพ และเกี่ยวข้องกับความจริงใจ และความอดทน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น นั่นคือ ผู้รับบริการมีความสามารถในการตัดสินใจ มีความต้องการของตนเองในเรื่องของสิ่งแวดล้อม ที่ให้การสนับสนุนและมีความปลอดภัย เพื่อการเจริญเติบโตของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพของการดูแลจึงต้องการความไว้วางใจต่อกัน หากไม่เช่นนั้นแล้วการดูแลจะขาดประสิทธิภาพ

7. ความหวัง (Hope) เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดความต้องการหรือแรงปรารถนาให้มีการดูแล ความหวังไม่หมายความเพียงการคิดถึงอนาคต แต่อาจเป็นเพียงการคิดถึงความเป็นไปได้ในสิ่งที่ตนกระทำในปัจจุบัน บุคคลจะต้องมีความหวังเกิดขึ้น เสมอตลอดเวลา การดูแลต้องมีความหวังเป็นจุดเริ่มต้นและคงอยู่ต่อไป เพื่อให้แรงกระตุ้นในการปฏิบัติการดูแลอย่างมีเป้าหมาย

8. ความกล้า (Courage) การปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวก ขัดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณและค่านิยม การปกป้องสิทธิของตนเองและผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ สิ่งเหล่านี้ต้องการความกล้า การดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเผชิญจึงต้องสร้างความกล้าให้เกิดขึ้น

นอกจากนี้ วัตสัน (Watson 1979 cited by Wolf 1986 : 90) ได้ให้ข้อสังเกตแนวคิดของการดูแลที่ลึกกว่าบุคคลอื่น ๆ โดยมองดูการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลในด้านการบำบัด ซึ่งโดยสาระพื้นฐานของการพยาบาลนั้นสร้างมาจากปรัชญาและศาสตร์ของการดูแล องค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้ได้รวมถึง

1. การสร้างระบบของคุณค่าแบบมนุษย์ที่ไม่เห็นแก่ตัว
2. การสร้างความซื่อสัตย์และความหวัง
3. การปลูกฝังความรู้สึกไวต่อตนเองและผู้อื่น
4. พัฒนาการของสัมพันธภาพแบบช่วยเหลือและไว้วางใจ
5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบ
6. การใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหาเพื่อการตัดสินใจอย่างมีระบบ
7. การส่งเสริมการเรียนรู้-การสอนระหว่างบุคคล
8. การจัดเตรียมเพื่อการสนับสนุน
9. การป้องกันและ / หรือการแก้ไขให้ถูกต้องทางด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมและวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตวิญญาณ
10. การช่วยเหลือให้ความพึงพอใจแก่ความต้องการของมนุษย์
11. การยินยอมให้เกิดปรากฏการณ์แห่งพลังในการดำรงอยู่

รูปแบบของการดูแล

การดูแลจะปรากฏได้เป็น 2 รูปแบบ โดยรวมเอากิจกรรมหลาย ๆ อย่างเข้าไว้ ซึ่งจัดได้ดังนี้ (Leininger 1981 :60-61)

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบนี้มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการการดูแลในทันที เป็นความต้องการที่ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการและเอกลักษณ์ของบุคคล โดยมุ่งที่เวลาที่ให้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องกระทำทันที จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์และมีการสร้างสัมพันธภาพโดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

ไม่ว่าการให้การดูแลใด ๆ แก่ผู้รับบริการจะต้องใช้รูปแบบการดูแลทั้งสองรูปแบบนี้ร่วมกันจึงจะสมบูรณ์ตามลักษณะของศาสตร์การดูแล

นอกจากนี้ แบลทเนอร์ (Blattner 1981 : 82-94) เป็นอีกผู้หนึ่งที่เสนอรูปแบบของการดูแลไว้ 3 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) คือความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ นักจิตวิทยาอธิบายว่ากระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าของตน และเชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี ทางด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองให้หายจากความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความกล้าหาญและอดทน ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองให้ดีเสียก่อนจึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) และการให้การสนับสนุน (Support)

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นความช่วยเหลือแก่บุคคลภายในชุมชน โดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุดในเรื่องของสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ปัญหาทางสุขภาพในชุมชนควรได้รับการแก้ไขโดยชุมชน ภายใต้การสนับสนุนส่งเสริม โดยหน่วยงานของรัฐและของเอกชน ผู้ให้บริการสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและอำนวยความสะดวก การดูแลชุมชนเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตของมนุษย์ แนวคิดก้าวหน้า เกี่ยวกับการดูแลโดยชุมชนคือการดูแล

ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice Care) ซึ่งได้มีผู้ให้ความสำคัญมากขึ้นโดยมุ่งให้การดูแลทั้งบุคคลและครอบครัว โดยใช้หลักของการดูแลเชิงมนุษยวิทยานั้นคือ การให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายกับครอบครัวและอยู่ในชุมชนของตน ทั้งนี้จะต้องได้รับการดูแลหรือเยี่ยมเยียนจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งจะทำงานเป็นทีม (Home Health Care Team) ทั้งนี้ภารกิจหลักคือการให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน และให้ความสะดวก เพื่อให้ระบบการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่สุด แนวคิดเช่นว่านี้เกิดขึ้นกับการจัดให้มีการคลอดที่บ้าน หรือในสถานบริการแต่จัดให้มีสิ่งแวดล้อมเหมือนที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วม ทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวได้เป็นอย่างดีด้วย

รูปแบบการดูแลทั้ง 3 รูปแบบที่กล่าวนี้ จำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อความสมบูรณ์ของศาสตร์การดูแล เช่นกัน

รูปแบบที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ตรงกับที่วัตสัน (Watson 1979 cited by Wolf 1986 : 91) ได้ทำนายไว้ว่า รูปแบบของการดูแลในปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้มาจากการเข้าถึงวิชาชีพพยาบาลในองค์การสุขภาพเป็นพื้นฐาน และสร้างสำหรับสุขภาพที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการดำรงชีวิต การระลึกถึงตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง ในด้านคุณค่าของรูปแบบนี้ได้รวมทั้งคุณค่าทางวิทยาศาสตร์และคุณค่าทางมนุษยศาสตร์ ส่วนเป้าหมายของรูปแบบการดูแลนี้ รวมถึงความต้องการซึ่งประเมินโดยตัวผู้รับบริการและผลลัพธ์ที่ต้องการสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย อิศรภาพในการเลือก ความสำเร็จของการทำงานในระดับสูง ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การควบคุมตนเอง คุณภาพชีวิตและความตาย การอยู่รอดและความสำเร็จในชีวิต บุคคลผู้ให้การดูแลในรูปแบบนี้เป็นบุคคลหรือกลุ่มปฏิบัติการจากรูปแบบการดูแลซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมและกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงออก หรือผ่านทางวัตถุ

กระบวนการของการดูแล

กระบวนการของการดูแลเป็นกลุ่มกิจกรรมที่เป็นลำดับต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นด้วยการตั้งเป้าหมายและจบลงด้วยปฏิบัติการ ในกระบวนการนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงกิจกรรมที่จะจัดกระทำ คำนึงถึงเป้าหมายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายทุก ๆ ด้านของการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงองค์ประกอบของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจกระทบกระเทือนต่อการเลือกเป้าหมายโดยเฉพาะการเลือกยุทธวิธีและการปฏิบัติตามยุทธวิธี เกาท์ (Gaut 1986 : 78) ได้อธิบายข้อบ่งชี้ของกระบวนการของการดูแลว่า

1. ผู้ให้การดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะให้การดูแล เพื่อที่จะบ่งชี้ถึงความต้องการในการดูแลและสิ่งที่สามารถจะจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสถานการณ์ได้
2. ผู้ให้การดูแลควรเลือกและปฏิบัติการโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และความตั้งใจที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทางบวกแก่ผู้รับบริการ
3. เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงในทางบวกนี้ควรตัดสินด้วยพื้นฐานประการเดียวคืออะไรก็ได้ที่คิดว่าดีสำหรับผู้รับบริการ

โดยสรุปแล้วกระบวนการของการดูแลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ เช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาลซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้รับบริการรับรู้ความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง
2. พยาบาลตระหนักรู้ถึงความต้องการของผู้รับบริการ ในขั้นนี้พยาบาลและผู้รับบริการจะทำความเข้าใจร่วมกันถึงความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อจะได้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน
3. การสนองตอบต่อความต้องการ เป็นการปฏิบัติการดูแลที่ผู้รับบริการบอกได้อย่างชัดเจนว่า ตนได้รับการดูแลแล้ว
4. การรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการว่า การดูแลได้ปฏิบัติแล้วด้วยความพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเท่ากับเป็นการประเมินการดูแลนั่นเอง

ความสำคัญของกระบวนการดูแลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นบุคคลของคน (expressive activities) ไม่เพียงแต่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษาพยาบาลเท่านั้น (instrumental activities)

พฤติกรรมกรรมการดูแล

นักการศึกษาพยาบาลและนักทฤษฎีหลายท่าน ได้บ่งชี้พฤติกรรมกรรมการดูแลไว้ตามแนวคิด ซึ่งแตกต่างกันและสอดคล้องกันดังนี้

โบว์ลบี (Bowlby 1980 :40-41) ได้อธิบายทฤษฎีสัมพันธภาพ (Attachment theory) และบ่งชี้ถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องในการศึกษาการแสดงออกถึงความเศร้าของคนตลอดช่วงชีวิตว่ามีสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกับแนวคิดการดูแลคือ การบ่งชี้ในพฤติกรรมกรรมการดูแลซึ่งเป็นงานที่ช่วย

ประกอบให้พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพสมบูรณ์ขึ้น ตามทัศนะของโบว์ลบีนั้น การให้การดูแลนั้นโดยปกติจะแสดงออกโดยบิดามารดาหรือผู้ใหญ่ที่มีต่อเด็กหรือวัยรุ่น นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกโดยเฉพาะในเวลาที่มีการเจ็บป่วย เครียดหรือชราภาพอีกด้วย เมื่อพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นในสภาวะที่เครียด รูปแบบสัมพันธ์ภาพนี้จะเกิดขึ้นโดยผู้ให้การดูแลจะลดความเครียดด้วยวิธีสัมผัส อยู่ใกล้ ๆ และให้ความมั่นใจ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับมองตาгу (Montagu 1978 : cited by Wolf 1986 : 86) ซึ่งมีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับประชาชนในเรื่องความอ่อนโยน ความรัก และการดูแลนั้นเป็นเรื่องที่จะต้องได้รับตั้งแต่ช่วงแรกเกิดเป็นต้นไป ซึ่งก็คงเป็นปัญหาว่าประชาชนผู้ซึ่งไม่ได้รับการดูแลมาก่อนนั้นจะสามารถมีปฏิสัมพันธ์การดูแลร่วมกับบุคคลอื่นหรือไม่ ความสนใจในเรื่องนี้จึงเกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคลากรวิชาชีพผู้ให้การดูแล มองตาгуได้เสนอแนะว่าการสัมผัสเป็นแนวทางปฏิบัติที่ผู้ให้การดูแลสามารถติดต่อและสื่อความปลอดภัยตลอดจนความสุขสบายแก่ผู้รับการดูแล นอกจากนี้ยังได้ยืนยันอีกว่า จังหวะของการกระตุ้นทางผิวหนังจะเกิดร่วมกันกับความเคลื่อนไหวทางร่างกายของผู้ให้การดูแล เพราะฉะนั้นการสัมผัสและการกระตุ้นทางผิวหนังจึงแสดงถึงการดูแลที่ติดต่อประชาชนและสามารถบอกได้ว่าเป็นพฤติกรรมการดูแล

โรเจอร์ พรอมม์ และอิริคสัน (Roger 1965, Fromm 1963, Erikson 1963 cited by Wolf 1986 : 85-86) มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการดูแลเป็นข้อบ่งชี้ของความรัก โดยโรเจอร์ได้อธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาโดยการมีสัมพันธ์ภาพในรูปแบบของการให้คำปรึกษาว่า ความรักคือความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งต่อกันซึ่งจะต้องเกิดขึ้นในสัมพันธ์ภาพของการให้ความช่วยเหลือ ในขณะที่พรอมม์มีความเห็นว่า ความรักนั้นเป็นศิลปะที่ต้องการทั้งความรู้และความพยายามที่จะช่วยให้บุคคลเอาชนะความรู้สึกถูกแบ่งแยกและรวมเอาความต้องการ การเชื่อมโยงระหว่างบุคคลเข้าด้วยกัน ความรักที่แสดงออกโดยบุคคลผู้มีวุฒิภาวะนั้นจะเป็นอำนาจอันแรงกล้าที่รักษาความเป็นหนึ่งเดียวหรือความเป็นเอกัตะของคน โดยพื้นฐานแล้วความรักก็คือการให้ในเบื้องต้นนั่นเอง และส่วนประกอบพื้นฐานซึ่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ ของความรักก็คือ การดูแล ความรับผิดชอบ ความเคารพต่อบุคคลและความรู้ในบุคคล ส่วนอิริคสันได้อธิบายว่าการดูแลเป็นพฤติกรรมเฉพาะที่เกิดขึ้นในมนุษย์ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญในวงจรชีวิตมนุษย์ ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในวัยเด็กเกิดขึ้นจากการให้อาหารอย่างเพียงพอ ให้ความรักอย่างเหมาะสมและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างแม่-ลูก นั่นคือ การให้ความดูแลที่แม่กระทำต่อลูก หรืออาจกล่าวได้ว่า ความไว้วางใจเกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลนั่นเอง

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) ให้แนวคิด การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นลักษณะของสัมพันธ์ภาพคู่ (Dyadic Relationship) ในบุคคลผู้ต้องการ

ความช่วยเหลือและบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือ โดยคอบบีได้กล่าวว่าข้อมูลข่าวสารเป็นตัวทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับการดูแลนั้นจะส่งผ่านในสภาพการณ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นการดูแลจึงอาจแสดงจากข้อมูลข่าวสารในการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลเมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือนั้นเต็มไปด้วยความไว้วางใจ ผ่านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งแนวคิดของคอบบีนี้สอดคล้องกับแนวคิดของอัลวิโน (Alvino 1986 : 76) ที่กล่าวว่าพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการสุขภาพและครอบครัวในรูปแบบองค์รวม (Holistic) นั้นเป็นพยาบาลที่อยู่ในตำแหน่งเฉพาะที่จะไปถึงการดูแลได้ การแสดงออกถึงองค์ประกอบการดูแลประการหนึ่งคือการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นการให้ที่มีพื้นฐานแห่งความรับผิดชอบ จริยธรรม และการตัดสินใจที่พึงประสงค์

คาสเซล (Cassel 1976 cited by Wolf 1986 : 87) ได้ลงความเห็นว่าการป้องกันการโรคในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพนั้น ควรบ่งชี้ครอบครัวที่เสี่ยงและตัดสินใจในธรรมชาติ ตลอดจนรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมด้วย การปฏิบัติการควรเป็นไปเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการสนับสนุนทางสังคมและมีผลกระทบต่อป้องกันการโรค ความคิดเหล่านี้ตรงกับกรให้การดูแลของพยาบาลในทุก ๆ หน่วยของการดูแลทางสุขภาพ นั่นคือ การดูแลโดยพยาบาลควรเพิ่มความเข้มแข็งให้กับบุคคลในการต้านทานโรค เพิ่มสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งการที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากครอบครัวและเพื่อนนั้น อาจเป็นสิ่งที่ตัดสินใจสุขภาพ โดยนัยนี้การดูแลจึงเกี่ยวพันกับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ เช่น สมาชิกในครอบครัวและระบบการสนับสนุนทางวิชาชีพอย่างเช่น พยาบาล จะแสดงถึงการให้การดูแลได้ทั้งสถานการณ์ในบ้านและในองค์กรสุขภาพ

โวลฟ์ (Wolf 1986 : 91) ได้เสนอผลงานวิจัยเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรม การดูแลทางพยาบาลไว้ 10 อันดับต้นคือ การฟังอย่างตั้งใจ การให้ความสุขสบาย ความจริงใจ ความอดทน/อดกลั้น ความรับผิดชอบ การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การสัมผัส การรับรู้ความรู้สึก ความเคารพ และการเรียกผู้รับบริการโดยใช้ชื่อ

สเวนสัน-คอฟฟ์แมน (Swanson-Koffman 1986 : 37-46) ได้รายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลที่ผู้ป่วยแท้งบุตรต้องการไว้ 5 ประการคือ การรู้จัก การอยู่กับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยโดยเฉพาะ การกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อผู้ป่วย การให้ออกาสผู้ป่วยแสดงออกและความเชื่อมั่นที่มีต่อผู้ป่วย

จากผลการวิจัยของรีเมน (Riemen 1986 : 30-36) ได้รายงานพฤติกรรมที่ผู้รับบริการระบุว่าสิ่งที่ไม่ใช่พฤติกรรมการดูแล คือการกระทำที่เร่งรีบและรวบรัด การกระทำเพื่อให้งานเสร็จ การแสดงออกอย่างกระด้าง และถูกผู้รับบริการ การไม่ได้ตอบกับผู้รับบริการ และกระทำต่อผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นสิ่งของ ไม่ใช่มนุษย์

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลนั้น ประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งโดยคำพูดและท่าทางที่อยู่รวมอยู่ในพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่มนุษย์ติดต่อสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งนี้ต้องเป็นการแสดงถึงความเข้าใจต่อกันอย่างแท้จริง พฤติกรรมการดูแลจะปรากฏอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่าง ทั้งนี้สามารถสังเกตและแยกแยะได้ว่า พฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมการดูแลที่แท้จริงหรือไม่ จากการสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและการตรวจสอบความรู้สึกของผู้ให้และผู้รับการดูแล พฤติกรรมการดูแลเป็นพฤติกรรมหลายมิติที่ผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้นที่มีโอกาส มีความสามารถและมีความรู้เพียงพอแก่การแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น เช่น การสัมผัส การฟัง การพูด การให้ความสุขสบาย และการให้การสนับสนุน เป็นต้น ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่กล่าวมานี้ สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดหรือทฤษฎีเฉพาะที่ค้นพบได้ในวิชาชีพการพยาบาล

ลูเจนไบห์ล (Luegenbiehl 1986 : 2375-B) ได้นำสาระสำคัญของการดูแลตามแนวคิดของเมเยอร์อฟ โสโนนเจอร์ พีเตอส์และซีราด มาศึกษาการรับรู้การดูแลในระยะเจ็บครรภ์และคลอดจากมารดาหลังคลอดครรภ์หลัง ผดุงครรภ์ และพยาบาลที่ประจำการในห้องคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน โดยรับรู้ว่าการดูแลทางการพยาบาล จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้การดูแลเชื่อว่า มีความสามารถในการใช้ความรู้จากภูมิหลังหรือความรู้ทั่วไป และปฏิบัติด้วยความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ และสนับสนุนต่อมารดา นอกจากนี้ยังพบแนวคิดที่ต่างกันในแต่ละกลุ่มคือ ในการรับรู้การดูแลนั้นผดุงครรภ์เน้นที่ความรู้ มารดาเน้นที่วิธีให้ความสุขสบายและจัดการกับภาวะเครียด ส่วนพยาบาลเน้นที่สาระทั้งสอง และมองเห็นว่าการดูแลทางการพยาบาลเป็นบรรยากาศของงานส่วนใหญ่ ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าการพยาบาลและการดูแลไม่สามารถแยกจากกันได้ ในวิชาชีพพยาบาลควรมีการศึกษาแนวคิดทางนามธรรมและใช้ความรู้รวบยอดนี้ให้เป็นประโยชน์ทางการจัดการศึกษา การวางแผนดูแลผู้ป่วย และการวางแผนกำลังคนในโรงพยาบาล

มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะ เป็น เครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันนี้เป็น "การสนับสนุนทางสังคม" ที่มีการศึกษาเป็นจำนวนมากและพบว่า เป็น "ตัวแปรทางจิตสังคม" ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและความตาย ในหลายสิบปีที่ผ่านมา นักวิจัยหรือนักวิชาการจากหลายสาขาวิชา โดยเฉพาะทางสังคมศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ ได้ให้ความสนใจที่จะศึกษาโครงสร้างของเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งนักการศึกษาเหล่านี้ได้ให้แนวคิดไว้ดังต่อไปนี้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความพึงพอใจในความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรือหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งซึ่งให้การสนับสนุนหรือจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น (Kaplan, Cassel and Gore 1977 : 50-51)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นข่าวสารที่ทำให้บุคคล เชื่อว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นที่รัก มีคุณค่าและความผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb 1976 : 300)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสารทางบวกที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยต้องคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย (Hubbard, et. al. 1984 : 266)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจจะ เป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ (บุญเยี่ยม ตรีกุลวงษ์ 2528 : 594)

จากความหมายเหล่านี้พอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น โดยการติดต่อสัมพันธ์ซึ่งความจำเป็นพื้นฐานได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ การให้คุณค่าและความผูกพัน ตลอดจนความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ โดยมีผลให้บุคคลได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ต้องการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคลอาจจะอยู่ในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการก็ได้ บางครั้งเรียกว่าหน้าที่ของกลุ่มสังคม มีผู้ให้รูปแบบชนิดหรือองค์ประกอบต่าง ๆ กัน สำหรับ ทิลเดน อิสเรล บราวน์ และเฮาส์ (Tilden 1985 : 100, Israel 1985 : 70, Brown 1986 : 5, House 1981 cited by Brown 1987 : 414) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ และกลุ่มสังคมทุติยภูมิ กลุ่มสังคมปฐมภูมิได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระบบของการสนับสนุนทางสังคม ด้านสุขภาพ ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ คือ ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ระบบสนับสนุนด้วยศาสนาหรือแหล่งอุบถัมภ์ต่าง ๆ ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ จะมามากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์ ในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤตผู้ป่วยย่อมต้องการแพทย์และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนมากที่สุด

กลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ

กลไกของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของมนุษย์นั้น ยังไม่มีผู้ใดสามารถอธิบายได้ชัดเจน แต่ก็มีผู้ศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์นี้เช่น โคเฮน และวิลส์ (Cohen and Wills 1985 : 310-357) ได้ศึกษาเพื่ออธิบายกลไกของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผลจากการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมนั้นจะทำให้คนเรามีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลเสริมให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบต่อต้านการเกิดโรค (neuro-endocrine and immune system) ทำงานได้ดีขึ้นหรืออาจจะส่งผลทำให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้เงื่อนไขของปัญหาลดความรุนแรง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งภาวะวิกฤตนี้จะเชื่อมโยงถึงการเจ็บป่วยทั้งนี้ เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยลดความเครียด ซึ่งอาจจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต โดยธรรมชาติความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยตนเองได้ รู้สึกด้อยและไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ในภาวะเช่นนี้จะรบกวนความสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบต่อต้านการเกิดโรคทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันก็จะทำให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงและ เกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

โบวาร์ด (Bovard 1962 : 116) อธิบายกลไกของการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮน และวิลส์ แต่เป็นแนวคิดทางด้านชีววิทยา ซึ่งได้จากการทดลองในสัตว์ โดยพบว่า สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดจะถูกส่งผ่านไปยังไฮโปทาลามัส ส่วนกลาง และส่วนหลัง (posterior and medial hypothalamus) ทำให้มีการหลั่งสารพวกเคโมทรานสมิตเตอร์ (Chemotransmitter) ไปยังต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary) ซึ่งมีผลต่อการทำลายโปรตีนโดยทั่วไป (general protein catabolic) และเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทางสังคมที่เหมาะสม คือการสนับสนุนทางสังคม ศูนย์ที่ไฮโปทาลามัสส่วนหน้า และด้านข้าง (anterior and lateral hypothalamus) จะตอบสนองด้วยกลไกการแข่งขัน (competing response) ซึ่งจะช่วยขัดขวางหรือลดสิ่งเร้าของความเครียดลง

โครเนนเวทท์ (Cronenwett 1983 : 14-15) ได้สรุปสมมุติฐานของผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงภาวะสุขภาพก็ต่อเมื่อคนเรามีความเครียดสูงเท่านั้น ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลลดความเครียดในช่วงนั้น ๆ
2. การสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพหรือทำให้คนมีสุขภาพจิตดี โดยการทำให้คนได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็น หรือส่งเสริมทำให้คนมีอารมณ์ที่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้คนเรามีการกระทำที่ดี หรือมองโลกในแง่บวกที่ดีขึ้น
3. เหตุการณ์เครียดของชีวิตมีผลทำให้สุขภาพของคนถูกรบกวน เพราะภาวะเครียดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมของตน

นอกจากนี้ แลงลี (Langlie 1977 : 252) ได้ตั้งสมมติฐานอธิบายความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยไว้ว่า การที่คนมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมทำให้ได้รับแรงกดดันจากบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดการปฏิบัติตามบรรทัดฐานนั้นๆ อีกประการหนึ่ง การที่คนมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมจะทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนเบอร์กแมน และ ซัยม์ (Berkman and Syme 1979 : 202) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์โดยตั้งอยู่บนความเชื่อว่าคนที่แยกตัวออกจากสังคมนั้นจะทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้โดย

1. คนที่แยกตัวจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวจากสังคมมีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หรือทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกในการต่อสู้การตอบสนองทางจิตใจ ดังนั้นจึงอาจเป็นหนทางไปสู่การฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ
3. การแยกตัวจากสังคมจะทำให้คนเรามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย เป็นผลให้ร่างกายไวต่อการเกิดโรค

จากแนวการศึกษาดังกล่าว ทำให้สามารถเข้าใจถึงกลไกของความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของคนได้ดีขึ้น และอาจสรุปเป็นผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพได้ดัง แผนภูมิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสนับสนุนทางสังคม-->สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเจริญเติบโต--> การส่งเสริมสุขภาพ
ในภาวะปกติ (ตัวแปร (growth-promoting environment) (health promotion)
ที่เกิดขึ้นก่อน)

การสนับสนุนทางสังคม ---> ลดเหตุการณ์ของชีวิตที่ก่อ -----> การคงไว้ซึ่งภาวะ
ในภาวะปกติ (ตัวแปร ให้เกิดความเครียด (decreased สุขภาพ (health
ที่เกิดขึ้นก่อน) stressful life events) maintenance)

การสนับสนุนทางสังคม---> ให้ข้อมูลย้อนกลับหรือยืนยันการกระทำ--->การคงไว้ซึ่งภาวะ
ในภาวะปกติ (ตัวแปร (feedback or confirmation of สุขภาพ (health
ที่เกิดขึ้นก่อน) actions) maintenance)

การสนับสนุนทางสังคม---> ทำหน้าที่เป็นตัวกันชนหรือตัวลดความ --->การป้องกัน
ขณะเผชิญเหตุการณ์ที่ รุนแรง (Buffer function) การเจ็บป่วย
เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต (illness
(ตัวแปรแทรกซ้อน) prevention)

แผนภูมิที่ 1 : ผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ

แหล่งที่มา : Pender, Nola J. Health Promotion in Nursing Practice 2 nd ed.
California : Appleton & Lange 1987 : 398.

มีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนความสัมพันธ์ หรือผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ เช่น การศึกษาของพิคมัย เพิ่มกระโทก (2530 : 91) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ ปราณี แสงรุ่งนภาพรรณ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในระยะเจ็บครรภ์ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของผู้คลอดครรภ์แรก และพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่สามี เข้า ไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มผู้คลอดที่สามีไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มผู้คลอดที่สามี เข้า ไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์มีความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดดีกว่ากลุ่มผู้คลอดที่สามีไม่ได้ เข้า ไปมีส่วนร่วมในระยะเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ (2531 : 43) นอกจากนี้ วิสซ์ (Weisz 1982 : 4946-B) ได้รายงานการศึกษาไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะแทรกซ้อนในระยะเจ็บครรภ์และคลอด

การนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพยาบาล

โบลว์บี (Bowlby 1973 cited by Norbeck 1982 : 22) กล่าวว่ามนุษย์ทุกเพศ ทุกวัยจะมีความสุขและประสบความสำเร็จมากที่สุดเมื่อมีความเชื่อมั่นว่า เขามีบุคคลซึ่งจะให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบกับความยากลำบาก ในขณะที่นักทฤษฎีบางคนให้ข้อสังเกตว่าสัมพันธภาพการสนับสนุนในวัยผู้ใหญ่คล้ายคลึงกับสัมพันธภาพ (Attachment) ในวัยทารก ทารกซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา จะมีพื้นฐานมั่นคงในการรู้จักกับโลกมนุษย์ ส่วนคานท์และแอนโทนูcci (Kahn and Antonucci 1980 cited by Norbeck 1982 : 22) ให้แนวคิดว่าผู้ใหญ่ที่มีสัมพันธภาพของการสนับสนุนแข็งแกร่งจะสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ดี ประเด็นทางทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมเหล่านี้นำไปสู่ข้อตกลงเบื้องต้น 6 ประการ ซึ่งจะเป็นกรอบงานที่ช่วยให้เข้าใจการสนับสนุนทางสังคมและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ดี ข้อตกลงเบื้องต้นนี้ได้แก่ (Norbeck 1982 : 22-24)

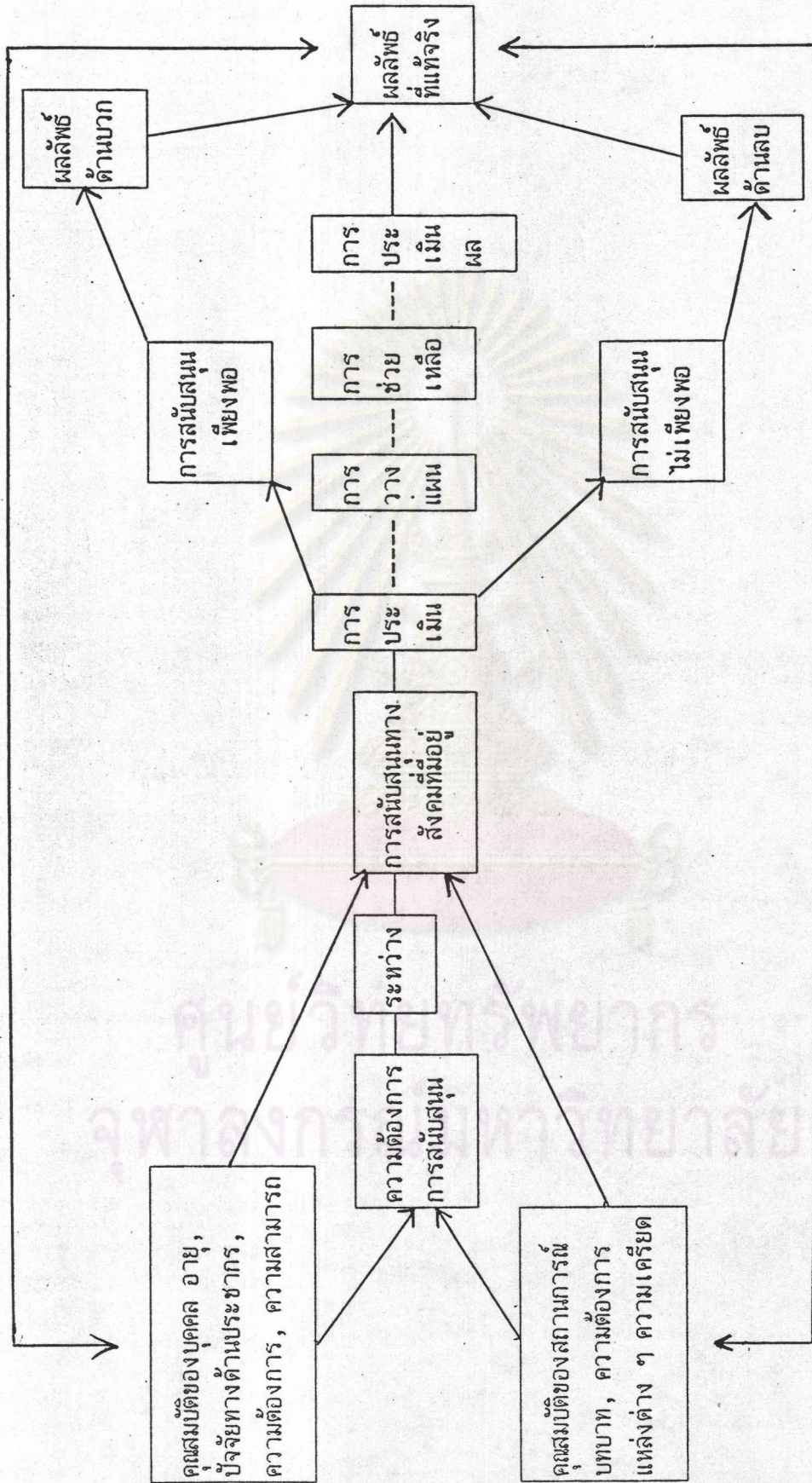
1. บุคคลต้องการสัมพันธภาพในการสนับสนุนร่วมกับผู้อื่นตลอดชีวิต เพื่อสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน และเพื่อเผชิญกับความเครียดและการเปลี่ยนแปลงชีวิต
2. การสนับสนุนทางสังคมจะต้องมีทั้งการให้และการรับในเครือข่ายของสัมพันธภาพ

3. สัมพันธภาพในเครือข่ายมีความมั่นคงตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในความสัมพันธ์ขั้นต้นหรือใกล้ชิดของแต่ละบุคคล
4. สัมพันธภาพของการสนับสนุน เป็นสิ่งที่มีสุขภาพดีมากกว่าพยาธิสภาพ โดยพื้นฐานทางธรรมชาติ
5. ชนิดและปริมาณการสนับสนุนที่บุคคลต้องการขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคลและลักษณะของสถานการณ์
6. ชนิดและปริมาณการสนับสนุนที่ได้รับขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลและลักษณะของสถานการณ์

พยาบาลในฐานะบุคลากรที่มีสุขภาพโดยบทบาทและหน้าที่แล้ว เป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพแก่ประชาชนมากที่สุด ทั้งนี้ด้วยการให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามยังมีการเจ็บป่วยหรือภาวะบางประการที่บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมด้วย โดยอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและอื่น ๆ ซึ่งในบทบาทของพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความสำคัญของบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย การนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพยาบาล สามารถนำมาใช้ได้ 2 ทางคือ

1. ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอให้มีเพียงพอ โดยผ่านโครงสร้างหน้าที่และเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ
2. ใช้เพื่อการสนับสนุนโดยตรง โดยให้ความช่วยเหลือบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเช่น ในภาวะเครียด ภาวะวิกฤต ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านการพยาบาล และการช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์และทางด้านสิ่งของให้แก่ผู้รับบริการบางราย ตามปัญหาและความจำเป็น

การนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพยาบาล คำนึงถึงองค์ประกอบพื้นฐาน 4 อย่าง ในทางทฤษฎีการพยาบาล คือ คน (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-illness) และการปฏิบัติพยาบาล (Nursing actions) วิธีการนำมาใช้ ใช้ผ่านกระบวนการพยาบาล ซึ่งเริ่มจากการประเมินว่าผู้รับบริการมีระดับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอหรือไม่ และมีผลลัพธ์ต่อสุขภาพอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้นั้นมาวางแผนและให้การพยาบาลตามแผนเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงประเมินผลภายหลังการปฏิบัติว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเหมาะสมหรือไม่ เป็นไปในทางบวกหรือทางลบ กระบวนการดังกล่าวสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2: การนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพยาบาล

แหล่งที่มา : Norbeck, J. S. "Social Support : A Model for Clinical Research and Application" *Advances in Nursing Science* 3(July 1981): 46.

มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางการพยาบาล

การสนับสนุนทางการพยาบาล ได้ยึดแนวคิดทฤษฎีการดูแลและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในแง่ของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตสังคมเป็นกรอบแนวคิด การสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพราะการรักษาพยาบาลเป็นบริการทางสังคม (Social service) และบุคลากรพยาบาลเป็นเสมือนแรงพลังทางสังคม (Nurses as a Social Force) (Labelle 1986 : 247) มาโลน (Malone 1988 : 20) กล่าวไว้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ เป็นตัวการที่เข้มแข็ง ตลอดจนเป็นสมาชิกที่มีความสำคัญยิ่งในเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ

วัตสัน (Watson 1988 : 12) ผู้อำนวยการศูนย์การดูแลมนุษย์ (Center of Human Caring) มหาวิทยาลัยแห่งรัฐโคโลราโด ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการดูแล การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การดูแลที่เกิดขึ้นเป็นจุดเด่นของการสนับสนุนทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคม (Existential Moments of Caring : Facets of Nursing and Social Support) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟางรัตน์ บุญญาภิรักษ์ (2532 : 121) ที่ว่า ศาสตร์การดูแลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล (Science of Caring : Uniqueness of Nursing Profession) และในเนื้อหาของสาระของการดูแลนั้นมีพฤติกรรมที่มองเห็นได้เด่นชัด คือ การสนับสนุนทางการพยาบาล

นักทฤษฎีและนักวิชาการพยาบาลหลายท่าน ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางการพยาบาล โดยใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันไป เช่น การสนับสนุน (Support) การสนับสนุนทางการพยาบาล (Nursing Support) การสนับสนุนในการพยาบาล (Support in Nursing) การดูแลเชิงสนับสนุน (Supportive Care) การดูแลเชิงสนับสนุนทางการพยาบาล (Supportive Nursing Care) และการพยาบาลเชิงสนับสนุน (Supportive Nursing)

ความหมายการสนับสนุนทางการพยาบาล

การสนับสนุนเป็นปฏิบัติการอย่างหนึ่งภายใต้พฤติกรรมการดูแล (Leininger 1977 : cited by Gardner 1979 : 10)

การสนับสนุนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และศักดิ์ศรี ซึ่งมีสิทธิในการพิจารณากำหนด และตัดสินใจด้วยตนเอง (Hart 1959 cited by Gardner 1979 : 11)

การสนับสนุนเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นหรือได้มาโดยผ่านกระบวนการสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมและพฤติกรรมที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ความสุขสบายและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (Gardner 1979 : 10)

การสนับสนุนเป็นคำรหัสที่สื่อความนัยถึงแผนการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและถือว่าเป็นมือที่สามซึ่งผู้รับการสนับสนุนไม่สามารถที่จะสร้างขึ้นได้เอง และผู้ให้มีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวตน (Self) ของผู้รับ ในด้านสุขภาพเนื้อหาสาระของการสนับสนุนคือปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มนุษย์เราต่อสู้มาตลอดชีวิตเพื่อที่จะควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมแม้ในขณะที่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมากทางด้านเทคโนโลยี ในคราวใดที่บุคคลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเสาะแสวงหาความช่วยเหลือที่จะป้องกันสิ่งคุกคามต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อสวัสดิภาวะของตนเอง การพยาบาลจะเข้ามาเป็นพื้นฐานในเวลานั้น (Stockwell and Nishikawa 1970 : 7)

การสนับสนุนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับผลประโยชน์จากประสบการณ์หรือช่วยแก้ไขในส่วนประกอบของประสบการณ์ที่ขาดหายไปให้เหมาะสม ซึ่งส่วนประกอบของประสบการณ์ก็คือ สิ่งทั้งหลายอะไรก็ได้ที่ผู้ป่วยรับรู้ แปลความหรือตอบสนอง (Ujhely 1968 : cited by Gardner 1979 : 10)

การสนับสนุนเป็นการช่วยให้บุคคลได้สร้างหรือได้รับกลับคืนมาหรือใช้ความเข้มแข็งของตนเองในการปรับตัว (Weidenbach 1964, Hart 1959, Novey 1959 cited by Gardner 1979 : 10, Bender 1969 cited by Anderson 1976 : 17)

การสนับสนุนเป็นการช่วยเหลือบุคคลในการเผชิญกับภาระงานที่ยุ่งยากโดยผ่านการปฏิบัติการทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสำเร็จในการแก้ปัญหาและการปรับตัว เช่น การช่วยเหลือบุคคลในการทำให้ปัญหากระจ่างชัด (Jones 1962 cited by Gardner 1979 : 11) การให้โอกาสบุคคลในการแสดงออกหรือแก้ปัญหา (Hart 1959 cited by Gardner 1979 : 11) และการช่วยเหลือบุคคลในการแก้ปัญหา (John 1962 cited by Gardner 1979 : 11)

การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมายหรือความต้องการของตนในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีทั้งการสนับสนุนที่มีตัวตน (Tangible support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินหรือร่างกาย และการสนับสนุนที่ไม่มีตัวตน (Intangible support) ได้แก่ การสนับสนุนโดยการให้ความอบอุ่น ความรัก กำลังใจ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Pender 1987 : 397)

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นว่ามีความหลากหลายในความหมายเหล่านี้ มีรายงานการศึกษาโดยคณะกรรมการฝ่ายวิจัยพยาบาลแห่งศูนย์พอร์ตโลแกน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลฝ่ายจิต ทั้งนี้เพราะมีปัญหาการใช้ความหมาย "การสนับสนุน" นี้เป็น 2 แนว คือ เป็นการเข้าถึงเพื่อการรักษา (An approach) และเป็นเป้าหมายของการรักษา (The goal of treating the patient) ในการศึกษาให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางเทคนิคฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาลจัดลำดับความสำคัญ ของกลุ่มคำและให้ความหมายของคำว่า "การสนับสนุน" ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทั้งสองกลุ่มจัดลำดับและให้ความหมายได้สอดคล้องกันอย่างมากมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้คำต่าง ๆ จัดเรียงตามลำดับดังนี้ การยอมรับ การร่วมรู้สึก การให้ความมั่นใจ การกระตุ้นส่งเสริม การให้ความอบอุ่น การวิจารณ์เชิงสร้างสรรค์ และการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ส่วนประโยคที่เป็นความหมายของการสนับสนุนนั้นจัดเรียงลำดับดังนี้ (De Young and Dickey 1967 : 46-59)

1. แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เยี่ยงบุคคล
2. ร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยและแสดงการยอมรับในความรู้สึกของผู้ป่วย
3. ให้โอกาสผู้ป่วยในการพูดระบายความรู้สึก
4. อยู่เป็นเพื่อนด้วยในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ
5. กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้สิทธิในการตัดสินใจ
6. ช่วยให้ผู้ป่วยได้กระทำในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความสามารถ
7. ชี้ให้เห็นความจริงในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการเห็นอกเห็นใจ และ
8. ให้แรงเสริมในการตัดสินใจของผู้ป่วย

ในปี ค.ศ. 1970 สต็อคเวล และนิชิกาวา (Stockwell and Nishikawa 1970 : 7-10) ได้สอบถามนักศึกษาและคณะถึงคำที่เหมาะสมมากที่สุดกับคำว่า "การสนับสนุน" พบว่ามีคำหรือพยางค์ 35 พยางค์ และสัดส่วนสูงสุดของการศึกษานี้ได้แก่คำว่า ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร และความช่วยเหลือ คำเหล่านี้สามารถเชื่อมสัมพันธ์ทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

และคำที่จะช่วยอธิบายภาพเมื่อการสนับสนุนเกิดขึ้นคือ ความสุขสบาย ความรัก และความอบอุ่น นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายหรือคำนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) ของการสนับสนุนซึ่งเป็นกลุ่มคำที่จัดเรียงลำดับในกระบวนการสนับสนุนดังนี้

1. ความใส่ใจ (Attention) หมายถึง การกำหนดจิตใจลงบนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง พยายามจะมีการรับรู้และสังเกตผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้เป็นระดับผิวเผิน ซึ่งไม่มีข้อสังเกตใด ๆ ที่จะบอกถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยได้
2. การปรากฏด้านร่างกายและสติปัญญา (Presence) หมายถึง ความต่อเนื่องที่บุคคลปรากฏอยู่ในความรับรู้ซึ่งกันและกัน
3. การปรากฏด้านอารมณ์ (Thereness) หมายถึง การปรากฏทางด้านอารมณ์ร่วมกับด้านร่างกายและสติปัญญา
4. การยอมรับ (Acceptance) หมายถึง การแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลยอมรับผู้ป่วย เยี่ยงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่โดยไม่มีการตัดสิน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าให้การให้อภัยหรือมองข้ามพฤติกรรมเฉพาะบางอย่างไป การยอมรับซึ่งถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย และจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ช้ากว่าขั้นตอนต่อไป
5. ความเอื้ออาทร (Care) หมายถึง ความรู้สึกที่ประกอบด้วยอารมณ์ที่เข้มแข็งซึ่งอาจจะให้ความหมายได้ใกล้เคียงกับกิจกรรมอัตโนมัติ ที่รวมถึงการดูแลทางด้านร่างกายด้วย
6. ความเป็นห่วง (Concern) หมายถึง ส่วนที่เชื่อมต่อกับวัตถุหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นพิเศษเฉพาะ และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในสัมพันธภาพที่แสดงว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีลักษณะของตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องสร้างสัมพันธภาพนี้โดยผ่านความสามารถในการรับความคิดของพยาบาลที่บ่งชี้ความเป็นห่วงผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยเป็นข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่จะต้องเข้าหาผู้ป่วยทางบวก การสัมผัสที่มีคุณภาพและเทคนิคการสะท้อนคำพูดที่ใช้ในการรักษาด้านจิตใจ
7. ความสนใจ (Interest) หมายถึง การสื่อแสดงถึงความเป็นเจ้าของ ในขณะที่พยาบาลกำลังจะกลายเป็นส่วนหนึ่งในตัวตนส่วนที่เรียกว่า อีโกของผู้ป่วย (Patient's ego)
8. ความเกี่ยวข้อง (Involvement) หมายถึง ภาวะที่พยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้องในการทำให้ความเข้มแข็ง ความกล้าหาญ และศักดิ์ศรีกลับคืนสู่ผู้ป่วย

9. ความเข้าใจ (Understanding) หมายถึง ความเข้าใจที่มากกว่าความเข้าใจด้านพุทธิวิสัย พยาบาลจะปฏิบัติการนี้โดยมี แนวคิดทฤษฎีเป็นภูมิหลัง และมุ่งใช้ความพยายามที่จะหาหนทางที่สร้างสรรค์เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย

10. การร่วมรู้สึก (Empathy) หมายถึง การรวมเอาความเข้าใจและความรู้สึกมาเป็นพื้นฐานปฏิบัติการการสนับสนุน

เมื่อผ่านกระบวนการสนับสนุนแล้ว ผู้ป่วยจะพัฒนาความเชื่อสัจย์ ความไว้วางใจ และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและความเข้มแข็ง และด้วยสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยสามารถสร้างอำนาจการควบคุมตนเองได้ จากนั้นจึงยุติสัมพันธภาพที่มีกับพยาบาลในที่สุด เมื่อคำนึงถึงความหมายหรือค่านิยมเหล่านี้จะพบว่า มีหลักฐานที่แสดงว่า มีความจำเป็นที่จะมีระดับของความรู้สึกร่วมไปกับระดับของความคิดในการให้การสนับสนุน เพื่อที่จะได้ เข้าถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่ตั้งอธิบายไว้ ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับ เจตนาของพยาบาลที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับ ต้องการความเข้าใจของพยาบาลที่ตั้งอยู่บนรากฐานของความรู้และความผูกพันรับผิดชอบซึ่งมาจากอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของพยาบาล เงื่อนไขเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะตนเอง เพื่อที่จะดำรงรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพของตนเองนั่นเอง

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางการพยาบาล

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางการพยาบาลมีหลายองค์ประกอบ ฮาร์ท (Hart 1959 cited by Gardner 1979 : 11) ได้อธิบายว่าประกอบด้วย การดูแลทางด้านกายภาพ การแสดงออกถึงความเป็นบุคคล การแก้ปัญหา การเจริญก้าวหน้า และการร่วมรู้สึก ส่วนเฮาส์ (House 1981 cited by Brown 1986 : 5) ให้ความสำคัญต่อยอดซึ่งเป็นพื้นฐานในการศึกษา "การสนับสนุน" ว่า ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบความหมายและการสนับสนุนด้านข้อมูล นอกจากนี้ยังมีนักการศึกษาอีกหลายท่านที่จัดองค์ประกอบของการสนับสนุนทางการพยาบาลในด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Noack 1964 : 97 Anderson 1976 : 17-18) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านอารมณ์ได้รับการสนใจจากพยาบาลมากที่สุด (Gardner 1979 : 13)

พฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาล

การ์ตเนอร์ และวิลเลอร์ (Gardner and Wheeler 1981 : 13-16) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาลจากพยาบาลศัลยกรรม-อายุรกรรม และจิตเวช จำนวน 84 คน พบว่าพฤติกรรมที่เลือกสรรจัดเรียงตามลำดับดังนี้

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญหรือจัดการกับความรู้สึกของตนเอง
2. พูดกับผู้ป่วย
3. นั่งและให้เวลากับผู้ป่วย
4. ให้ข้อมูลข่าวสาร
5. ฟังผู้ป่วยพูด
6. ปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น นวดหลัง เปลี่ยนท่า ทำความสะอาด ปาก ฟัน
7. ประสานร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้ศึกษายัง ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนขึ้นอยู่กับทักษะการติดต่อสื่อสารของพยาบาล และพฤติกรรมที่บ่งชี้การสนับสนุนได้แก่

1. พยาบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยหรือเพื่อผู้ป่วย
2. พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในการแสดงความรู้สึก
3. พยาบาลติดต่อสื่อสารและเข้าใจผู้ป่วย
4. พยาบาลมีสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วย
5. พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ
6. พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมและตัดสินใจด้วยตนเอง

ตามแนวคิดของสต็อคเวล และนิชิกาวา (Stockwell and Nishikawa 1970 : 9) พฤติกรรมสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วยตามนิยามเชิงปฏิบัติการของกระบวนการสนับสนุนมีดังนี้

ขั้นตอน	พยาบาล	ผู้ป่วย
ความใส่ใจ	สังเกต	ต้องการความช่วยเหลือและผูกพัน
การปรากฏตัวด้านกาย-สติปัญญา	อยู่เป็นเพื่อน พยายามติดต่อ	พยาบาลอยู่ในสนามแห่งความรู้สึก
การปรากฏตัวด้านอารมณ์	ปรับอารมณ์ให้สอดคล้องกัน เปิดใจที่จะมีความผูกพัน	
การยอมรับ	รู้จักและมีความรู้	ได้รับกระแสของระดับอารมณ์
ความเอื้ออาทร	สร้างอารมณ์ทางบวกให้เข้มแข็ง	รับรู้ว่าพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ
ความเป็นห่วง	ไวในการรับความคิด ประเมินผลย้อนกลับ สัมผัส สะท้อนกลับ	ส่งข่าวสารเพื่อขอความช่วยเหลือ ติดต่อสื่อสารได้สำเร็จ ไว้วางใจ มีความผูกพัน
ความสนใจ	ใช้ความรู้และทักษะในการสร้าง ความเข้มแข็งแก่ตัวตน	ยอมรับความสัมพันธ์ในรูปแบบ พึ่งพา
ความเกี่ยวข้อง	ปฏิบัติการร่วมกับผู้ป่วย	ปฏิบัติการร่วมกับพยาบาล
ความเข้าใจ	ประเมินความสามารถ วางแผนประสบการณ์	ควบคุมตนเอง
การร่วมรู้สึก	ปลูกฝังความเชื่อมั่นในตนเอง	สร้างอำนาจการควบคุมตนเอง ใหม่

ตัวอย่างการเริ่มต้นในกระบวนการสนับสนุน : หญิงชราคนหนึ่งอ่อนเพลียมากจากการไม่ได้มีกิจกรรมเป็นเวลานานและได้รับการวางแผนที่จะให้กายภาพบำบัด เธอบอกพยาบาลว่า เธอไม่ต้องการที่จะไป พยาบาลตัดสินใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเมื่อถึงเวลาให้กายภาพบำบัด พยาบาลได้เอื้อมมือไปจับที่แขนของผู้ป่วยและกล่าวว่า "ดิฉันรู้ว่าการรักษานี้อาจทำให้คุณปวดลำบาก และท้อแท้ใจไประยะหนึ่ง แต่ก็เป็นเรื่องที่จำเป็น และเชื่อว่าคุณน่าจะทำได้ดีนะคะ" ผู้ป่วยจับแขนพยาบาลไว้และขอร้องไม่ให้ทิ้งเธอไป

เบทเทลเฮม (Bettelheim 1967 : cited by Stockwell and Nishikawa 1970 : 9) ได้ให้ข้อสังเกตว่า การให้สัมผัสเป็นตัวอย่างของการสนับสนุนทางการพยาบาล เช่น

ฉันกุมมือเขาไว้ในขณะที่เขาทนทุกข์เพราะความเจ็บปวด...

ฉันจับไหล่ของเธอในขณะที่มดลูกหดตัวแต่ละครั้ง และบางทีก็ลูบที่หน้าผากหรือเสยผมบ้าง...

ฉันกอดเธอไว้ และเธอร้องไห้...พร้อมกันนี้ได้อธิบายว่าการสัมผัสเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีความหมายมาก เช่น การจับมือซึ่งนอกเหนือจากความหมายถึงการตกลงแล้วยังสามารถสื่อข่าวสารในความหมายที่ว่า "ฉันเป็นห่วงคุณนะ" (I care) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไวและละเอียดอ่อนจะสามารถรู้สึกได้ถึงการศึกษาที่หลีกเลี่ยงซึ่งพยาบาลเองก็ทำไปโดยไม่รู้ตัว

ในปี 1973 จาคอบส์และคณะ (Jacobs, et. al 1973 : 365-403) ศึกษาเพื่อบ่งชี้พฤติกรรม 4 แบบที่ให้ผลในการสนับสนุนทางอารมณ์ในกลุ่มเหตุการณ์วิกฤต ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสนับสนุนได้แก่ พฤติกรรมการให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าในการรักษา ให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์และยอมรับความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและเข้าใจสิ่งแวดล้อม ต่อมาในปี 1974 เพิร์ลมุตเทอร์ (Pearlmutter 1974 : 15-19) ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยสถานการณ์ที่เลือกสรร 3 แบบ สอบถามพยาบาล 125 คน โดยให้อธิบายความรู้สึกต่อสถานการณ์เหล่านั้น จากคำตอบที่ได้มาแบ่งเป็นกลุ่มย่อยของการสนับสนุนทางอารมณ์เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ การประเมิน การปฏิบัติการ การติดต่อสื่อสาร การปรึกษาหารือและการร่วมมือ การส่งต่อ และให้ความปลอดภัยต่อแหล่งทรัพยากร และการบันทึก จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มปฏิบัติการเป็นกลุ่มที่ถูกเลือกมากที่สุดและเลือกจากแนวคิด การให้และความคุ้มครองบรรยากาศที่สร้างภาวะอารมณ์ทางบวก การกระตุ้นและมีปฏิสัมพันธ์ การเริ่มต้นและยอมรับการแสดงความรู้สึก ความห่วงใย การควบคุมพฤติกรรม การให้ข้อมูล การทดสอบความเป็นจริง และการกระตุ้นให้มีกิจกรรม ส่วนเหตุผลสำหรับพฤติกรรมการสนับสนุนได้แก่ ความปลอดภัยและความมั่นคง การควบคุมหลีกเลี่ยงการหนี ความคุ้นเคย ความเพียงพอ การจัดการโดยพิจารณาไตร่ตรอง ความรักและความเป็นเจ้าของ การยอมรับ ศักดิ์ศรีของบุคคล บทบาทด้านความสบาย และการทดสอบความเป็นจริง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลสำคัญอื่น ๆ อีกเช่น ไอร์วินและมิเออร์ (Irwin & Meier 1973 : 119-128) ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนในกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพและญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะใกล้ตาย พบว่า ความหมายที่สะท้อนถึงการรับรู้การสนับสนุน

สูงสุดได้แก่ การเป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์ การให้การอธิบายที่ชัดเจน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และการแสดงความสนใจต่อญาติผู้ป่วย ทางด้านพฤติกรรม คลื่นและคณะ (Klein, et. al. 1981 : 161-164) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนในระยะคลอดของสามีผู้คลอดและพยาบาล โดยการสังเกตบันทึกชนิดและความถี่ของพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนในด้านการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ การสัมผัส การเป็นโค้ชช่วยด้านหายใจ และการใช้วิธีการช่วยเหลือด้านความสบาย ผลการศึกษาพบว่า สามีอยู่เป็นเพื่อน สัมผัส และให้ความสุขสบายทางด้านร่างกายมากกว่าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้คลอดยังบ่งชี้ว่าสามีเป็นบุคคลสำคัญที่เป็นแหล่งสนับสนุนของผู้คลอด โดยเฉพาะการที่สามีอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด แต่ คินท์ (Kintz 1987 : 126-130) ทำการศึกษาย้อนหลังเพื่อบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ คาร์น และ แอนโทนุกซี เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษาใช้วิธีตอบแบบสอบถามในหญิงหลังคลอดจำนวน 78 คน ที่ตั้งครรภ์และคลอดปกติ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนคลอด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่ให้การสนับสนุนมากจัดเรียงตามลำดับ ได้แก่ เป็นโค้ชและประเมินผลย้อนกลับ ให้การดูแลแบบเพื่อน ขอมรับพฤติกรรมผู้คลอด กระทำต่อผู้คลอดด้วยความเคารพนับถือ และทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าเป็นบุคคล ส่วนพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าให้การสนับสนุนน้อยคือ พฤติกรรมกรรมการสนับสนุนผู้คลอดในการอยู่กับโค้ช ให้เวลาโดยอยู่ด้วย ให้โอกาสโค้ชแสดงความต้องการ และทำให้ผู้คลอดคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางด้านการชมเชย ชอบหรือรัก (Affect) การยอมรับในสิทธิในการแสดงออกหรือสถานภาพของบุคคล (Affirmation) และการช่วยเหลือโดยตรง (Aid) พบว่า ไม่มีความแตกต่างในทุกด้าน

จากการทบทวนการสนับสนุนทางการพยาบาลในแง่ความหมาย องค์ประกอบ กระบวนการและพฤติกรรม ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปเป็นความหมายเชิงปฏิบัติการของการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า

การสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือที่แสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของเจ้าหน้าที่พยาบาล ในการพยาบาลทุกลักษณะกับสตรีในระยะคลอด เพื่อสร้างความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยปรากฏเป็นพฤติกรรมที่สตรีในระยะคลอดรับรู้ได้ในการให้เวลา การร่วมรู้สึก การประคับประคองทางอารมณ์ การสนใจเอาใจใส่และการดูแลที่มุ่งคน

การให้เวลา หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้เวลาอยู่กับสตรีในระยะคลอด นอกเหนือจากเวลาขณะที่ให้การพยาบาล เช่น อยู่เป็นเพื่อนขณะที่แพทย์ตรวจ อยู่เป็นเพื่อนก่อน และหลังการรักษาพยาบาล หรือแวะไปเยี่ยมเป็นระยะ ๆ

การร่วมรู้สึก หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงถึงการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสตรีในระยะคลอดที่กำลังประสบอยู่ในขณะนั้น โดยปราศจากการประเมิณถูก-ผิด และไม่นำเอาทัศนคติของตนเอง เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย

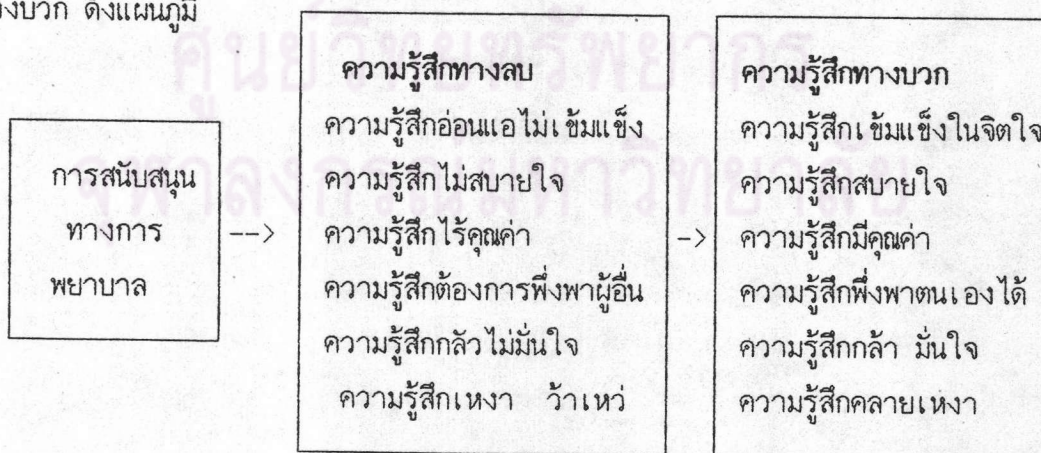
การประคับประคองทางอารมณ์ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือให้สตรีในระยะคลอด ได้ผ่อนคลายอารมณ์จากความเคร่งเครียดหรือความวิตกกังวล

การสนใจเอาใจใส่ หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงออกถึงความตั้งใจ และเต็มใจในการดูแลสตรีในระยะคลอด

การดูแลที่มุ่งคน หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลแสดงออกถึงความเคารพในฐานะบุคคลของสตรีในระยะคลอด โดยให้การดูแลครอบคลุมกายและจิตสังคม ทั้งนี้สตรีในระยะคลอดมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย

คุณค่าของการสนับสนุนทางการพยาบาล

1. ลดความรู้สึกวิตกกังวล และช่วยปรับเปลี่ยนความรู้สึกทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวก ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 3 : คุณค่าของการสนับสนุนทางการพยาบาลในการปรับเปลี่ยนความรู้สึก

2. ทำให้เกิดแรงเสริมพฤติกรรม (Reinforcement) ซึ่งช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การปรับตัวในทางที่ดี และมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น
3. ทำให้มีความมั่นใจต่อเหตุการณ์ในข้างหน้า และมั่นใจว่าตนจะได้รับความช่วยเหลือ
4. ป้องกันไม่ให้เกิดการตัดสินใจแก้ไข้ปัญหาโดยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น การฆ่าตัวตาย การหลีกเลี่ยงหนีปัญหา หรือทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น
5. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถผ่านระยะของการปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือใช้ชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างปกติและมีความหวังในชีวิต

มีรายงานการศึกษาที่บ่งชี้ว่า การสนับสนุนทางการพยาบาลส่งเสริมการมีสุขภาพดีของบุคคลดังเช่นที่ คีล (Kyle 1964 cited by Gardner 1979 : 14) ศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 16 ราย โดยวิธีทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการยอมรับความรู้สึกของตนเองในสิ่งที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีการแสดงออกถึงแผนการที่เป็นไปได้จริงเมื่อออกจากโรงพยาบาล และมีปฏิริยาทางด้านลบต่อการเป็นมะเร็ง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในรายงานนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความคิดเห็นว่าการเพิ่มเวลาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่พยาบาลจะแสดงออกถึงเจตคติที่ดีในการเข้าใจผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 1966 ไทรอน (Tryon 1966 : 109-118) ศึกษาผลของการใช้วิธีที่ช่วยให้เกิดความสุขสบายในระยะเจ็บครรภ์ในผู้คลอดจำนวน 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายในระยะเจ็บครรภ์ ซึ่งได้แก่ การควบคุมการหายใจ การเปลี่ยนท่าทาง การนวดหลัง การทำความสะอาดร่างกาย การวางผ้าเย็นบริเวณหน้าผาก การใช้เสียงเพลง การจับมือผู้คลอดขณะที่มดลูกหดตัว เป็นต้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด ทำการประเมินผลโดยสังเกตพฤติกรรมในระหว่างที่มีการหดตัวของมดลูก ในด้านการออกเสียง การเคลื่อนไหวและการควบคุมการหายใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการตอบสนองในลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ศึกษาอธิบายว่าผลที่เกิดขึ้นนี้อาจสืบเนื่องมาจากการปรากฏตัวของพยาบาลเพราะพยาบาลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการต่าง ๆ ในการสร้างความสุขสบายและให้ความสนใจในพฤติกรรม ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้คลอด และปัจจัยด้านการให้ความสนใจต่อผู้คลอดนั้นอาจมีอิทธิพลมากกว่าวิธีการที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย

ในประเทศไทย ฉวี เบาทรวง (2526 : 90-91) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรม

เผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด โดยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างแบบแผน กลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของทั้งสามกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า คะแนนความวิตกกังวลกับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดในกลุ่มที่ 3 มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างนัยสำคัญ ส่วน รสสุคนธ์ ลีมหะวงศ์ (2530 : 92) ศึกษาถึงผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช ต่อพฤติกรรมการเผชิญต่อความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้เป็นกระบวนการแปลความหรือตีความของสมอง เมื่อได้รับสัมผัสโดยประสาททั้งห้าจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า มีผลลัพธ์สุดท้ายเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นซึ่งสมองสะสมไว้ในหน่วยความจำ (จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ 2525 : 5-6, สุชา จันท์นเอ็ม 2531 : 122-125)

โดยทั่วไปมนุษย์เรามีการรับรู้เรื่องราว เหตุการณ์ภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกันตามสภาพเอกตบุคคล ซึ่งมีผู้ศึกษาทางการรับรู้ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ไว้ 2 ประการคือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความอ่อนไหวทางร่างกายและจิตใจ เซาว์นปัญญา บุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต อายุ อาชีพ การศึกษา และรายได้ ส่วนอีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ ชน-ธรรมนิยมประเพณี และสถานภาพทางสังคม (Rabkin and Struening 1976 : 1018-1019, สุชา จันท์นเอ็ม 2531 : 122-125)

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของกระบวนการที่ผลผลิตของการตั้งครรภ์ซึ่งได้แก่ ทารก น้ำหล่อทารก รก และเยื่อหุ้มทารกถูกแยกและถูกขับจากมดลูกผ่านช่องคลอดออกสู่ภายนอกหลังจากการตั้งครรภ์เกิน 28 สัปดาห์ขึ้นไป (Clark & Affonso 1979 : 375, Myles 1981 : 237)

การรับรู้ประสบการณ์การคลออด หมายถึง ความรู้สึกหรือความนึกคิดของสตรีในระยะคลออดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการคลออด เมื่อพิจารณาตามความหมายของการคลออดจะเห็นว่าการคลออดจัดได้ว่าเป็นเหตุการณ์ปกติสำหรับสตรีทุกคนในสังคม โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาตามลักษณะทางด้านสรีรวิทยาของการคลออด ถือได้ว่าเป็นเรื่องที่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ผู้คลออดอาจผ่านพ้นปัญหาทางด้านกายเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปได้ แต่ปัญหาทางด้านอารมณ์สังคมที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ความไม่พึงพอใจหรือประสบการณ์เกี่ยวกับการคลออดลำบากจะยังคงฝังแน่นในความทรงจำและก่อให้เกิดเจตคติในทางลบต่อสามีและการมีบุตรไปตลอดชีวิต (Lipkin 1974 : 46) การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากด้วยสภาวะจิตสังคมของบุคคลที่แตกต่างกันไปนั่นเอง

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และ พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2528 : 19) ให้ความหมาย "สภาวะทางจิต" ว่า หมายถึงลักษณะและพฤติกรรมการตอบสนองทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งอาจแสดงลักษณะและพฤติกรรมออกมาในรูปของความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น ส่วน "สภาวะทางสังคม" หมายถึง ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมที่นับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางจิตอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พื้นฐาน และภูมิหลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เพื่อน สังคม และชุมชน ตลอดจนอาชีพ การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น สรุปว่า สภาวะจิตสังคมของบุคคลจึงหมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคลซึ่งแสดงออก เพื่อรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคมของบุคคล สำหรับสตรีในระยะคลออดนั้นมีสภาวะจิตสังคมหรือ มโนทัศน์ด้านจิตสังคมดังนี้

ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นหรือพรั่นพรึง ซึ่งเกิดจากความนึกคิด คาดหมายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย แต่ไม่สามารถกำหนดแน่ชัดว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ในระยะคลออดผู้คลออดทุกคนจะมีความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ กัน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นสิ่งผิดปกติ หรือทำให้เกิดผลเสียหายเสมอไป ความวิตกกังวลในระดับน้อย (Mild) หรือระดับปานกลาง (Moderate) จะมีผลกระทบให้ผู้คลออดมีความตื่นตัวในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและมีความพยายามที่จะเผชิญกับสิ่งที่คุกคามอยู่ แต่ถ้าหากความวิตกกังวลเพิ่มถึงระดับสูง

และรุนแรง (Severe and panic levels) จะทำให้ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเอง ความสามารถในการเรียนรู้ และติดต่อกับผู้อื่นลดลง ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีเท่าที่ควร

ความวิตกกังวลในระยะคลอดจะสูงขึ้นได้รวดเร็ว เนื่องจากมีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ความวิตกกังวลที่สูงขึ้น จะมีผลให้ระดับพลาสมาคอร์ติซอลและพลาสมา อีพิเนพรีน เพิ่มสูงขึ้นด้วย และจะส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเป็นตัวการสำคัญต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกด้วย (Lowe 1987 : 344) ลีเดอร์แมน และคณะ (Lederman, et. al 1978 : 495) ได้ศึกษาในสตรีที่มาคลอดครั้งแรกพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับพลาสมาอีพิเนพรีนในระยะตื่นตัวของการคลอด (Active labor) อีพิเนพรีนในระดับสูงสามารถทำให้การทำงานของมดลูกลดลง และมีระยะที่ยาวนานในการเปิดช่องปากมดลูกตั้งแต่ 3 ถึง 10 ชั่วโมง และ ปี ค.ศ. 1981 ได้พบว่า ความวิตกกังวลที่รายงานโดยผู้คลอดเองระหว่างการเจ็บครรภ์ และระดับพลาสมาอีพิเนพรีน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับรูปแบบอัตราการเต้นของหัวใจทารก (Lederman, et. al 1981 : 956) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาในสตรีที่มาคลอดครั้งหลัง ซึ่งมีประสบการณ์ระยะของการคลอดสั้นกว่าสตรีที่มาคลอดครั้งแรก และอาจมีความทรงจำทางด้านบวกหรือด้านลบเกี่ยวกับเหตุการณ์การคลอดครั้งก่อน ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า ภายใต้งैอนไขทางคลินิกที่ปกติความวิตกกังวลของผู้คลอดในรูปแบบต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับระดับแคทีโคลามีน นอกจากนี้ความวิตกกังวลและอีพิเนพรีน ยังมีความสัมพันธ์กับระยะของการคลอด และภาวะสุขภาพของทารกอีกด้วย จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้ศึกษาได้แนะนำให้มีการประเมินและปฏิบัติการเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้คลอดทั้งทางด้านการแพทย์ และการพยาบาล ซึ่งควรจะใช้วิธีให้ผู้คลอดรายงานความวิตกกังวลใน 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญภาวะเครียด ด้านความปลอดภัย และด้านความเจ็บปวด ร่วมกับการสังเกตภาวะเครียดทางกาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของการคลอดในมารดาและรูปแบบการเต้นของหัวใจทารก (Lederman, et. al 1985 : 870) นอกจากนี้ เบค และคณะ ได้ศึกษาความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมในชั้นเรียนเพื่อเตรียมคลอดระดับทางสังคม และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลขณะที่รอคลอดเป็นตัวทำนายระยะเวลาของการคลอด การมีส่วนร่วมในชั้นเรียนเพื่อเตรียมคลอด และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ทำนายระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ส่วนระดับทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ทำนายการปรับตัวในระยะคลอด (Beck, et. al 1980 : 343-351)

ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระยะคลอดได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลถือว่าเป็นการพลัดพรากจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แตกต่างจากสิ่งแวดล้อมเดิมโดยสิ้นเชิง ภายในโรงพยาบาลมีการทำงานที่ซับซ้อน มีกระบวนการและข้อบังคับที่จะต้องปฏิบัติตาม ความเป็นบุคคลถูกจำกัดให้ลดลง ไม่ได้รับการยอมรับในฐานะบุคคล อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ก่อให้เกิดความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ เช่น การสนทนาด้วยศัพท์ทางวิชาการของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือแปลก ๆ รวมถึงเสียง และกลิ่นที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนจนถึงกิจกรรมประจำของโรงพยาบาล เช่น การเตรียมบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนอุจจาระ การให้สารน้ำทางเส้นเลือด สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลได้
2. เหตุการณ์ในระยะคลอด ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือเคยมีประสบการณ์ กล่าวคือ ผู้คลอดอาจทราบการดำเนินการคลอดจากการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์หรือจากคำบอกเล่าของผู้ใกล้ชิด ผู้คลอดจะคาดหวังว่า การหดรัดตัวของมดลูกจะสม่ำเสมอที่ถุงน้ำทวนหัวจะแตก แต่ถ้าถุงน้ำทวนหัวแตกก่อนเวลา ผู้คลอดจะคิดว่าเป็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายหรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ส่วนผู้คลอดที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว เมื่อมีสิ่งเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยเกิดขึ้นจากการคลอดครั้งก่อน ๆ เช่น การคลอดกินเวลานานกว่าที่เคยเป็น ผู้คลอดอาจวิตกกังวลว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น
3. การขาดความรู้ หรือรู้ผิด ๆ จากการคิดไปเอง ทำให้แปลผลผิดคิดว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินั้นเป็นอันตราย การให้ความรู้ที่ไม่เหมาะสมก็อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ เช่น ได้รับการสอนมากเกินไปจากบุคคลหลาย ๆ คน มีความจำกัดในการเรียนรู้ ไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง เมื่อไม่เป็นไปตามนั้นก็คิดว่าผิดปกติไป
4. การไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือที่ต้องการ เช่น เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังไม่ได้เตรียมตัวที่จะคลอดจะเกิดความวิตกกังวลได้ หรือเกินกำหนดวันคลอดแล้วยังไม่คลอด ผู้คลอดจะท้อแท้หรือวิตกกังวลได้
5. ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ความเจ็บปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้เจ็บปวดแสวงหาวิธีการเพื่อให้ทุเลาหรือหายเจ็บ ความเจ็บปวดในระยะคลอดเกิดจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว ทำให้มีการยืดขยายของปากมดลูก มีการดึงรั้งของเยื่อช่องท้องและเอ็น

ต่าง ๆ ที่ช่วยยึดมดลูก มีแรงกดบนท่อ และกระเพาะปัสสาวะ มีการยืดขยายของเนื้อเยื่ออ่อน มีแรงกดบนเส้นประสาทที่ปากมดลูก และช่องคลอด สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลได้

ความกลัว (Fear)

ความกลัวเป็นสภาวะที่มีลักษณะคล้ายความวิตกกังวล โดยจะมีอาการต่าง ๆ เหมือนกันเกือบทุกอย่างมีข้อแตกต่างกันคือ จะพบสาเหตุที่ชัดเจนที่ทำให้เกิดความกลัว ความกลัวที่พบได้ในระยะคลอดคือ

1. กลัวเกี่ยวกับตนเอง (Fear for self) กลัวตนเองจะเป็นอันตราย กลัวการบาดเจ็บ กลัวจะเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวจะไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง กลัวตนเองจะเสียชีวิต เป็นต้น
2. กลัวเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (Fear for the baby) กลัวทารกจะได้รับอันตรายหรือกระทบกระเทือนจากการคลอด กลัวทารกจะพิการไม่สมบูรณ์ หรือ กลัวทารกจะเสียชีวิต เป็นต้น
3. กลัวสิ่งที่ไม่รู้ (Fear of unknown) การแยกให้อยู่ตามลำพัง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การไม่รู้เรื่องหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ก่อให้เกิดความกลัวขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Alteration)

บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้แตกต่างกัน หรือแม้แต่ในบุคคลเดียวกันก็อาจแตกต่างกันไปตามเวลา ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมก็เกี่ยวข้องกับการทำงานของ Reticular Activating System (RAS) ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ประสาทอยู่ในแกนกลางก้านสมองตั้งแต่ Medulla, Pons, Midbrain จนถึง Diencephalon มีหน้าที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว การตื่นตัว (alertness) การเคลื่อนไหว การหลับและการตื่น ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม คือมีสิ่งกระตุ้นพอเหมาะพอดี จะทำให้ RAS ทำงานได้ตามปกติ ผลก็คือบุคคล จะแสดงพฤติกรรมตามปกติของตนออกมา ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมากเกินไป คือมีสิ่งกระตุ้นลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ RAS เสียสมดุลและไม่สามารถควบคุมร่างกายให้แสดงพฤติกรรมในระดับปกติได้

ในระยะคลอດผู้คลอດจะมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึกซึ่งจะเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินของผู้คลอດเอง และสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึกมี 2 ลักษณะ คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกมากเกินไป (Sensory overload) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นประสาทมากเกินไป สิ่งกระตุ้นประสาทที่ได้รับในระยะคลอດ ได้แก่

1.1 ปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา ที่เกิดขึ้นในระยะที่หนึ่งของการคลอດ การเพิ่มสิ่งกระตุ้นประสาทเกิดขึ้นเนื่องจากการมีมูกเลือดออกทางช่องคลอດ การมีถุงน้ำทูนหัวแตก การหดตัวของมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ระยะที่สองของการคลอດมีสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำ การหมุนภายในของทารก ความรู้สึกอยากเบ่ง และความรู้สึกไม่สุขสบาย จากการที่มดลูกหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น แรงขึ้น เป็นต้น

1.2 สิ่งแวดล้อมในระยะคลอດ สิ่งกระตุ้นประสาทที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การเตรียมเพื่อการคลอດ การตรวจทางช่องคลอດบ่อยครั้ง การย้ายเข้าห้องคลอດ บรรยากาศในขณะคลอດที่ค่อนข้างตึงเครียด มีการปฏิบัติงานต่าง ๆ อย่างเร่งรีบ ภายหลังคลอດเมื่อผู้คลอດต้องการพักผ่อนการกระตุ้นประสาทยังคงมีต่อไป เช่น การวัดสัญญาณชีพ การคลึงมดลูก การตรวจดูกระเพาะปัสสาวะ หรืออาจเกิดการรบกวนจากผู้คลอດที่อยู่ข้างเตียงก็ได้

1.3 การไม่สามารถรับรู้ความหมายของสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่พูดคุยสนทนากันอย่างไม่เหมาะสม การวิจารณ์อาการของผู้คลอດในห้องคลอດ การพูดคุยโต้ตอบโดยใช้ศัพท์ทางวิชาการ ทำให้ผู้คลอດสับสน บางครั้งอาจเป็นเรื่องของผู้คลอດคนอื่น แต่ผู้คลอດคิดว่าเป็นเรื่องของตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้การสนทนาบางครั้งเป็นเรื่องส่วนตัว สังคม หรือการเมือง ซึ่งนอกจากเป็นการรบกวนผู้คลอດแล้วยังเป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นโดยไม่จำเป็น

1.4 วิธีการและเครื่องมือที่แปลกใหม่ เป็นการเพิ่มสิ่งกระตุ้นประสาทได้ทางหนึ่ง กล่าวคือ ผู้คลอทบางรายจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรือวิธีการอื่นเพื่อช่วยเหลือการคลอท ถึงแม้จะได้รับการอธิบายถึงจุดมุ่งหมายของการใช้เครื่องมือหรือวิธีการดังกล่าวแล้ว แต่ผู้คลอทอาจเกิดความสับสนที่จะแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นที่ได้ยินหรือมองเห็นนั้น ซึ่งในเรื่องนี้ วิชาดา คุณาวิทิกุล (2529 : 91) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของสตรีมีครรภ์ต่อการใช้

เครื่องตรวจวัดการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์ ตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล พบว่าการรับรู้ของสตรีมีครรภ์ปกติ และพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5 การมีสิ่งกระตุ้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้คลอดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องคลอดโดยเร็วเพื่อความปลอดภัย สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นโดยผู้คลอดไม่คาดคิดมาก่อน จะเพิ่มความสับสนเพราะผู้คลอดอาจไม่ได้รับคำอธิบายชี้แจง หรือได้รับการอธิบายอย่างเร่งรีบและย่อ ๆ

2. การสูญเสียการรับความรู้สึก (Sensory deprivation) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นประสาทลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้แก่

2.1 การจำกัดพฤติกรรมของผู้คลอด เช่น ต้องนอนพักอยู่บนเตียงหรือบางรายจะต้องนอนเฉพาะท่านอนตะแคง หรือบางรายต้องนอนเพราะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การจำกัดการเคลื่อนไหวเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งนอกเหนือจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีผลต่อสภาพจิตใจโดยตรงด้วย นอกจากนี้การนอนไม่หลับ การถูกแยกให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่มีญาติมาเยี่ยม เหล่านี้ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นั่นคือสิ่งกระตุ้นประสาทที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตตามปกติลดลง

2.2 การสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง (Loss of identity) การเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้คลอดจะรู้สึกถูกลดความเป็นเจ้าของของตนเอง (personal belonging) สูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง เช่น การถูกขอร้องให้ถอดสิ่งของมีค่าซึ่งบางครั้งอาจจะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การที่ต้องใช้เสื้อผ้าของโรงพยาบาล หรือการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ ถูกเรียกเป็นเบอร์เตียง หรือหมายเลขแทนการเรียกชื่อ ทำให้รู้สึกเหมือนถูกแยกจากสิ่งแวดล้อม ไม่ได้รับการเอาใจใส่ในฐานะบุคคล เหล่านี้ทำให้ผู้คลอดรู้สึกวุ่นวาย โดดเดี่ยว อาจเกิดความรู้สึกต่อต้าน หรือเกิดความคับข้องใจได้

2.3 สิ่งกระตุ้นประสาทลดลง ในระยะคลอดผู้คลอดจะได้รับสิ่งกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (sensory stimuli) ลดลง เนื่องจากถูกจำกัดในด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว

การสูญเสีย (Loss)

ในระยะคลอดผู้คลอดอาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย 3 ประการ ดังนี้คือ

1. การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของมีค่า (Loss of a valued person or object) ในระหว่างการคลอดผู้คลอดจะมีความรู้สึกว่าจะสูญเสียบุตร ซึ่งเป็นสิ่งที่มีค่ามากที่สุด ความรู้สึกสูญเสียแบบนี้เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก

2. การสูญเสียความคาดหวังและคุณค่า (Loss of expectation or values) เกิดขึ้นเมื่อผู้คลอดคาดหวังบางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับทารกในครรภ์ หรือการคลอดแล้วไม่เป็นไปตามที่หวัง เช่น ผู้คลอดคาดหวังในเพศของบุตรแล้วไม่ได้ตามที่หวังไว้จะมีความรู้สึกเสียใจ ความเสียใจนี้มีมากขึ้นกับระยะเวลาที่สูญเสียความคาดหวัง ถ้าคาดหวังว่าจะได้บุตรชายตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ พอคลอดออกมาเป็นหญิง ผู้คลอดรายนี้จะรู้สึกเสียใจมากกว่าผู้คลอดที่คาดหวังมีบุตรเป็นชายในระยะ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ หรือถ้าผู้คลอดคาดหวังว่าการคลอดจะต้องดำเนินไปด้วยดี เมื่อเจ็บครรภ์มากก็จะได้รับยาระงับปวด หรือยาชาตามความต้องการ แต่เมื่อพบกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นไม่ตรงกับความคาดหวังก็จะเกิดความไม่สมหวังเกิดการสูญเสียความคาดหวัง

3. การสูญเสียลักษณะบางอย่างของตนเอง (Loss of some aspect of the self) ได้แก่

3.1 การสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง (Loss of body image) เช่น ผู้คลอดรู้สึกไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของระบบขับถ่ายในระยะเบ่งคลอด คือ เมื่อเบ่งแล้วมีอุจจาระหรือปัสสาวะออกมาด้วยเป็นความรู้สึกสูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือ ภายหลังคลอดรูปร่างเปลี่ยนแปลงไปเป็นความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของการตั้งครรภ์ เป็นต้น

3.2 การสูญเสียความนับถือตนเอง (Loss of self esteem) ผู้คลอดจะรู้สึกสูญเสียการนับถือตนเองเมื่อพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นไม่เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะในระยะที่ปากมดลูกใกล้จะเปิดหมด ถึงระยะเบ่ง ผู้คลอดจะเหนื่อยอ่อน กำลังกายลดลง มีการร้องครวญคราง ไม่สามารถควบคุมตนเอง ซึ่งอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ และได้รับการบ่อนกลับในทางลบ เช่น ถูกดูว่า หรือถูกบังคับให้หยุดร้อง

3.3 การสูญเสียบทบาท (Loss of roles) การคลอดบุตรทำให้ต้องพ้นความรับผิดชอบและสิทธิที่พึงมี เช่น อาชีพบางอาชีพไม่ยอมรับให้มีการตั้งครรภ์และการคลอดหรือการตั้งครรภ์ทำให้มีบทบาทพิเศษ มีคนมาสนใจเอาใจใส่มากขึ้น ในระยะคลอดผู้คลอดมักจะเกิดความคับข้องใจ เนื่องจากเกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่คาดหวัง (role expectation) ซึ่งขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมที่ให้แนวทางบุคคลในการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทนั้นกับบทบาทที่เป็นจริง (role performance) ซึ่งผู้คลอดแสดงพฤติกรรมตามที่เกิดขึ้นจริง ตัวอย่างเช่น ถ้าสังคมเชื่อว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนน้อย ดังนั้นผู้คลอดจะเข้าใจว่าการคลอดนั้นต้องช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น แต่ในสภาพการณ์จริง ผู้คลอดกลับเรียกร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงเกิดความขัดแย้งขึ้น หรือบางครั้งผู้คลอดหวังว่าเจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ แต่ผู้คลอดกับไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย ทำให้เกิดความเครียดในบทบาท (role strain) ความเครียดในบทบาทจะเกิดขึ้นถ้าบทบาทนั้นไม่ได้ใช้ทักษะหรือความสามารถหรือบทบาทนั้นไม่เหมาะสมกับบุคลิกภาพ หรือไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด ในกรณีที่คลอดบุตรแล้วและคนในครอบครัวหันไปสนใจบุตรแทนนั้นผู้คลอดก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียบทบาท

3.4 การสูญเสียแบบแผนการสื่อสาร (Loss of communication patterns) ระยะนี้ผู้คลอดจะมีการติดต่อสื่อสารความหมายกับผู้อื่นลดลง เนื่องจากมีความวิตกกังวล มีความเจ็บปวดและมีสิ่งกระตุ้นอื่นมาเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3.5 การสูญเสียแบบแผนการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Loss of pattern of meet bodily needs) ระยะคลอดแบบแผนการขับถ่าย การย่อยอาหาร การนอนหลับของผู้คลอดจะเปลี่ยนแปลงไปมาก ผู้คลอดจะรู้สึกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง รู้สึกขาดผู้ช่วยเหลือ เกิดความกระวนกระวายได้

เอกลักษณ์และตนเอง (Identity and Self)

บุคคลจะมีเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งแสดงออกเมื่อบุคคลมีการติดต่อกับผู้อื่นในรูปของความนึกคิด การรับรู้ และการแสดงออกทางอารมณ์ เอกลักษณ์ของบุคคลจะสร้างให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึก ความพอใจ ความมั่นใจ ความภูมิใจ หรือความสบายใจ มีผลให้ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อความเครียดแตกต่างกัน และเมื่อเอกลักษณ์ของบุคคล

ถูกคุกคาม จะทำให้เกิดความคับข้องใจขึ้นได้ ในแต่ละครอบครัวจะมีความรู้สึกเกี่ยวกับการคลอดบุตรแตกต่างกัน เช่น บางครอบครัวรู้สึกว่า เป็นสิ่งน่ากลัวแต่บางครอบครัวรู้สึกว่า เป็นสิ่งน่าปิติยินดี ซึ่งครอบครัวหลังนี้จะแสดงออกในลักษณะของความยินดีที่จะมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว ผู้คลอดจะมองการเจ็บครรภ์และการให้กำเนิดบุตรว่าเป็นสิ่งที่เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกในด้านบวกแก่ตนเอง (Self) ได้แก่

1. การคลอดบุตรถือว่าเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย (meaningful event) ซึ่งขึ้นอยู่กับสังคม และวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญต่อการมีบุตร ถ้าสังคมมีความคาดหวังและมีบทบาทในทางบวก การคลอดบุตรจะนำมาซึ่งฐานะ ชื่อเสียง และศักดิ์ศรีแก่ตนเอง ผู้คลอดจะได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีอยู่และเป็นที่ยอมรับของสามี นอกจากนี้ยังขึ้นกับทัศนคติของบุคคล กล่าวคือ ถ้ามีความเชื่อว่าการคลอดบุตรเป็นความสำเร็จของตนเอง (Self fulfillment) ถือว่าเป็นการสร้างชีวิตใหม่ ทั้งสามีและภรรยาจะมีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทของตนเอง ยอมรับบทบาทของการเป็นบิดามารดา ความรู้สึกในด้านลบจะลดลง ที่สำคัญคือทั้งสามีและภรรยาจะมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับมโนทัศน์ของตนเอง (self concept) และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

2. ความคาดหวังและเป้าหมายเกี่ยวกับการคลอดบุตร เป็นความจริง และสามารถบรรลุได้ตามที่คาดหวัง ผู้คลอดมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างถูกต้องและเป็นไปตามที่คาดหวัง สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี เป้าหมายของผู้คลอดสามารถบรรลุได้และเป็นจริง ไม่มีความขัดแย้งเกิดขึ้น

3. การป้อนกลับในทางบวกต่อผู้คลอด (positive feedback) ผู้คลอดต้องการให้ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพรู้ว่าตนเองอยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือ การได้รับความสนใจเอาใจใส่และช่วยเหลืออย่างเต็มใจ จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจที่จะเผชิญต่อการคลอด

ในทางตรงข้าม ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อตนเอง ได้แก่

1. ความหมายของการคลอดบุตรถือว่าเป็นภาวะของความเครียด ความกดดัน เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เนื่องจากมีความเชื่อว่าการคลอดทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ สังคมมีบทบาทในทางลบต่อการคลอดบุตร ผู้คลอดได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และอันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึก

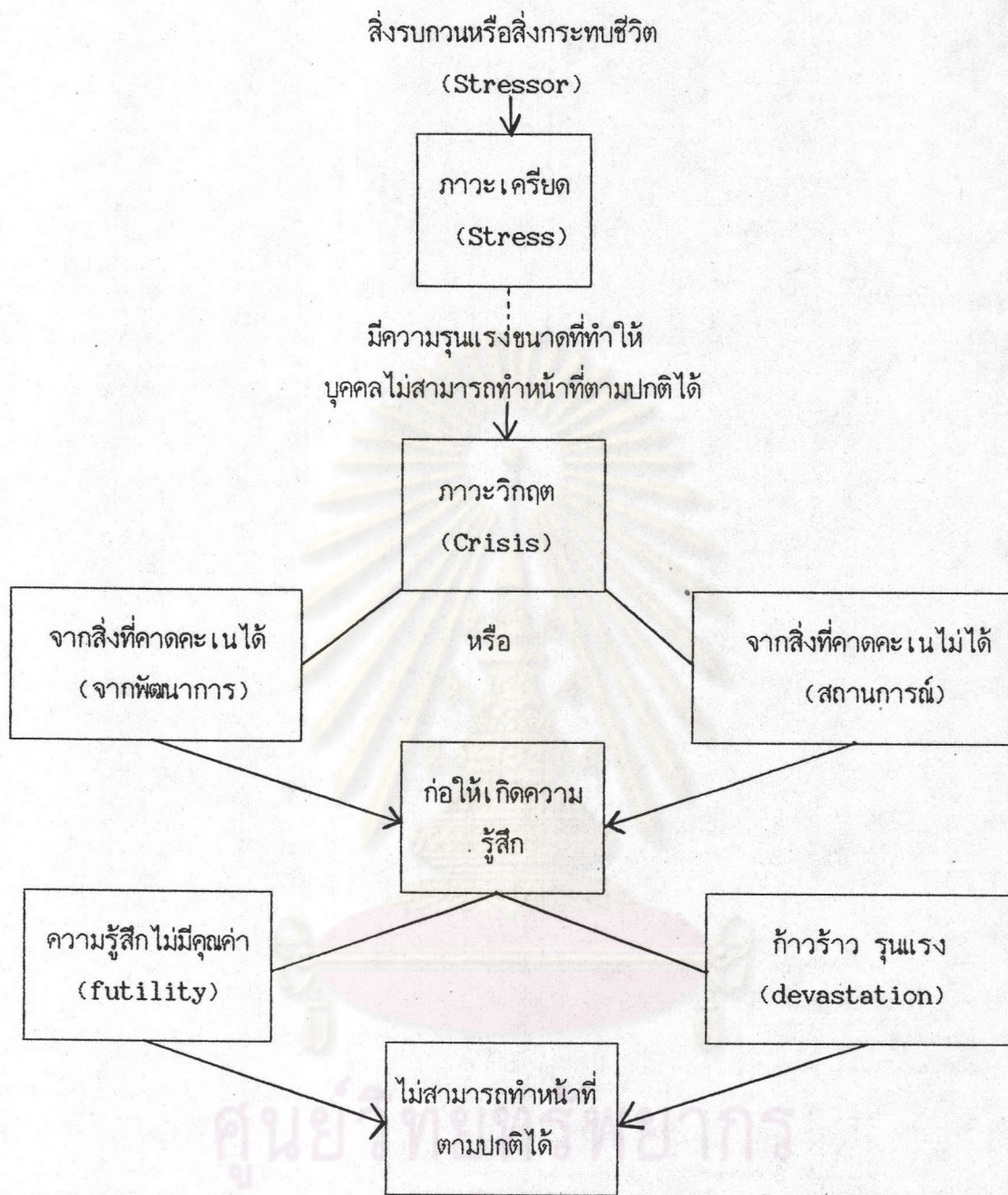
กลัวหรือไม่พึงพอใจ นอกจากนี้ผู้คลอดอาจมีทัศนคติในทางลบต่อการคลอดบุตร ไม่ต้องการบุตร หรือไม่ยอมรับในบทบาทของตนเอง

2. ความคาดหวัง อุดมคติ เป้าหมายเกี่ยวกับการคลอดไม่ตรงกับความเป็นจริง สามี-ภรรยาที่มีความรู้สึกว่าการคลอดบุตรเป็นการผูกมัดซึ่งกันและกัน ไม่อยากได้บุตร ความคาดหวังในบทบาทไม่เป็นจริง ทำให้รู้สึกไม่พอใจ ไม่มีส่วนร่วมที่มากพอ ผู้คลอดบางคนคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีแต่กลับผิดหวังเมื่อพบเหตุการณ์จริง รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองต่ำลง หรือเป้าหมายที่คาดหวังไว้ขัดแย้งกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ต้องการนอนหงาย แต่เจ้าหน้าที่ให้นอนตะแคง ต้องการนั่งแต่ถูกห้ามไม่ให้นั่ง หรือเป้าหมายไม่เป็นจริง เช่น คิดว่าการเตรียมตัวเพื่อคลอดจะสามารถคลอดได้เอง เผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีแต่เมื่อถึงเหตุการณ์จริง กลับมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ทำให้เกิดความคับข้องใจได้

3. การป้อนกลับในทางลบ (negative feedback) ผู้คลอดที่เจ็บครรภ์ ร้องครวญครางแล้วเจ้าหน้าที่ไม่ปลอบใจหรือไม่ให้กำลังใจ กลับดูว่าไม่รู้จักควบคุมตนเอง ผู้คลอดจะรู้สึกว่าการขอความช่วยเหลือไม่ได้ผล ทำให้มีความรู้สึกผิด วิตกกังวลและรู้สึกโกรธได้

ภาวะวิกฤต (Crisis)

ภาวะวิกฤตเป็นช่วงเวลาที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต (turning point) เป็นช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีความทุกข์หนักจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ในชีวิตแล้วแก้ปัญหาไม่ได้ กลไกของการปรับตัวต่าง ๆ ที่เคยใช้ได้ผลก็ใช้ไม่ได้ผล ในโอกาสเช่นนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเรื่อย ๆ หรือที่เรียกว่าเป็นภาวะของการเสียสมดุลทางอารมณ์โดยทั่วไปแล้ว ภาวะวิกฤตมักจะเป็นผลต่อเนื่องจากการที่บุคคลมีปัญหาหรือมีสิ่งกระทบชีวิต ซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่ทำให้บุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะเครียด จะเป็นด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือภายในตัวบุคคล เป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นต้องใช้พลังจิตในการแก้ไขปัญหา คือใช้กลไกในการปรับตัว เมื่อใช้กลไกถูกต้องเหมาะสมก็เป็นการปรับตัวที่ปกติ หากเมื่อกลไกแก้ปัญหาล้มเหลวภาวะเครียดจะยังคงอยู่ บุคคลจะพยายามแก้ไขจนถึงที่สุด หากภาวะเครียดไม่คลายลงความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจจะตามมา ภาวะเช่นนี้เองคือภาวะวิกฤต ซึ่งบุคคลต้องการความช่วยเหลือ อย่งไรก็ตามขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแต่ละบุคคลและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาของบุคคลเป็นไปได้ดีมากน้อยไม่เท่ากันนั่นเอง ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 4 : การเกิดภาวะเครียด และภาวะวิกฤต

แหล่งที่มา : ทศนา บุญทอง "ภาวะวิกฤต : มโนคติ การประเมินและการพยาบาล" เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ เรื่องมโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล วันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2531 : 119.

ระยะคลอด เป็นระยะที่ผู้คลอดมีความเครียดมาก ความเครียดที่เพิ่มขึ้นเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดอยู่ในภาวะวิกฤต ทั้งนี้เพราะความเครียดได้รับการสะสมมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ตั้งครรรภ์และมาถึงขีดสูงสุดเมื่อเข้าระยะคลอด อัลฟอนโซ (Affonso 1979 : 357) กล่าวว่าภาวะวิกฤตในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดไม่ใช่เป็นสิ่งเลวร้ายเสมอไป เพราะอาจช่วยให้ผู้คลอดสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญปัญหา เพิ่มความแข็งแกร่ง เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การที่ภาวะวิกฤตจะก่อให้เกิดความอ่อนแอ หรือความแข็งแกร่งแก่ครอบครัวนั้นขึ้นอยู่กับขบวนการซึ่งใช้ในการแก้ไขปัญหา และเช่นเดียวกับ วรราชา โชติธนานันท์ (2527:23) ที่กล่าวว่า การคลอดบุตรเป็นการสร้างความสมดุลระหว่างองค์ประกอบทั้งทางบวกและทางลบ องค์ประกอบทางบวก เช่น ความสนุกสนานร่าเริง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การคาดหวังในทางที่ดี องค์ประกอบทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความไม่แน่ใจ ภาวะการสูญเสีย และความกลัว ความสมดุลระหว่างองค์ประกอบทั้งสองจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Perception of the event) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนตามสถานการณ์ (situational support) และกลไกในการปรับตัว (Coping mechanism) การคลอดอาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้ ถ้าผู้คลอดอยู่ในภาวะที่ขาดความสมดุลระหว่างองค์ประกอบทั้งสอง ในปี ค.ศ. 1979 แอสท์บิวรี (Astbury 1980 : 9-13) ได้ศึกษาติดตามผลของการให้การศึกษาเพื่อการคลอด (childbirth education) การให้ข่าวสารข้อมูล และเสียงดนตรีในขณะคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาในมารดาครรภ์แรกจำนวน 90 คน การศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความวิตกกังวลจากสภาวะและจากคุณลักษณะ (State and Trait Anxiety) ในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดทางจิตวิเคราะห์เกี่ยวกับการให้กำเนิดบุตร ที่ว่าการให้กำเนิดบุตรนั้นเป็นเสมือนภาวะวิกฤตทางด้านจิตวิทยา (Childbirth as a psychological crisis)

บูเชลล์, ฟาคอก และกันน์ (Burchell, Facog and Gunn 1980 : 252) ได้กล่าวถึงประสบการณ์การคลอดว่ามีความสำคัญ ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการได้มุ่งความสนใจและตระหนักเป็นอย่างมากว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Significant life Event) มากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษา (Medical Occurrence) และผลการรักษาที่ดีก็ควรจะเป็นเนื้อหาสาระในขบวนการนี้ด้วย เพราะฉะนั้นในการคลอดควรจะมีการเพิ่มจำนวนผู้คลอดให้ เข้าถึงการคลอดด้วยความพึงพอใจและสวยงาม รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดี เยี่ยมตามความคาดหวัง ด้วยการที่จะทำความเข้าใจว่าผู้คลอดพยายามที่จะประสบผลสำเร็จในด้านใดนั้นจะช่วยให้สูติแพทย์และพยาบาลสามารถอธิบายปัญหาทางด้านการรักษาและร่วมมือกับผู้คลอดในการ เข้าถึงจุดประสงค์ทั้งสองตามที่กล่าวมาตาม แนวคิดนี้ยังมีประเด็นที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกประการหนึ่งนั่นคือ ความ

สับสนและความไม่เข้าใจของแพทย์และพยาบาล ซึ่งอยู่ในวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือและยอมรับในสิทธิในการคลอด (Birth rights) ต่ำ เมื่อพิจารณาถึงสิทธิในการคลอดจะเห็นว่าเกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแล (Caring) การช่วยเหลือ (Helping) การใช้มือเป็นสื่อสัมพันธ์ (Laying on of hands) และการลดความเจ็บปวด (Relieving pain) ซึ่งการที่จะเข้าถึงสิ่งเหล่านี้เป็นมรดกตกทอดที่จะต้องเรียนรู้และปฏิบัติด้วยความชัดเจน นอกจากนี้ คอนราด (Konrad 1987 : 268) ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้ผสมผสานประสบการณ์การคลอดเข้าด้วยกันโดยเน้นว่าในระยะหลังคลอดใหม่ๆ เป็นช่วงเวลาที่ผู้คลอดจะคิดและพูดถึงเหตุการณ์สำคัญซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เพิ่งผ่านพ้นมา ผู้คลอดจะมีความต้องการที่จะระบายความรู้สึก เช่นความรู้สึกโกรธ กระทบกายสำนึกในความผิด หรือในทางตรงข้ามต้องการที่จะแสดงออกถึงความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบความคาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงซึ่งงานเหล่านี้เป็นงานทางจิตวิทยาที่สำคัญในระยะหลังคลอด ซึ่งในเรื่องนี้ คลาร์ก (Clark 1975 : 413-428) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความคาดหวังในการเจ็บครรภ์ และการคลอดกับผลลัพธ์ที่ได้ ในชื่อว่า "Labour and Birth Expectations and Outcomes" โดยศึกษาจากมารดา 24 คน เป็นครรภ์แรก 13 คน และครรภ์หลัง 11 คน ด้วยวิธีสัมภาษณ์ในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และหลังคลอดวันแรก โดยมีข้อจำกัดของตัวอย่างประชากรว่า ต้องเป็นผู้ที่คลอดเด็กมีชีวิตและคลอดครบกำหนด ผลการศึกษาพบว่า สตรีผู้คลอดได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากมารดาของตน สื่อมวลชน การเข้าอบรมเกี่ยวกับการคลอด และจากแพทย์ แต่บางคนยืนยันว่าแพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลอะไรเลย และผลการวิจัยสรุปไว้ว่าผู้คลอดที่ทราบข้อมูลจากครอบครัวและเพื่อนเท่านั้นที่จะมีความเจ็บปวดมาก และมีอันตรายมากกว่าในรายที่ทราบข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้อง ส่วนในกรณีที่ขาดการช่วยเหลือด้านจิตใจระหว่างคลอดจะมีความล่าช้าในการคลอดและในระยะต่อมาจะรู้สึกในทางลบต่อการคลอดกลายเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกี่ยวกับการเตรียมและการช่วยเหลือด้านจิตใจระหว่างคลอดจะก่อให้เกิดประสบการณ์ทางบวกมากกว่าทางลบ ส่วนในเรื่องความร่วมมือในการคลอดนั้นพบว่า การให้ความรู้เรื่องการคลอดอย่างถูกต้องนั้นจะทำให้ผู้คลอดให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ชูท (Chute 1985 : 61-67) ได้ศึกษาความคาดหวังและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในประสบการณ์การคลอดของสตรีผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ และแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มพยาบาลผดุงครรภ์ ได้รับการคาดหวังและช่วยให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้สตรีผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ยังให้ความเห็นว่า ตัวผู้คลอดเองและสามีเป็นเสมือนบุคคลที่สำคัญที่สุดในการสร้างความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด ในขณะที่สตรีผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ให้ความเห็นว่า ทารกเป็นเสมือนบุคคลที่สำคัญที่สุด

ในปี 1977 นอร์และคณะ (Norr, et. al. 1977 : 260-275) ศึกษาการรับรู้ของสตรีผู้คลอดต่อการคลอดจำนวน 249 ราย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การคลอดว่าเป็นประสบการณ์ในทางบวกที่น่าพึงพอใจคือ ผู้คลอดที่รับรู้ว่าการคลอดมีความเจ็บปวดน้อย ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช ผู้คลอดที่สามีเข้าไปอยู่ด้วยในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ผู้คลอดที่มีสุขภาพดีในระหว่างตั้งครรภ์ ผู้คลอดที่มีสัมพันธภาพที่ราบรื่นในชีวิตสมรส มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง และไม่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยผู้ศึกษาได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการที่สามีได้เข้าไปอยู่กับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดว่า เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดลงได้ นอกจากนี้สามียังเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยให้ภรรยาสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดีด้วยการใช้วิธีฝึกการหายใจ ส่วนผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งเสริมให้เกิดความตึงเครียดซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดรับรู้ว่าการคลอดมีความเจ็บปวดมากขึ้น

ปี 1983 เมอร์เซอร์ และคณะ (Mercer, et. al. 1983 : 202-207) ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทางด้านจิต-สังคม และตัวแปรที่วัดได้ในระยะคลอดกับการรับรู้การคลอดของผู้คลอดครั้งแรกจำนวน 294 ราย พบว่ากลุ่มผู้คลอดที่รับรู้การคลอดว่าเป็นประสบการณ์ในทางบวก คือ กลุ่มผู้คลอดที่มีการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ชีวิตไปในทางที่ดี ได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจจากครอบครัว มีสามีเข้าไปอยู่ด้วยในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด มีการสัมผัสตัวทารกทันทีหลังคลอด ไม่มีความเจ็บปวดในระยะตั้งครรภ์ ทารกเกิดมามีสุขภาพดี และผู้คลอดมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ เมื่อนำเอาตัวแปรเหล่านี้มาเข้าสมการถดถอยแบบ stepwise พบว่า ตัวแปรดังกล่าวใช้อธิบายการรับรู้การคลอดได้ร้อยละ 39 โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านกำลังใจจากสามีในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดสามารถใช้อธิบายได้ถึงร้อยละ 20 ของตัวแปรทั้งหมด

ปี 1986 อันเดอร์วูด (Underwood 1986 : 997-8) ศึกษาตัวแปรทางจิตสังคม 5 ตัวแปร เพื่อทำนายภาวะแทรกซ้อนที่มีได้คาดหมายในการคลอดและหาความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ตัวแปรดังกล่าวได้แก่ การมีส่วนร่วมได้เลือกที่จะตั้งครรภ์ การรับรู้การตั้งครรภ์เครือข่ายที่ช่วยในการเผชิญภาวะเครียด การรับรู้เหตุการณ์ที่เครียดของชีวิต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 42 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยร้อยละ 58 เป็นผู้คลอดครั้งแรก และร้อยละ 26 เป็นผู้คลอดครั้งหลัง เมื่อแยกวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติพบว่า การคาดคะเนล่วงหน้าเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด (หัวข้อย่อยของการรับรู้การตั้งครรภ์) เครือข่ายที่ช่วยในการเผชิญภาวะเครียดซึ่งควบคุมได้ และความช่วยเหลือทั้งหมดเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบ

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในผู้คลอดครั้งแรกที่รับรู้ว่าการตั้งครรภ์แล้วร้ายกว่าที่คาดหวังไว้ และไม่ได้เลือกที่จะตั้งครรภ์อย่างจริงจัง ส่วนผู้คลอดครั้งหลังนั้น การคาดคะเนล่วงหน้าเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดในทางลบ เหตุการณ์ที่เครียดของชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในการคลอด เป็นตัวแปรที่ผลักดันให้มีการรับรู้ประสบการณ์คลอดในทางลบ แต่การรับรู้ การควบคุมตนเองและการสนับสนุนของเพื่อน เป็นตัวแปรที่ส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้สรุปให้ข้อคิดเห็นว่าการตั้งครรภ์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระยะก่อนคลอด และตัวผลักดันหรือส่งเสริมในการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดนั้นแตกต่างกันตามลำดับครั้งของการคลอด

ปี 1985 แมคคีย์ (Mackey 1985 : 2104-8) ศึกษาประสบการณ์การคลอดในทัศนะของผู้คลอดครั้งหลังจำนวน 61 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดรายงานถึงประสบการณ์การคลอดในด้านความสามารถในการใช้ชีวิตของสามี และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้ ปฏิบัติการในการคลอดครั้งแรกและครั้งสุดท้ายนั้นสามารถจัดการได้ดี ร้อยละ 39 และ 45 ตามลำดับ มีปัญหาร้อยละ 31 และ 35 ตามลำดับ และจัดการได้ไม่ค่อยดี ร้อยละ 30 และ 20 ตามลำดับ โดยปฏิบัติการในการคลอดครั้งสุดท้ายนี้เกี่ยวข้องกับความมั่นใจด้านการจัดการในระยะก่อนคลอด ปฏิบัติการคลอดในอดีต ระยะของการคลอด ระดับความพึงพอใจในปฏิบัติการ การประเมินประสบการณ์การคลอดในทางลบหรือทางบวก และระดับความพึงพอใจในประสบการณ์โดยส่วนรวมนอกจากนี้ยังพบว่า ทารกเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด แต่ความเจ็บปวดและการเบ่งคลอดเป็นประสบการณ์ที่เลวร้ายที่สุด และผู้ที่สามารถให้ประสบการณ์ความพึงพอใจโดยส่วนรวมมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่พยาบาล ร้อยละ 68 และสามี ร้อยละ 62

ปี 1987 เบค (Beck 1987 : 1299-B) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความเสี่ยง การควบคุม และความพึงพอใจในผู้คลอด ซึ่งแตกต่างกัน 2 แห่ง คือ คลอดภายใต้การจัดการของแพทย์ในโรงพยาบาล และคลอดที่บ้านภายใต้การดูแลของผดุงครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่บ้านมีการรับรู้การควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สูงกว่า และรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่าผู้คลอดในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความพึงพอใจนั้นได้มาจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและความสามารถในการควบคุมตนเอง แต่การที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นเป็นความไม่พึงพอใจ ในขณะที่ผู้คลอดในโรงพยาบาลบ่งชี้ว่า ส่วนที่พึงพอใจนั้นได้จากเครื่องอำนวยความสะดวกและยาแก้ปวดที่เพียงพอและการที่มีสามีอยู่เป็นเพื่อน แต่การที่อาจได้รับการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องนั้นเป็นความไม่พึงพอใจ นอกจากนี้ผลการศึกษาายังพบว่า ความพึงพอใจในการคลอดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การควบคุมตนเอง

เองระหว่างการคลอด เพศของทารก การสนับสนุนของครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และสถานที่คลอดทั้ง 2 แห่งดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปเพื่อการนำไปใช้ไว้ว่า สตรีแต่ละคนมีประสบการณ์การคลอดเป็นของตนเอง และไม่มีสถานที่ไหนที่จะเหมาะสมในการเข้าถึงความต้องการได้ทั้งหมด

ในปี พ.ศ. 2531 สุปราณี อัทธเสรี และ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2531 : 67) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์และระยะเวลาของการคลอดกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด พบว่าระยะเวลาของการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผู้คลอดที่ได้รับยาเร่งคลอดและไม่ได้รับยาเร่งคลอด ผู้คลอดที่คลอดปกติและคลอดโดยผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องพบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดแตกต่างกัน ส่วนผู้คลอดที่มีอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดไม่แตกต่างกัน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในระหว่างการคลอด ในแง่ของมโนทัศน์ทางด้านจิตสังคม (Psychosocial concept) นั้น มีเป้าหมายในการดูแลสตรีในระยะคลอด 2 ประการ คือ

1. ให้สตรีในระยะคลอดและบุคคลสำคัญ (Significant others) สามารถแก้ปัญหา หรือเผชิญต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยการดูแลอย่างดีในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด

2. ให้สตรีในระยะคลอด และบุคคลสำคัญ ผ่านประสบการณ์การเจ็บครรภ์โดยมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของระบบตัวตน (Self system) และครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยให้การสนับสนุนในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด

ริชาร์ดสัน (Richardson 1984 : 101) กล่าวถึงประสบการณ์เกี่ยวกับขอบเขตในตัวตนของสตรีในระยะคลอด ซึ่งใช้เป็นกรอบงานในการให้การดูแล (The Body Boundary Experience of Woman in Labor : A Framework for care) ว่า จากการวิเคราะห์

พฤติกรรมของสตรีในระยะคลอตนั้นจะพบระยะที่ เกี่ยวข้องกับขอบเขตในตัวตน ซึ่งแบ่งอย่างเห็น ได้ชัด 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ควบคุมขอบเขตในตัวตนได้ (A controlled-boundary intact phase)
2. ระยะที่สามารถถอยห่างจากขอบเขตในตัวตน(A regressive-boundary permeable phase)
3. ระยะที่ขอบเขตในตัวตนฟุ้งกระจาย (A desperate - boundary diffuse phase)

ใน 2 ระยะแรกนั้นจะเกิดขึ้นในการคลอตนทุกอย่าง แต่ระยะสุดท้ายนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อสตรี ในระยะคลอตนไม่สามารถควบคุมตนเองไว้ได้ ทั้งนี้เพราะว่าเกิดความปิดเป็นในขอบเขตของตน เองอย่างมาก เพราะฉะนั้นจุดประสงค์ของการให้การดูแลพื้นฐานสำหรับสตรีในระยะคลอตนควร จะเป็นการช่วยให้สตรีนั้นเผชิญไว้ซึ่งขอบเขตในตัวตนที่เชื่อมสนิทตลอดระยะคลอตน ซึ่งความสำเร็จ ในจุดประสงค์นี้ ต้องการพยาบาลที่ตระหนักถึงเวลาและวิธีที่หญิงในระยะคลอตนต้องการให้พยาบาล อยู่ด้วยและส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า ขอบเขตในตัวตนนั้นยังควบคุมได้ พยาบาลที่ให้การดูแล ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ซึ่งต้องเรียนรู้สิ่งที่ปรากฏในตัวสตรีในระยะคลอตน เข้าใจพฤติกรรมและให้การดูแลที่เหมาะสมกับเวลา โดยใช้รูปแบบการติดต่อที่เหมาะสม ให้การ ช่วยเหลือและเข้าใจ โดยมีความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงขอบเขตในตัวตน ซึ่งจะช่วยให้หญิงใน ระยะคลอตนสามารถที่จะอดทน และเกิดความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับตนเองในความพยายามให้ กำเนิดบุตร ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับเมอร์เซอร์ (Mercer 1985 : 210) ที่กล่าวว่าประสบ การณ์การคลอตนทางบวกนั้นสามารถสร้างขึ้นได้โดย

1. พยาบาลควรตระหนัก และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการคลอตน และช่วยให้สตรีในระยะคลอตน และคู่สมรสรู้สึกได้ว่าได้รับข้อมูลเพียงพอ
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจทุก ๆ อย่าง ในการคลอตนบุตร ช่วยให้เกิดความรู้สึกในการควบคุมตนเอง
3. การให้ความมั่นใจแก่สตรีในระยะคลอตนว่า มีความสามารถได้ดีเท่า ๆ กับผู้อื่น ซึ่งสถานการณ์นี้จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

4. เมื่อมีเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงเกิดขึ้น ควรให้คำอธิบายให้เข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมิใช่ผลจากสตรีในระยะคลอดได้ทำหรือใช้ความพยายามน้อย ทั้งนี้เพื่อรักษาความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับตนเองของผู้คลอดและสถานการณ์

5. พยาบาลควรตระหนักว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สามีภรรยาระหว่างตั้งครรภ์สามารถช่วยก่อให้เกิดความสนใจในการเข้าชั้นเรียน และแหล่งข้อมูลที่สามารถช่วยให้เตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่เกิด และนั่นก็คือ การเพิ่มความรู้สึกว่ามีอำนาจในตนเองนั่นเอง (sense of mastery)

การปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลในแง่ของมนทัศน์ด้านจิตสังคมดังกล่าว อาศัยหลักปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการพยาบาล ซึ่งมีแนวทางประเมินความต้องการด้านจิตสังคมดังนี้ (Mckenzie 1982 : 49-54) ในรายที่สตรีในระยะคลอดกำลังจะคลอด หรือมีภาวะทางกายแทรกซ้อน การประเมินทางจิตสังคมอาจจะต้องเลื่อนออกไปจนกว่าภาวะทางสรีระอยู่ในภาวะสมดุล แต่ในช่วงเวลาสั้น ๆ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและหญิงในระยะคลอดอาจจะสร้างขึ้นได้ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในภาวะวิกฤต ช่วงนี้สตรีในระยะคลอดมีความรู้สึกไวและต้องการความใกล้ชิดทางกายและจิตสังคมมาก ดังนั้นการสังเกต การดูแลอย่างสงบ พยาบาลก็สามารถหาข้อมูลจากสตรีในระยะคลอดได้ พยาบาลไม่ควรตัดสินสตรีในระยะคลอด โดยใช้ลักษณะทั่วไป เช่น ความต้องการทารก การตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความรู้ในกระบวนการคลอด ซึ่งไม่เท่ากันในสตรีแต่ละคน เพราะมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายประการ การประเมินควรประเมินทั้งทางร่างกายและจิตสังคมไปพร้อมกัน เพราะการแสดงออกทางกายอาจเนื่องมาจากการแสดงออกของภาวะจิตสังคม เช่น อัตราเร็วของหัวใจ เหงื่อออกและความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นเพราะความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพยาบาลควรลำดับความสำคัญและปรับให้สมดุลในการประเมิน โดยให้ภาวะร่างกายปลอดภัย ในขณะที่ความต้องการทางจิตสังคมถูกตรวจพบด้วย ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินภาวะจิตสังคมของสตรีในระยะคลอดได้แก่

1. ข้อมูลส่วนตัวโดยทั่วไป ได้แก่ อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ สถานภาพการสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ฯลฯ
2. ความรู้ในการเตรียมคลอด (เข้าชั้นเรียน อ่านหนังสือ คำบอกเล่า)
3. ความคาดหวังในการตั้งครรภ์ (ผู้คลอดรู้สึกอย่างไร ต้องการแสดงพฤติกรรมอย่างไร มีแผนการคลอดหรือไม่)

4. ความหมายของการตั้งครรภ์ (ต้องการตั้งครรภ์หรือไม่ มีการวางแผนตั้งครรภ์หรือไม่ เป็นการตั้งครรภ์ภายหลังภาวะมีบุตรยากหรือไม่ มีการสูญเสียการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหรือไม่)

5. ภูมิหลังทางวัฒนธรรม (การคลอดมีความหมายหรือความสำคัญทางด้านวัฒนธรรม หรือไม่)

6. ความวิตกกังวล (อาจจะเป็นการพูด ความรู้สึกกลัว หรือพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด เช่น สะดุ้งง่าย ไม่อยู่นิ่ง เหงื่อออก คร่ำครวญ ร้องไห้)

7. ความอ่อนเพลีย (บางคนอาจจะนอนไม่หลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ)

8. ปฏิสัมพันธ์ของสตรี ในระยะคลอดและระบบสนับสนุน (มีบุคคลที่ช่วยสนับสนุนหรือไม่ เป็นใคร มีการสื่อสารอย่างไร ระบบสนับสนุนให้ประโยชน์อย่างไร และอะไรที่สตรีในระยะคลอดคาดหวังจากผู้ให้การสนับสนุน)

ข้อมูลทางด้านจิตสังคมที่รวบรวมได้ เมื่อนำมาวิเคราะห์และแปลความหมายแล้วจะทำให้พยาบาลสามารถกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้คลอดได้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลต่อไป แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตสังคมของผู้คลอดที่สำคัญมีดังนี้

1. สร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความไว้วางใจและความมั่นคงปลอดภัย
2. ให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้คลอดแต่ละคน
3. ส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย และผ่อนคลาย
4. ให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ
5. ส่งเสริมและช่วยเหลือในขบวนการสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก
6. ช่วยเหลือในการผสมผสานประสบการณ์การคลอดให้มีความหมายโดยรวม

คลาก, อัฟฟอนโซ และแฮร์ริส (Clark, Affonso and Harris 1979 : 368-371) ได้เสนอแนะบทบาทของพยาบาลที่มีต่อสตรีในระยะคลอดดังนี้


1. ช่วงแอบแฝงในระยะที่หนึ่งของการคลอด (Latent phase in first stage of Labor)

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
พฤติกรรมการเผชิญที่เหมาะสม		
1. ใช้กลไกที่เหมาะสมได้แก่ ยิ้ม หัวเราะ ร้องไห้ ช่างพูด ช่างถาม ทำกิจกรรมมากขึ้น	เพื่อลดความตื่นเต้นเกี่ยวกับการคลอดและเพิ่มพลังงานเพื่อเผชิญ ในเหตุการณ์ต่อไป การพูดแสดง ความรู้สึกช่วยผสมผสานความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ส่วนการพูดถึงผู้อื่น แสดงถึงความต้องการการสนับสนุน	รับฟัง ไม่ขัดจังหวะ ให้ ความสนใจด้วยการสบตา
2. ประสงค์ที่จะแสดงบทบาท อิสระได้แก่ พยายามช่วย ตนเอง ต้องการตัดสินใจ ด้วยตนเอง ต้องการทราบ ข้อมูลและเหตุการณ์ที่จะ เกิดขึ้น	เพื่อยืนยันความเชื่อมั่นในการ ควบคุมตนเอง การช่วยเหลือ ตนเองและความสามารถในการ ตัดสินใจ	ยินยอมให้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลตนเอง ให้การประเมินทางบวก เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและ เตรียมผู้คลอด ให้พร้อมสำหรับปฏิบัติการต่อไป
3. สามารถใช้รูปแบบการ เผชิญที่เคยใช้ เช่น เปลี่ยน ท่าทางเพื่อผ่อนคลายความ เจ็บปวด ร้องไห้ แล้วทำให้ รู้สึกสบายใจ เข้าข้างตนเอง เพื่อลดความตึงเครียด	เพื่อทดสอบดูว่าสามารถใช้รูปแบบ การเผชิญแบบเดิมแล้ว ได้ผลดีจริง และคาดหวังว่าจะนำไปใช้ต่อไป	ไม่ควรรบกวนหรือถามใน ขณะที่ผู้คลอดแสดงพฤติกรรม เช่น ใช้เทคนิคการหายใจ ในขณะที่มีดลูกหดรัดตัว

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
4. สามารถเรียนรู้เทคนิคใหม่ ๆ ด้วยตนเอง เช่น เทคนิคการหายใจ และ ผ่อนคลาย	- เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในตนเองว่าสามารถใช้วิธีการที่ผ่อนคลาย โดยไม่เพิ่มความตึงเครียดให้กับตนเอง	ชมเชยเมื่อผู้คลอดทำได้สำเร็จ
พฤติกรรมการเผชิญที่ไม่พึงประสงค์		
- สอบถามซ้ำซากในรายละเอียดของบางเรื่อง เช่น การหดรัดตัวของมดลูก เวลา และปฏิบัติการต่าง ๆ	การรับรู้ที่ถูกรบกวนก่อให้เกิดความเครียดหรือความไม่สบาย ซึ่งอาจจะไม่สามารถเผชิญได้หรือต้องใช้พลังงานอย่างสูงในการเผชิญ	- ประเมินดูว่าอะไรคือปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลซึ่งปัจจัยที่สำคัญในระยะนี้ คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่
- เพิ่มการรับรู้ในเรื่องอันตรายและภาวะคุกคามซึ่งนำไปสู่ความกลัวเกี่ยวกับตนเอง ทารกและสิ่งที่ไม่รู้อื่น ๆ		- อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ จนกว่าระดับความวิตกกังวลจะลดลง
- ใช้กลไกการป้องกันตนเองที่บิดเบือนการรับรู้ความเป็นจริงและเพิ่มความรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น ก้าวร้าวไม่เป็นมิตร เพื่อฝัน หรือแยกตัว		

2. ช่วงตื่นตัวในระยะที่หนึ่งของการคลอด (Active phase in first stage of labor)

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
พฤติกรรมที่เหมาะสม		
1. ลดการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม เช่น พุดน้อยลง ทำกิจกรรมลดลง เกร็งขริม และครุ่นคิด ซักถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับตัวเองและการคลอด รูปแบบการติดต่อสื่อสารมีปฏิกิริยาและการตอบสนองมากขึ้นโดยที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ริเริ่ม	พยายามที่จะใช้พลังงานในเรื่องที่จำเป็นในการเผชิญ	ไม่ควรคาดหวังว่าผู้คลอดจะเป็นผู้เริ่มการสนทนา จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้สงบ
2. แสดงความต้องการพึ่งพาผู้อื่น เช่น บ่น หรือเรียกร้องมากขึ้น ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง	ความรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่เพิ่มขึ้นนี้ จะทำให้ต้องการได้รับความช่วยเหลือ จึงมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น	สนองตอบความต้องการของผู้คลอดด้วยความสุภาพ อ่อนโยนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และไม่ควรแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตอบ
3. พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความเครียดและความปรารถนาที่จะขจัดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลและความเจ็บปวด - ปฏิกริยาอัตโนมัติต่อความเครียด เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ม่านตาขยาย เหงื่อออก	ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นเป็นกลไกของร่างกายที่เตรียมจะต่อสู้หรือถอยหนีต่อตัวกระตุ้น แต่ก็เป็นการเพิ่มความรู้สึกไม่สบายและความเจ็บปวด จึงมีความต้องการความช่วยเหลือ เพื่อลดหรือกำจัดสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ โดยการสื่อสารทางพฤติกรรมการพูดและไม่ใช้การพูด	ขจัดความไม่สบายจากปฏิกิริยาเหล่านี้โดยการเช็ดหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ถูหลัง ทำเตียงให้เรียบตึง และอยู่กับผู้คลอดให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิกริยาของกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น หน้าเบี้ยมือกำขบเตี้ยงแน่น ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ - กระสับกระส่าย กระวนกระวาย เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ - พุดถึงความกลัว ความทุกข์ หรือขอความช่วยเหลือ 		
<p>4. ลดความสามารถในกิจกรรมการเผชิญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมารถในการเผชิญลดลงหรือถูกบดบังด้วยภาวะเครียดต่าง ๆ (อาจจะใช้เทคนิคการหายใจได้แต่ไม่สมบูรณ์) - กลายเป็นผู้ตามแทนที่จะเป็นผู้ริเริ่ม 	<p>ภาวะเครียดที่สะสมมากขึ้นตลอดเวลา ความเหนื่อยอ่อนและความตึงเครียดจะยับยั้งขบวนการทางปัญญาซึ่งอาจจะลดความสามารถในการแก้ไขปัญหา ความต้องการที่สำคัญคือ การได้รับการประเมินย้อนกลับจากบุคคลอื่นในความพยายามที่จะใช้ปัญญาในการเผชิญปัญหา</p>	<p>ไม่ควรเรียกร้องอะไรจากผู้คลอด และไม่ควรให้ตัดสินใจในเรื่องที่ยากโดยลำพัง เช่น ไม่ควรถามถึงประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ต้องการใช้</p>
<p>5. อาจแสดงความโกรธหรือก้าวร้าว โดยการพูดหยาบค้าย ทำร้ายผู้อื่น</p>	<p>การไม่ชื่นชมผู้อื่นเป็นความพยายามที่จะป้องกันตนเอง การตำหนิหรือ โกรธผู้อื่นเป็นการทดแทนความรู้สึกสูญเสียการควบคุมในตนเองที่แสดงออกในผู้อื่น</p>	<p>ยอมให้พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นโดยไม่ถือความและไม่โต้ตอบกลับ</p>

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
พฤติกรรมการเผชิญที่ไม่พึงประสงค์ (ที่หลีกเลี่ยงการถูกรบกวน ของขบวนการทางปัญญา เช่นเดียวกับความรู้สึกแยก ตัวและพ่ายแพ้)		
<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อฝัน ถดถอย และปฏิเสธ - แยกตัว - ซึมเศร้า 	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามที่จะหลีกเลี่ยงโดยการปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นความเครียด - ความรู้สึกแยกตัวเองที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าไร้ค่าไร้ความสำคัญ - ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในความสามารถที่จะทำให้อะการคลอดสิ้นสุดลงโดยสมบูรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด - ย้ำถึงสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้คลอด เวลาและสถานที่โดยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า - ให้แรงเสริมทางบวก - บอกผู้คลอดว่าพยาบาลจะคอยช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถผ่านกระบวนการคลอดโดยสมบูรณ์

3. ช่วงต่อระยะและระยะที่สองของการคลอด (Transitional phase in first stage of labor and second stage of labor)

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
พฤติกรรมการเผชิญที่เหมาะสม		
1. แยกตัวจากสิ่งแวดล้อมได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ตอบคำถามลดลง 	ผู้คลอดต้องเผชิญงานที่หนักในช่วงเวลายาวนานและต้องเผชิญภาวะการคลอดต่อไป ดังนั้นพฤติกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้คลอดพักระหว่างที่มดลูกคลายตัว - ไม่ควรเรียกร้องอะไร

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจต่อเหตุการณ์ลดลง - ความสนใจในการตัดสินใจลดลง มักจะพูดว่า "ไม่เป็นไร" เมื่อกำลังครุ่นคิด - ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าลดลง - หลับเป็นช่วง ๆ เมื่อมดลูกคลายตัว - สูญเสียความจำเมื่อมดลูกหดตัว 	<p>การเผชิญจึงสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามอย่างมากในการรักษาพลังงาน ดังนั้นปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อภาวะเครียดจึงจำกัดและเมื่อเวลาผ่านไปร่างกายไม่สามารถจะคงไว้ซึ่งการต่อสู้หรือการหลีกเลี่ยง การตอบสนองต่อภาวะเครียดจึงลดลง สิ่งที่สามารถกระตุ้นเร้าให้ผู้คลอดมีความรู้สึกตัวต่อสิ่งแวดล้อมอีกครั้งคือการหดตัวของมดลูก</p>	<p>จากผู้คลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมเชยเมื่อผู้คลอดออกแรงเบ่งหรือควบคุมแรงเบ่งได้ถูกต้อง
<p>2. พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ชวน ทำร้ายผู้อื่น ทบหลังตนเองและไม่ให้ความร่วมมือ</p>	<p>เป็นความพยายามสุดท้ายที่จะป้องกันความเจ็บปวดและการสูญเสียการควบคุม นอกจากนี้การโกรธและการก้าวร้าวผู้อื่นเป็นกลไกการป้องกันตัวเองอย่างหนึ่ง</p>	<p>ยอมรับพฤติกรรมนั้น</p>
<p>พฤติกรรมการเผชิญที่ไม่พึงประสงค์</p> <p>ตื่นกลัว ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ เช่น ไม่ตอบสนองต่อปฏิกิริยาการกระตุ้นอย่างแรงทางกายภาพ หูดถึงความพ่ายแพ้ เช่น ไม่สามารถทนต่อไปได้อีกหรือไม่สามารถผ่านการคลอดไปได้</p>	<p>มีความรู้สึกที่สูญเสียการควบคุม ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสิ้นหวัง และต้องการหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อภาวะนี้เป็นอย่างมาก ความกลัวตายอาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมตื่นกลัว เช่นเดียวกับความพยายามที่จะหนีไปจากความตาย</p>	<p>อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ให้ความสนใจและพูดคุยถึงความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความหวัง และลดความวิตกกังวล</p>

4. ระยะเวลาที่สามและระยะที่สี่ของการคลอด (Third and fourth stage of labor) ในระยะนี้ความเครียดจะลดลงเท่ากับช่วงแอบแฝง ในกรณีที่คลอดปกติความรู้สึกกลัวจะลดลง แต่ถ้ามีโรคแทรกซ้อนจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต พฤติกรรมการเผชิญในระยะนี้จะคล้ายกับระยะแอบแฝง กล่าวคือ ผู้คลอดจะช่างพูด หัวเราะ ร้องไห้ สนใจผู้อื่น ตื่นตัวและมีการตอบสนองมากขึ้น มีเหตุการณ์ที่สำคัญในระยะนี้ 2 เหตุการณ์คือ มีการทบทวนเหตุการณ์ที่เป็นจริงในการให้กำเนิดบุตรและมีการผสมผสานประสบการณ์คลอดให้เป็นเหตุการณ์ที่มีความหมาย

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
พฤติกรรมการเผชิญที่เหมาะสม		
1. ยืนยันในความเป็นจริงในการให้กำเนิดบุตรโดย <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการเห็น สัมผัส และฟังเสียงร้องของบุตร - ซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและรูปร่างของบุตร - เสาะหาความมั่นใจจากบุคคลอื่นว่าบุตรมีลักษณะปกติและแข็งแรงสมบูรณ์ 	ความพยายามที่จะสร้างความมั่นคงว่าบุตรนั้นมีตัวตนอยู่จริง การสำรวจทั้งทางการสัมผัสและสอบถามนั้น เพื่อทดสอบความเป็นจริงระหว่างความคาดหวังและความเพ้อฝัน	<ul style="list-style-type: none"> - ยินยอมให้ผู้คลอดได้เห็นสัมผัส ให้นม หรือทำอย่างอื่นตามที่ต้องการ - ตอบคำถามเกี่ยวกับบุตรด้วยความมั่นใจ
2. ผสมผสานประสบการณ์การคลอดให้เป็นเหตุการณ์ที่มีความหมายโดย	<ul style="list-style-type: none"> - ขบวนการนี้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ในระหว่างการคลอด ซึ่งช่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ฟัง ตอบคำถาม และให้โอกาสผู้คลอดแสดงความรู้สึก เช่นการเจ็บครรภ์

พฤติกรรมผู้คลอด	ความหมาย	บทบาทของพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> - สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 	<p>ให้ความกระจ่างชัดหรือให้คำตอบว่าอาจมีประสบการณ์บางอย่างที่ถูกลืมหรือสับสน ในขณะที่ผู้คลอดสามารถ</p>	<p>และการคลอดมีความหมายอย่างไร บอกผู้คลอดว่าไม่ต้องรู้สึกผิดหรือขอภัยในพฤติกรรมของตนเอง และ</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ฝันและครุ่นคิดเกี่ยวกับการคลอด 	<p>ประเมินหรือตัดสินใจในพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองซึ่งเมื่อ</p>	<p>ไม่ต้องรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อได้เล่าเรื่องของตนเองหรือซัก</p>
<ul style="list-style-type: none"> - แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการคลอดอย่างเป็นธรรมชาติและบ่อยครั้ง 	<p>ข้อสรุปนี้เป็นไปในทางบวกจะช่วยเพิ่มความรู้สึกเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งนับว่าผู้คลอดนี้มีการเจริญและ</p>	<p>ถามในคำถามเดิม ในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถอยู่กับผู้คลอดอาจให้ผู้คลอดเขียนหรือบันทึกเทปเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในประสพ-</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ระลึกถึงเหตุการณ์ที่จดจำได้อย่างชัดเจน 	<p>พัฒนาการผ่านกระบวนการคลอด แต่ถ้าข้อสรุปเป็นไปใน</p>	<p>การพิจารณาการคลอด</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ใช้พฤติกรรมการเผชิญแบบหาเหตุผลเข้าข้างตนเองหรือรู้สึกผิดในพฤติกรรมการเผชิญที่ไม่พึงประสงค์ครั้งก่อน 	<p>ทางตรงกันข้าม การคลอดจะเป็นเสมือนสิ่งคุกคามต่อตัวตนของผู้คลอด</p> <p>- ผู้คลอดต้องการที่จะแสดงความรู้สึกของตนเองต่อทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล</p>	<p>ผู้เยี่ยม การทบทวนในลักษณะดังกล่าวช่วยให้ผู้คลอดจดจำเนื้อหาสาระต่าง ๆ จนกระทั่ง</p>
	<p>กลายเป็นเหตุการณ์ที่มีความหมายซึ่งจะช่วยให้มีการสังเคราะห์และยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง</p>	

มายล์ (Myles 1981 : 257-259) ได้กล่าวว่า เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า บุคลิกภาพและเจตคติของพยาบาลผดุงครรภ์มีความสำคัญ ในส่วนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้คลอด ถ้าพยาบาลผดุงครรภ์สื่อความรู้สึกถึงความสนใจอย่างแท้จริง และปฏิบัติการต่าง ๆ ด้วยความช่วยเหลือแล้ว พยาบาลผู้นั้นจะมีอิทธิพลในเชิงปลอบโยนให้กำลังใจ วิธีทางที่สงบในการปฏิบัติการ จะช่วยสร้างความรู้สึกรับประกัน ส่วนประสิทธิภาพนั้นมักจะผสมกลมกลืนไปกับความเมตตาากรุณา มนุษยสัมพันธ์ที่ดีเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดและพยาบาลผดุงครรภ์ที่ประสบความสำเร็จนั้น จะมีความสามารถเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ ปรับวิธีการในการเข้าถึงความต้องการของบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน สำหรับคุณสมบัติที่ได้รับการยอมรับจากผู้คลอดได้แก่ ความเข้าใจในเชิงเห็นอกเห็นใจ (sympathetic understanding) และความเมตตาากรุณาอย่างสงบ (patient kindness) การเข้าถึงความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้คลอด จะช่วยป้องกันประสบการณ์การกระจัดกระจายของประสาทการรับรู้ร่วมกับผลของความชอกช้ำทางด้านอารมณ์ ซึ่งการที่พยาบาลผดุงครรภ์มีความต้องการที่จะให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์นั้น ไม่เป็นการเพียงพอ ยังต้องการการแสดงความเมตตาากรุณานั้น ให้ประจักษ์ทั้งทางด้านคำพูด และการกระทำด้วยเจตคติทางการดูแล (Caring attitude) ตลอดเวลา แนวคิดดังกล่าวคล้ายคลึงและสอดคล้องกับ อัฟฟอนโซ (Affonso 1979 : 364-366) ซึ่งเห็นว่าพยาบาลให้การสนับสนุนผู้คลอดโดยการสร้างสัมพันธภาพแห่งความช่วยเหลือ สัมพันธภาพนี้มีลักษณะที่สำคัญ 2 ประการ ตามนิยามของ โรเจอร์และบาร์เรต-เลนาร์ด (Rogers and Barret-Lennard) ซึ่งสามารถอธิบายและประยุกต์ใช้สำหรับปฏิบัติ การพยาบาลในหน่วยคลอดได้ดังนี้

1. ความร่วมรู้สึกและความเข้าใจ (empathy and understanding) ปฏิบัติการซึ่งแสดงว่าพยาบาลให้การสนับสนุนผู้คลอด โดยมีความร่วมรู้สึกและความเข้าใจ ได้แก่

1.1 ยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอดทั้งทางด้านคำพูดและกริยาท่าทาง ซึ่งแสดงถึงภาวะเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องละเอียดอ่อนต่อเงื่อนไขของกริยาท่าทางที่แสดงถึงความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจะเกิดบอยต่อบุคคลที่แปลกถิ่น และบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง

1.2 สืบหาสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและประสบการณ์ที่พึงพอใจของผู้คลอด ทั้งนี้เพื่อหาวิธีลดสิ่งกระตุ้นภาวะเครียดและเพิ่มสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ พยาบาลจำเป็นต้องช่วยให้ผู้คลอดบ่งชี้และยอมรับสิ่งที่เกี่ยวข้องและความกลัวของตนเอง ตลอดจนช่วยให้ลดภาวะเหล่านี้เท่าที่จะเป็นไปได้ การประเมินระดับความวิตกกังวลมีความสำคัญเช่นกัน

ในการตัดสินใจว่าสิ่งไหนเป็นตัวส่งเสริมหรือยับยั้งการปรับตัวในการคลอด แต่มีข้อควรระวังว่าพยาบาลไม่ควรครุ่นคิดด้วยความเครียดในการที่จะเสาะหาสิ่งกระตุ้นทางบวก ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าพอใจและสำคัญในการช่วยเหลือผู้คลอดให้ผ่านการคลอดไปด้วยดี การประเมินสิ่งกระตุ้นทางบวกควรได้จากการสำรวจว่าอะไรทำให้ผู้คลอดรู้สึกมีความสุขหรือตื่นเต้นในระหว่างการคลอด

1.3 ศึกษาบุคคลและพฤติกรรมซึ่งผู้คลอดรับรู้ว่าการสนับสนุน การประเมินว่า บุคคลใดที่ผู้คลอดต้องการการสนับสนุนเป็นสิ่งจำเป็น ในบางโรงพยาบาลอนุญาตให้สามีเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้คลอดอาจต้องการเพื่อน ญาติ หรือผู้สนับสนุนวิชาชีพทั้งนี้เพราะว่า บุคคลเหล่านี้สามารถให้ความช่วยเหลือได้ดีกว่า นอกจากนี้พยาบาลควรสอบถามผู้คลอดถึงสิ่งที่ผู้คลอดคาดหวังจากบุคคลต่าง ๆ รวมทั้งแพทย์และพยาบาลด้วย สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์จริงที่ตรงกับความคาดหวังในช่วงเวลาเดียวกัน

1.4 ติดต่อบุคคลและผู้คลอดและสามี เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ถูกต้องและยอมรับได้ ซึ่งอาจแสดงได้โดยการพูดประเมิน เช่น "ทำอย่างนั้นถูกต้องแล้ว คุณทำได้ดี" การกระตุ้นโดยใช้คำพูดนี้ควรจะใช้ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการคลอด ทั้งนี้เพราะผู้คลอดต้องการการประเมินทางบวกในความสามารถของตนเองอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการคลอด ส่วนการยอมรับซึ่งแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูดนั้นสามารถสื่อสารได้โดยการสัมผัสเบา ๆ ระดับของเสียง สีหน้า และระดับของความใกล้ชิด ในขณะที่เดียวกันพึงระวังการเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญซึ่งอาจนำไปสู่การตำหนิ หรือความพยายามที่จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกผิดและอายในพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องยอมรับ โดยอธิบายถึงความสำคัญของพฤติกรรมเหล่านั้นและป้องกันผู้คลอดถูกรบกวนจากความรู้สึกเหล่านั้นด้วย

2. ความเคารพและความเอื้ออาทร (Respect and Caring) ความเคารพและความเอื้ออาทร เป็นสิ่งที่สื่อถึงการดูแลที่ให้โดยไม่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการ และความคาดหวังกลับคืนจากผู้คลอด นอกจากนี้ยังหมายถึงว่าความช่วยเหลือที่ให้นั้นเป็นสิ่งที่ทำให้แก่มนุษย์ ซึ่งไม่ใช่เครื่องจักรกล ปฏิบัติการที่ช่วยให้พยาบาลสื่อสารความเคารพและความเอื้ออาทรนั้น ได้แก่

- 2.1 เรียกชื่อหรือใช้คำนำหน้าชื่อผู้คลอดให้เหมาะสม
- 2.2 แนะนำให้ผู้คลอดคุ้นเคยสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ในทีมการดูแล ตลอดจนปฏิบัติการต่าง ๆ
- 2.3 ยอมรับและให้ความสำคัญในพฤติกรรมของผู้คลอด

- 2.4 ยอมรับในบทบาทที่ผู้คลอดประสงค์ทั้งในบทบาทอิสระและบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 2.5 ดูแลทางด้านร่างกายให้ได้รับความสุขสบายและความปลอดภัยโดยไม่ต้องร้องขอ
- 2.6 อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุผลในการตรวจหรือปฏิบัติการต่าง ๆ ในกระบวนการคลอด
- 2.7 ตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ของผู้คลอดโดยการอธิบาย การแสดงแบบอย่าง ตลอดจนให้การประเมินย้อนกลับ
- 2.8 เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้มีส่วนในการตัดสินใจ
- 2.9 ปฏิบัติตามข้อตกลงต่าง ๆ ที่ได้ตกลงร่วมกันกับผู้คลอด
- 2.10 ใช้ตนเองเพื่อการบำบัดโดยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดตามระดับความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้การสัมผัสและพูดคุยเพื่อสื่อสารถึงความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ

ในกระบวนการพยาบาลที่ให้ต่อผู้คลอดตั้งที่กล่าวมาข้างต้น ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ คือ การประเมินผลการพยาบาลซึ่งพยาบาลจะต้องทำการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านกาย-จิตสังคม ควบคู่กันไป ทางด้านจิตสังคมจะเป็นการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งแนวทางการประเมินนั้น บัททานิ และ ฮอดเนตต์ (Butani and Hodnett 1980 :76) ได้ให้แนวทางในการประเมินในเรื่องต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา รวมทั้งการเข้าร่วมชั้นเรียนขณะตั้งครรภ์ และประสบการณ์การคลอดครั้งก่อน
2. การสนับสนุนในระหว่างคลอด
3. ความรู้สึกและการรับรู้เวลาในระหว่างคลอด
4. การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งที่เป็นจริงในระหว่างคลอด
5. การประเมินอื่น ๆ ในประสบการณ์การคลอดของหญิงผู้คลอด

นอกจากนี้ มารุต และ เมอร์เซอร์ (Marut and Mercer 1979 : 260-266) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินประสบการณ์การคลอด โดยประเมินในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. ความสำเร็จของผู้คลอดในการใช้ทักษะเพื่อลดความเจ็บปวด
2. ความมั่นใจของผู้คลอดในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะคลอด
3. การผ่อนคลายของผู้คลอดในระหว่างเจ็บครรภ์ และในระหว่างคลอด
4. ความพึงพอใจของผู้คลอดที่เกิดขึ้นในระหว่างคลอด
5. การควบคุมตนเองของผู้คลอดในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
6. ความคาดหวังของผู้คลอดเกี่ยวกับบุตร
7. ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลของผู้คลอด
8. การช่วยเหลือของคู่สมรสในระหว่างเจ็บครรภ์ และในระหว่างคลอด
9. ความสามารถของผู้คลอดในการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
10. ความรู้สึกเจ็บปวดในขณะคลอดของผู้คลอด
11. ความหวาดกลัวของผู้คลอดในระหว่างคลอด
12. ความวิตกกังวลของผู้คลอดเกี่ยวกับสภาพของบุตร
13. ความรู้สึกของผู้คลอดต่อการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในระหว่างคลอด
14. ความคาดหวังของผู้คลอดเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด
15. โอกาสของผู้คลอดในการเลือกเกี่ยวกับการตรวจรักษา
16. โอกาสของผู้คลอดในการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด รวมทั้งความรู้สึกภายหลังการพูดคุยกับผู้อื่น
17. ความพึงพอใจต่อผลของการคลอดของผู้คลอด
18. ระยะเวลาที่ผู้คลอดได้สัมผัสจับต้องและอุ้มบุตร รวมถึงความรู้สึกภายหลังการสัมผัสบุตรด้วย

เหตุการณ์ในชีวิต

ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต

โดเรเนเวน (Dohrenwend 1978 : 207) ให้ความหมายเหตุการณ์ในชีวิตว่า หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วสามารถก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันของคนส่วนใหญ่ที่ประสบกับเหตุการณ์นั้น

รัช (Ruch 1977 : 72) ให้ความหมายเหตุการณ์ในชีวิตว่า หมายถึง เหตุการณ์อะไรก็ได้ที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว บุคคลต้องมีการประยุต์เปลี่ยนแปลงสิ่งที่ตนเคยปฏิบัติมา

เหตุการณ์นี้อาจจะเกิดขึ้นในด้านใดของชีวิตก็ได้ อาจทำให้บุคคลประเมิณเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือลบก็ได้

มุลเลอร์ เอ็ดเวิร์ด และยาร์วิส (Muller, Edwards and Jarvis 1977 : 307) ให้ความหมายเหตุการณ์ในชีวิตว่า หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิตใจ หรือความเจ็บป่วยทางกาย

แรบคิน และสตรูเอนิง (Rabkin and Struening 1976 : 1014) ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิต ในความหมายของคำว่า ความเครียดทางสังคม (Social Stressors) ว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคล ซึ่งทำให้สภาพทางสังคมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป เช่น ความทุกข์ยากต่าง ๆ การแต่งงาน การตกงาน

โฮล์ม และ เรห์ (Holmes and Rahe 1967 cited by Rabkin and Struening 1976 : 1014) ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตในความหมายของคำว่า ความเครียดทางสังคม (Social Stressors) ว่าหมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า เหตุการณ์ในชีวิต (Life Events) หมายถึง สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้นซึ่งบุคคลต้องปรับตัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

ความเป็นมาของการศึกษาเหตุการณ์ในชีวิต

การศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตสืบเนื่องมาจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด (Stress) ในปี ค.ศ. 1929 วิลเลียม บี แคนนอน (William B. Cannon) นักสรีรวิทยาชาวอเมริกา ได้ให้ข้อสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Goldberger and Breznitz 1982 : 320) และในปี ค.ศ. 1936 เซลเย่ (Selye) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นอาการทางชีววิทยาที่ตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต นอกจากนี้ยังให้ความหมายเพิ่มเติมอีกว่า เป็นกลุ่มอาการของการปรับตัวโดยทั่วไปของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งกระตุ้น (General Adaptation Syndrome) (Bieliauskas 1982:1-2) ส่วน เลซี่ ชาฟิโร ทัสกี และ ชวาร์ท (Lacey 1967, Shapiro, Tusky and Schwartz 1970 cited by

Bieliauskas 1982 : 5) อธิบายว่า สภาพความเครียดต่าง ๆ กัน ทำให้เกิดการตอบสนองที่ต่างกันในเรื่องมีชีวิตชนิดเดียวกันซึ่งสอดคล้องกับเมสัน ที่เสนอแนวคิดที่ว่าความเครียดเป็นการตอบสนองทั้งทางจิตวิทยาและชีววิทยาของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งกระตุ้น และการตอบสนองจะมีลักษณะแตกต่างกันตามสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ กัน (Mason 1971 cited by Bieliauskas 1982 : 4-6) เพราะฉะนั้นในปัจจุบัน เชื่อกันว่าความเครียดเป็นการตอบสนองทั้งทางจิตวิทยาและชีววิทยา และสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ในการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดนั้นมุ่งความสนใจไปที่ความสัมพันธ์ของความเครียดกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต

ผู้ศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเป็นคนแรกได้แก่ ออดอล์ฟ เมเยอร์ (Adolf Meyer) จิตแพทย์ชาวสวิส ผู้บุกเบิกวิชาชีวจิตวิทยา (Psychobiology) ระหว่างต้น ค.ศ. 1900 โดยให้ข้อสังเกตว่าบุคคลมักจะเจ็บป่วยใกล้ๆ กับเวลาที่สิ่งแวดล้อมของตนมีการเปลี่ยนแปลง เช่น เปลี่ยนงาน มีการเกิดหรือตายในครอบครัว เปลี่ยนที่อยู่อาศัย จากข้อสังเกตนี้ เมเยอร์ ได้สร้างแผนภูมิชีวิตขึ้น (Life Chart) เพื่อรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพกับชีวประวัติเข้าด้วยกัน เพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยาในภาวะสุขภาพของมนุษย์ (Life 1984, Holmes and Rahe 1967 cited by Longo and Williams 1978: 70) และจากแผนภูมิชีวิตดังกล่าวทำให้มีการศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตแบบต่าง ๆ มากมาย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตกับความเจ็บป่วย ซึ่งจากข้อมูลพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตกับความเจ็บป่วย และความสัมพันธ์นี้ค่อนข้างซับซ้อนและขึ้นอยู่กับสภาพต่างๆ ของเหตุการณ์ ลักษณะของแต่ละบุคคลและปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมาย (Bieliauskas 1982 : 6-7)

อิทธิพลของเหตุการณ์ในชีวิตต่อสุขภาพ

เมื่อเหตุการณ์ในชีวิต เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมา เพื่อปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุลซึ่งต้องใช้เวลาช่วงหนึ่ง ในระหว่างที่กระบวนการเผชิญภาวะเครียดกำลังดำเนินอยู่นี้จะพบปฏิกิริยาของบุคคลต่อภาวะเครียดทั้ง 4 ด้านคือ

1. ปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Affect) เช่น เกิดอารมณ์กลัว โกรธ ซึมเศร้า รู้สึกผิด

2. ปฏิกริยาทางสรีรวิทยา (Physiological change) เป็นการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสรีระระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกระเพาะลำไส้ และระบบอื่น ๆ

3. ปฏิกริยาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (Motor Behavior) เช่น ท่าทาง สีหน้า หรืออาการอื่น

4. การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา (Change in Cognitive) ซึ่งอาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้ขึ้นอยู่กับบุคคล อาจจะมีเพิ่มหรือลดความสามารถในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความสามารถในการทำงานหรือความสามารถในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

ปฏิกริยาทั้ง 4 นี้ เป็นปรากฏการณ์ตามกระบวนการเผชิญภาวะเครียดตามปกติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคนเมื่อประสบกับภาวะเครียดตามทฤษฎีของลาซาร์ส (Barry 1984 : 97-98) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่รุนแรงขึ้นหรือจำนวนมากขึ้น ปฏิกริยาเหล่านี้ย่อมมีความรุนแรงยิ่งขึ้นจนเกิดความเจ็บป่วยได้ในที่สุด

ปฏิกริยาทางสรีรวิทยาที่แท้จริงที่เกิดขึ้น เมื่อประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตหลาย ๆ เหตุการณ์ นั้นยังไม่สามารถจะอธิบายได้อย่างชัดเจน ถ้าพิจารณาตามแนวคิดของเซลเย (Selye 1974 cited by Rundall 1978 : 419) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายประสบกับภาวะเครียดจำนวนมากและเป็นระยะเวลายาวนาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเดียวกันหรือคนละเรื่องแต่มีภาวะเครียดติดต่อกัน (Vast Array) เช่น ความเย็น ยา ฮอร์โมน ความเศร้า ความสนุกสนาน ร่างกายจะมีปฏิกริยาทางสรีรวิทยาแบบไม่เฉพาะเจาะจง (nonspecific) ขึ้นในร่างกายซ้ำแล้วซ้ำอีก (Identical Reaction) ปฏิกริยาแบบไม่เฉพาะเจาะจงนี้ ได้แก่ การเพิ่มการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีและต่อมหมวกไต (Pituitary-Adrenal Cortical Hormone) และเกิดกลุ่มอาการในระบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถตรวจพบได้ (General Adaptation Syndrome) ปฏิกริยาเช่นนี้ จะเกิดควบคู่ไปกับพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะเครียดแต่ละอย่าง แม้ว่าจะไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนว่าร่างกายเกิดปฏิกริยาต่อเหตุการณ์ในชีวิตตามการอธิบายของ เซลเยจริงหรือไม่ แต่ก็เป็นที่ยอมรับแล้วว่า เหตุการณ์ในชีวิตทำให้บุคคลจะต้องมีพฤติกรรมปรับตัวและมีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยานี้จะมีอาการก็จะถูกประเมินว่าเป็นความเจ็บป่วย และ

ขณะเดียวกันก็ทำให้ร่างกายมีความอ่อนแอ ลดความต้านทานโรคต่างๆ ด้วย ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในที่สุด (Rundall 1978:419, Ruch, Chandler and Harter 1980 : 248-260)

วอลฟ์ (Wolf 1960 cited by Longo and Williams 1978 : 70) ได้ศึกษากระบวนการของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของเมเยอร์ (Meyer) และสรุปว่า สุขภาพของบุคคลสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความต้องการทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวตามกลไกตามปกติ ถ้าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสภาพที่รุนแรงหรือมีความคับข้องใจอยู่เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทดแทนต่าง ๆ โดยจะแสดงออกทางระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่พบเสมอ ๆ ได้แก่ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบประสาท ต่อมต่าง ๆ และพฤติกรรมทางเพศ แต่ร่างกายก็ไม่สามารถปรับตัวด้วยวิธีการนี้ได้ตลอดไป เพราะจะเป็นผลเสียต่อเนื่องของร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น การศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดทางสังคมและการเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ของชีวิตคุกคามความมั่นคงของบุคคลทำให้เกิดการปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความต้านทานโรคของร่างกายลดลง ดังนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเพียงใด โอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น (Rahe 1964 cited by Rabkin and Struening 1976 : 1015)

นอกจากนี้ในทางด้านสุขภาพจิต มีผลการวิจัยพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) อาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ (Psychophysiological Symptoms) และปัญหาสุขภาพจิตทั่ว ๆ ไป (Ruch, Chandler and Harter 1980 : 248-260) ทั้งนี้เพราะการได้ประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตและการเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตอย่างสร้างสรรค์ จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตอย่างไม่เหมาะสม ผลลัพธ์ก็จะเป็นในทางตรงกันข้ามเช่นกันคือ จะเกิดความผิดปกติของจิตใจขึ้นได้ (Caplan 1964 cited by Bell 1977 : 136) นอกจากนี้ สจิวต์ และ ซันดีน (Stuart and Sundeen 1979 : 82) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตอย่างไม่เหมาะสมมักจะ ได้แก่ การใช้กลไกทางจิตมากเกินไปหรือการมีพฤติกรรมที่อ้อมค้อมค่อนข้างซับซ้อนในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งนอกจากจะไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่ต้นเหตุแล้ว ยังอาจนำบุคคลไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตประสาทได้

การวัดเหตุการณ์ในชีวิต

การวัดเหตุการณ์ในชีวิตของกลุ่มประชากรกลุ่มใด ทำได้โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มนั้นถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผ่านมาแล้ว ในการเก็บรวบรวมเหตุการณ์ในชีวิตนี้ เวลาที่ผ่านมาไม่มีอิทธิพลทำให้เกิดการลืมเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สำคัญไปได้ ซึ่งโดยรวมแล้วเมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน ความทรงจำเหตุการณ์ในชีวิตจะเหลืออยู่ประมาณ 55 เปอร์เซ็นต์ (Funch & Marshall 1984 : 455) แต่ก็มีวิธีที่จะช่วยให้สามารถระลึกเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้มากขึ้น เช่น การกำหนดช่วงเวลาที่ระลึกถึงเหตุการณ์ที่แน่นอนโดยระบุวันที่เป็นจุดเริ่มต้นของช่วงเวลา การสัมภาษณ์โดยละเอียด การให้รายงานเหตุการณ์ในชีวิตตามลำดับ เวลาและการแบ่งแยกเหตุการณ์ในชีวิตตามประเภทของเหตุการณ์ สำหรับเครื่องมือวัดเหตุการณ์ในชีวิตนั้น ได้รับการพัฒนามาจากเครื่องมือวัดเหตุการณ์ในชีวิตของ โฮล์ม และ เรช (Holmes and Rahe 1967) ที่เรียกว่า Social Readjustment Rating Scale ซึ่งประกอบด้วยเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน จำนวน 43 ข้อ ในเหตุการณ์แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น life change unit แล้วนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดมาตีความหมาย ปัจจุบันการศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตมีมากขึ้น จากการรวบรวมของ เทอสิค (Tausig 1982:52-64) สามารถประมวลเหตุการณ์ในชีวิตได้ 118 เหตุการณ์ โดยแบ่งเป็น 9 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการศึกษา ได้แก่ การเริ่มเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษา การสอบไม่ผ่าน การหยุดพักการศึกษา การเปลี่ยนสถานศึกษา การมีปัญหาในสถาบันการศึกษา การสำเร็จการศึกษา
2. ด้านที่อยู่อาศัย ได้แก่ การย้ายที่อยู่ในจังหวัดเดิมหรือข้ามจังหวัด การย้ายที่อยู่ใหม่แล้วได้เพื่อนบ้านใหม่ตึกขึ้นหรือเลวลงหรือเหมือนเดิม การสร้างบ้านใหม่ การต่อเติมตกแต่งที่อยู่อาศัย การมีสภาพความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลง
3. ด้านความรักและการแต่งงาน ได้แก่ การเริ่มมีคู่รัก การมีความขัดแย้งกับคู่รัก การเลิกความสัมพันธ์กับคู่รัก การหมั้น การถอนหมั้น การแต่งงานโดยถูกต้องตามประเพณีหรือไม่ถูกต้องตามประเพณี การมีความสัมพันธ์ทางชู้สาวกับผู้อื่นนอกจากคู่ของตน การหย่า การแยกกันอยู่ชั่วคราวหรือถาวร การโต้เถียงกับคู่สมรสมากขึ้น การเข้าใจกันดีขึ้น การคืนดีกับสามี การมีเรื่องยุ่งยากเกี่ยวกับญาติของสามี

4. ด้านครอบครัว ได้แก่ การคลอดบุตรคนแรกหรือคนรอง การรับเด็ก เป็นลูกบุญธรรมคนแรกหรือคนรอง การมีคนมาอาศัยอยู่ด้วย การมีบุตรแยกออกจากบ้านโดยไป เรียนหนังสือ ถูกเกณฑ์ทหารหรือแต่งงาน สมาชิกในบ้านแยกออกไป มีสมาชิกในบ้านเพิ่มขึ้นหรือ ลดลง มีหลาน

5. ด้านส่วนตัว ได้แก่ การเปลี่ยนนิสัยส่วนตัว การเปลี่ยนกิจวัตรด้าน บันเทิงหรือด้านกีฬา การเปลี่ยนกิจวัตรด้านศาสนา การเปลี่ยนนิสัยการนอน การเปลี่ยนแปลงนิสัย การกิน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนความเชื่อทางศาสนา การเปลี่ยนความเชื่อทาง ลัทธิการเมือง

6. ด้านสุขภาพ ได้แก่ การป่วยเข้าโรงพยาบาลหรือประสบอุบัติเหตุ เข้า โรงพยาบาล ลูกเสียชีวิต พี่น้องเสียชีวิต บิดาหรือมารดาเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต เพื่อนสนิทเสียชีวิต บิดามารดาหย่ากันหรือแต่งงานใหม่ คนในครอบครัวสุขภาพเปลี่ยนแปลง ตั้ง ครรภ์สมใจหรือโดยไม่ได้ตั้งใจ หมดประจำเดือน คลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดแต่ทารกเสียชีวิต แท้งบุตร ป่วยไม่รุนแรงแต่ป่วยบ่อย ๆ ถอนฟันที่สำคัญหรือเข้ารับการรักษาฟันที่สำคัญ ป่วย ทางจิต สัตว์เลี้ยงตาย มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

7. ด้านการงานและการเงิน ได้แก่ การที่คู่สมรสเริ่มงานใหม่หรือตก งาน การเริ่มทำงานครั้งแรกหรือเริ่มทำงานหลังจากไม่ได้ทำมานาน การเปลี่ยนงานใหม่เป็นงาน เหมือนเดิมหรือไม่เหมือนเดิม การมีงานต้องรับผิดชอบมากขึ้นหรือน้อยลง การได้รับการสนับสนุน ให้ก้าวหน้าขึ้นหรือได้รับการสนับสนุนน้อยลง การย้ายหน่วยงาน ถูกพักงาน ขยายงาน ธุรกิจ ล้มเหลว มีเรื่องยุ่งยากกับผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา หรือมีปัญหาอื่น ๆ การ เปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน การหยุดงานน้อยกว่า 1 เดือน หรือมากกว่า 1 เดือน การถูกไล่ออก จากงาน เปลี่ยนตัวผู้บริหาร ปลดเกษียณ ประสบความสำเร็จในงาน ต้องนำงานมาค้นคว้าต่อที่ บ้าน การมีฐานะทางการเงินดีขึ้นหรือทรุดลง การถูกยึดทรัพย์สินที่จำนองไว้ กำลังจะสำเร็จในเป้า หมายส่วนตัว มีเครดิตไม่ดี มีหนี้สินมากหรือน้อย

8. ด้านกฎหมาย ได้แก่ การต้องขึ้นศาล การถูกจับกุมหรือถูกคุมขังเป็นผู้ ต้องหาหรือนักโทษ การทำผิดกฎหมายเล็กน้อย การถูกยึดใบขับขี่ การแจ้งความหรือต้องฟ้องร้องผู้ อื่น การถูกปล้น ขอยหายหรือถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

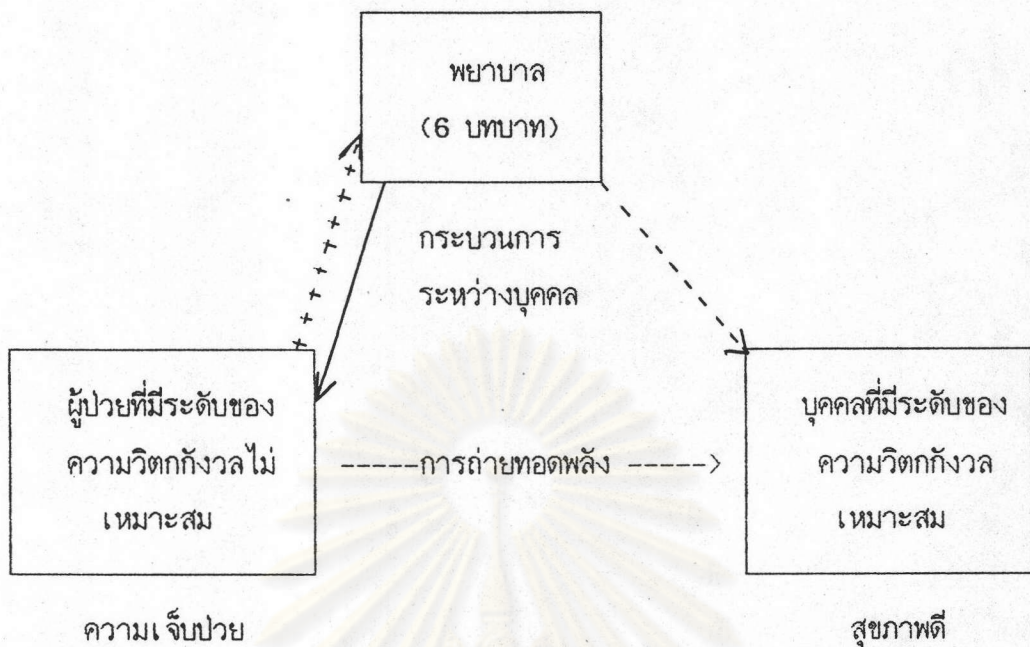
9. ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การมีเรื่องขัดแย้งโต้เถียงกับเพื่อนบ้านหรือญาติ หรือกับเพื่อนหรือมีสัมพันธภาพกับคนเหล่านั้นในทางที่ดีขึ้น มีการพลาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน การประสบอุบัติเหตุ การตัดสินใจครั้งใหญ่เกี่ยวกับอนาคตของตน การพักเรียนติดกันหลาย ๆ วัน การมีเหตุการณ์วิกฤตในชุมชน เช่น ไฟไหม้ หรือเหตุอาชญากรรมร้ายใหญ่

เบล (Bell 1977 : 136-140) ได้ใช้แบบวัดการปรับตัวทางสังคมของโฮล์ม และเรช เพื่อเปรียบเทียบเหตุการณ์ในชีวิตที่เครียดและวิีลลดความเครียดระหว่างผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิต กับผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิต ผลการศึกษาพบว่า ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคจิตใช้วิีลลดความเครียดในระยะสั้นมากกว่าระยะยาว ซึ่งแตกต่างจากอีกกลุ่มที่ใช้วิีลลดความเครียดในระยะยาวมากกว่าระยะสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนศิริพร โอภาสวัชชัย (2531 : 90, 92) ใช้แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเทอสิค (Tausig 1982 : 52-64) และแบบสอบถามของจาโลเวิคและคณะ (Jaloweic, et. al. 1982 : 157-161) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธภาพของคู่สมรส

ฮิลด์การ์ต เพพลาว (Hildegard E. Peplau อ้างถึงใน จินตนา ชูนิพันธ์ 2529 : 57-65) เป็นผู้หนึ่งที่พยายามพัฒนาสาระความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเริ่มต้นให้คำจำกัดความของการพยาบาลในหนังสือเรื่อง *Interpersonal Relations in Nursing* (1952) ไว้ว่า การพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมาย ส่งผลในทางการบำบัดรักษา และทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่นๆ ของมนุษย์ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีได้ แนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ในทฤษฎีกระบวนการระหว่างบุคคลของเพพลาวนั้นประกอบด้วยแกนสำคัญ 4 อันคือ กระบวนการระหว่างบุคคล พยาบาล ผู้ป่วย และความวิตกกังวลซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 5 : รูปแบบของกระบวนการระหว่างบุคคลของเพพเปลว (Read & Johnston, 1983)

ตามรูปแบบดังกล่าว อธิบายสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการรับรู้ตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือในการรักษาและควบคุมระดับของความวิตกกังวลในระบบตัวตน (Self-system) ให้คงอยู่ในสภาพที่เหมาะสมที่จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่มีผลในทางส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจและปลอดภัย เพราะฉะนั้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของพฤติกรรมการดำรงรักษาตน (Self maintenance)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพเปลว มีความสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของแฮร์รี สแต็ค ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan 1966 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ 2530 : 56) ซึ่งซัลลิแวนมีความเห็นว่า ตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่นั้นจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกันกับสิ่งแวดล้อมอันจะรวมทั้งบุคคลและสภาพการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของแต่ละบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งจะเกิดจากการที่บุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจะเกิดจากการที่ถูกบุคคลอื่นมองและเข้าใจ ผลจากการรับรู้ดังกล่าวจะเป็นผลให้บุคคลนั้นรับเอาความคิดทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องของบุคคลอื่นมาเป็นของตน และหากว่าบุคคลนั้นรับเอา

แต่ความคิดที่ไม่ถูกต้องจากการรับรู้ของบุคคลอื่นมาเป็นของตนเอง บุคคลนั้นก็รับรู้ตลอดทั้งเข้าใจตนเองอย่างผิดพลาด นอกจากนี้ ซิลลิเวนยังกล่าวว่า มนุษย์มีความปรารถนาพื้นฐาน 2 ประการคือ ความพอใจ (Satisfaction) และความปลอดภัย (Security) ซึ่งความปรารถนาทั้งสองประการนี้เป็นความปรารถนาพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน

จากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดังกล่าว ใช้เป็นกรอบแนวคิดในสัมพันธภาพของคู่สมรส ซึ่งสัมพันธภาพของคู่สมรสนี้เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ลึกซึ้งและแน่นแฟ้นยิ่งกว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยซึ่งเป็นสัมพันธภาพในเชิงวิชาชีพ

สัมพันธภาพ หมายถึง การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคนทำความรู้จักและติดต่อเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งระยะเวลาหนึ่งซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก จะมีอยู่ตลอดชีวิต (สุนีย์ ตันติพัฒนานันต์ 2522 : 57)

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพันหรือความเกี่ยวพันที่จะทำให้บุคคลผู้ใกล้ชิดมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง (พิริยา ธาราธิสุทธิกุล 2529 : 46)

การสมรส หมายถึง การที่ชายหญิงมีความสัมพันธ์ทางเพศในรูปที่สังคมยอมรับ โดยแต่ละสังคมจะมีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนสำหรับคู่สมรสเพื่อความถูกต้อง เช่น บางสังคมการแต่งงานจะสมบูรณ์แบบเมื่อได้ผ่านพิธีกรรมทางศาสนา ส่วนมากจะกำหนดการจดทะเบียนสมรสเป็นหลักสำคัญในการปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า การสมรสหรือการแต่งงานเป็นสิ่งที่หนุ่มสาวที่รักกันปรารถนาเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการหนึ่งที่ประกาศให้สังคมรับรู้อย่างเป็นทางการว่าจะอยู่ร่วมกันฉันสามีและภรรยา (สุพัตรา สุภาพ 2518 : 53-54)

เพราะฉะนั้นสัมพันธภาพของคู่สมรส จึงหมายถึง การติดต่อเกี่ยวข้องและผูกพันต่อกันระหว่างสามีและภรรยา

การสมรสเป็นพื้นฐานของการสร้างครอบครัว ครอบครัวไทยในเมืองนั้นมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวอันประกอบด้วย สามี-ภรรยา และบุตรธิดา โดยอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แต่ก็ยังมีความสัมพันธ์กับเครือญาติมิได้ตัดการติดต่อโดยเด็ดขาด นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว (2524 : 35-36) ได้กล่าวถึงความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวว่าเป็นรากฐานของความสุขของชีวิต เป็น

รากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม ของประเทศชาติบ้านเมืองและของโลก ในที่สุดชีวิตสังคม ย่อมตั้งต้นมาจากครอบครัว ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือครอบครัวขาดความผูกพันรักใคร่ต่อกัน ชีวิตในสังคมจะแตกแยกประดุจเงาตามตัว ผลของสังคมแตกแยกนั้นเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว เช่น เรื่องของโรคจิตประสาท อาชญากรรม และเด็กเกเรต่าง ๆ เป็นต้น ในทางวิชาการของการศึกษา ปัจจุบันนี้ ได้พิจารณาเรื่องความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว (Family tie) เป็นเรื่องใหญ่ของทุกสาขาแห่งวิทยาการแพทย์ เพราะเกี่ยวกับเรื่องของสมมติฐานแห่งโรคภัยไข้เจ็บทุกประเภท ถ้าครอบครัวเป็นสุข ความอบอุ่นในบ้านก็ต้องมี ความเข้าใจในระหว่างชีวิตครอบครัวก็ต้องดี การเชื่อฟัง การศึกษาและการร่วมมือในการป้องกันรักษาโรค ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพแห่งบุคคลในครอบครัวก็ต้องดี ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการตั้งครอบครัวดี ซึ่งเกิดจากการเลือกคู่ครองการอยู่ร่วมกันในครอบครัว การรู้จักหน้าที่และความรับผิดชอบ การรู้จักปรับตัวและการแก้ปัญหาต่าง ๆ

ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวย่อมทำให้สมาชิกของครอบครัวเกิดความมั่นคง รู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรค และปัญหาที่อยู่ในรอบข้างได้โดยไม่ท้อถอยและสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสที่ดีเกิดจากองค์ประกอบหลายประการซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (ทวีร์สมิ ธนาคม และคณะ 2529 : 65-72, สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย 2524 : 165-193) กมลลา แสงสีทองและปารีชาติ สุขุม 2529 : 123-124)

1. การเลือกคู่สมรสที่เหมาะสมทางด้านภูมิหลัง
2. ความสามารถในการปรับตัวของสามีและภรรยาตามบทบาทและความ

คาดหวัง

- 2.1 การตัดสินใจตกลงและการวางแผนร่วมกัน
- 2.2 หน้าที่และความรับผิดชอบ
- 2.3 การใช้เวลาว่างและการสันทนาการ
- 2.4 การใช้เงิน
- 2.5 การป้องกันและแก้ไขปัญหาคัดค้าน
- 2.6 การประกอบอาชีพ
- 2.7 ความสัมพันธ์ทางเพศ
- 2.8 ความสัมพันธ์กับครอบครัวเดิมในฐานะ เขย-สะใภ้

3. การอยู่ร่วมกันระหว่างสามี-ภรรยา ในลักษณะที่เป็นเพื่อน
4. การปรับตัวให้เข้ากับการอยู่ร่วมกันในด้านอาหารการกิน การพักผ่อน เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย และความสะอาดเป็นระเบียบ
5. ความประสงค์จะให้ชีวิตสมรสประสบความสำเร็จ

ดูวาลล์และมิลเลอร์ (Duvall and Miller 1985 : 139) ได้กล่าวถึงพื้นฐานเพื่อสร้างความพึงพอใจในสัมพันธภาพของคู่สมรส (Building Foundations for Satisfying Marital-Relationships) ว่าทั้งสามีและภรรยามีพัฒนาการของคุณลักษณะที่จะนำไปสู่ระดับของความพึงพอใจในชีวิตสมรสมาช้านานก่อนการสมรส และคุณลักษณะที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตสมรสในระดับสูง ได้แก่คุณลักษณะพื้นฐานและคุณลักษณะต่อเนื่อง ดังนี้

คุณลักษณะพื้นฐาน

บิดา-มารดา	ความสุขในชีวิตสมรสของบิดา-มารดา
ชีวิตในวัยเด็ก	ความสุขในระดับสูงขณะวัยเด็ก
ระเบียบวินัย	ระเบียบวินัยขั้นต่ำแต่เข้มงวดร่วมกับการลงโทษในระดับปานกลาง
เพศศึกษา	เพศศึกษาที่เพียงพอจากบิดา-มารดาที่ให้ความสนใจ
การศึกษา	ศึกษาอย่างต่ำระดับมัธยม
ความคุ้นเคย	มีเวลาเฉพาะเพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนสมรส

คุณลักษณะต่อเนื่อง

ความรัก	เปิดเผยความรู้สึกรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน
ความเชื่อมั่น	มีความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน
ความเสมอภาค	ไม่มีการเด่นหรือข่มฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และมีการตัดสินใจร่วมกัน
การติดต่อสื่อสาร	เปิดเผย และสื่อสารอย่างอิสระระหว่างคู่สมรส
เพศ	มีความสุข สนุกร่วมกันในความสัมพันธ์ทางเพศ

คุณลักษณะต่อไปนี้

ชีวิตทางสังคม	มีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน มีการพบปะเพื่อนฝูง
ที่อยู่อาศัย	คงที่
รายได้	เพียงพอ

แหล่งที่มา : Duvall, M.E. & Miller B.C. Marriage and Family Development
New York : Harper & Row Publishers, 1985 : 139.

สัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นสิ่งที่จะบอกถึงความสุขในชีวิตครอบครัว สัมพันธภาพที่ประสบความสำเร็จจะทำให้สถานภาพของความเป็นบิดา มารดา และชีวิตครอบครัวประสบความสำเร็จด้วย เมื่อมีการตั้งครรภ์ขึ้นในครอบครัว คู่สามี-ภรรยาที่มีบุตรคนแรกมักจะมีปัญหาความขัดแย้งกันเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดการพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวขึ้นใหม่ การสร้างรูปแบบของความสัมพันธ์ใหม่นี้มักจะเกิดขบวนการทางอารมณ์ที่อาจทำให้เกิดความตึงเครียด ทำให้คู่สมรสพบว่าตนเองอยู่ในภาวะวิกฤตได้ (Broom 1984 : 223) ดังนั้นในช่วงเวลาของการตั้งครรภ์บุตรคนแรกจึงเป็นระยะพัฒนาการของแต่ละครอบครัว ซึ่งในแต่ละครอบครัวอาจเป็นระยะที่สามีภรรยาจะช่วยดูแลซึ่งกันและกัน หรืออาจเกิดความขัดแย้งกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของสามีภรรยาและการวางแผนร่วมกันในการจะมีบุตร เพราะภาวะการตั้งครรภ์บุตรคนแรกมักจะมีผลต่ออารมณ์ และจิตใจของสามีภรรยาค่อนข้างมาก เนื่องจากจะต้องมีการระมัดระวังความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการดำเนินชีวิตประจำวัน เวลาว่างที่สามีภรรยาเคยมีให้กันอาจน้อยลง สามีต้องหารายได้พิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ครอบครัว ภรรยาใช้เวลาเอาใจใส่สามีลดน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงนี้อาจกระทบถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาได้ (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย 2526 : 219)

ในระยะตั้งครรภ์ ภรรยาจะมีแนวโน้มที่จะให้สามีเห็นอกเห็นใจและเป็นหลักประกันสำหรับครอบครัวอย่างมาก ต้องการให้สามีแสดงความห่วงใย ร่วมกันวางแผนช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนวางแผนโครงการเพื่อรับบทบาทใหม่ในอนาคต เบลสกี (Belsky 1981 : 6) ได้สรุปรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นบิดามารดาไว้ว่า การเป็นบิดามารดาจะมีความ

สัมพันธ์กับสัมพันธภาพของกลุ่ม และสัมพันธ์กับพฤติกรรมและพัฒนาการของทารก โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะที่สตรีเตรียมตัวจะเป็นมารดา เมื่อสามีและภรรยามีความรู้สึกพอใจซึ่งกันและกันก็จะยินดีต่อการมีสมาชิกใหม่ ทำให้สตรีนั้นมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และก่อให้เกิดความสุขกับการตั้งครรภ์ ซึ่งจะเบ่งองค์ประกอบที่จะพัฒนาต่อไปถึงขั้นการเตรียมตัวต่อการเป็นมารดา และการเลี้ยงดูทารก รูปแบบความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับที่เชนนอน (Shannon 1979 : 378) ได้กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์อันดีของสามีต่อภรรยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จะทำให้ภรรยาเกิดความมั่นใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ มั่นคงต่อชีวิตสมรส มีความคาดหวังและเตรียมพร้อมต่อบุตรที่จะเกิดในทางตรงกันข้ามถ้าสตรีตั้งครรภ์มีชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่น มีความล้มเหลวผิดหวัง สามีปฏิเสธต่อการรับรู้และความรับผิดชอบจะยิ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกสองฝักสองฝ่ายในการตั้งครรภ์ เกิดความผันแปรทางอารมณ์ และจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น มีอาการโกรธเกลียดต่อการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของสโลแมน (อ้างถึงในพยอม อิงคตานุวัฒน์ 2524 : 19) พบว่า 1 ใน 3 ของครอบครัวที่มีเจตคติแบบไม่ต้องการบุตรมีสาเหตุมาจากชีวิตสมรสไม่ราบรื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของกลุ่ม การสนับสนุนทางการพยาบาล และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การตั้งครรภ์และการคลอด เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตตามพัฒนาการ (Maturational Crisis) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งต้องอาศัยการรับรู้ที่ถูกต้อง การปรับตัวที่เหมาะสมและการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ แต่ในขณะเดียวกันในสภาพของสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อสนองความจำเป็นหรือความต้องการของมนุษย์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเหตุการณ์ในชีวิตต่าง ๆ กัน สตรีตั้งครรภ์ก็เช่นเดียวกัน ต้องประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องปรับตัวมากขึ้น ในหลาย ๆ เหตุการณ์ของชีวิต เช่น การตกงาน การประสบอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หย่าร้าง การสูญเสียสิ่งที่รัก การประสบกับสิ่งที่ไม่พอใจ ฯลฯ เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิตที่ผลักดันให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational Crisis) ร่วมกับภาวะวิกฤตตามพัฒนาการดังกล่าว ซึ่งถ้าหญิงตั้งครรภ์จัดการแก้ไขไม่ได้ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือและปรับตัวไม่ได้อาจมีผลเสียต่อสุขภาพของร่างกายและทารกในครรภ์ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอดได้ จากการศึกษาของยามาโมโตะ และ เคนนี่ (Yamamoto and Kenny 1976: 203-214) โดยให้สตรีในระยะ 1

สัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรภ์บ่งชี้เหตุการณ์ที่ร้ายแรงของชีวิต (Stressful life events) จากเหตุการณ์ในชีวิตที่ให้เลือก 69 เหตุการณ์ พบว่า ใน 10 รายการแรกของเหตุการณ์ที่เลือกนั้นมีเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลสำคัญมากถึง 8 รายการ ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้ข้อคิดเห็นว่าบางที่การตั้งครรภ์อาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไวมากขึ้นในการสูญเสียบุคคลสำคัญ ในปี 1979 มีรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดเมื่ออายุน้อยกว่า 33 สัปดาห์ กับการเกิดอุบัติเหตุ การด้านความเครียดทางด้านจิตสังคม โดยผู้ศึกษาแบ่งตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นสตรีที่คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ กลุ่มที่สองเป็นสตรีที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ได้ 33-36 สัปดาห์ และกลุ่มที่ 3 เป็นสตรีที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์ และทุกกลุ่มทำแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตในช่วงวันที่ 3 หรือ 4 หลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์มีสัมพันธภาพที่เครียด (stressful relationships) และเกี่ยวข้องกับปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าอีก 2 กลุ่ม (Newron, et. al. 1979 : 411-413) เช่นเดียวกับ สมจิตร์ นครพานิช (2530 : 71-72) ที่ศึกษาเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของสตรีที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์มีเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ และมีความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า แต่มีความสามารถในการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ได้เหมาะสมน้อยกว่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตของตัวอย่างประชากรทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ในการศึกษาปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างตัวแปรเกี่ยวกับความเครียดทางด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผลลัพธ์ของการคลอดทั้งผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจและไม่น่าพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่รายงานการเปลี่ยนแปลงที่ร้ายแรงของชีวิตหลาย ๆ เหตุการณ์ แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดใหม่ ๆ มากกว่าในปริมาณ 2 ส่วน 3 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมที่มากพอ ๆ กัน แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Nuckolls, Cassel and Kaplan 1972 : 431-441)

เมื่อพิจารณาว่าการให้กำเนิดบุตรเป็นงานพัฒนาที่สำคัญของครอบครัว ดังนั้นสัมพันธภาพของคู่สมรสในเชิงสนับสนุน (Marital support) จึงได้รับความสนใจและส่งเสริมให้มีขึ้น บรรานัน (Brown 1986 : 475) กล่าวถึงการสนับสนุนของคู่สมรสว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ในระหว่างตั้งครรภ์ สามีและภรรยาจะให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันและเจริญก้าวหน้าไปด้วยกันในการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ โดยเฉพาะสามีนั้นถือว่าเป็นแหล่งปฐมภูมิที่ให้ความช่วยเหลือภรรยา เช่นเดียวกับ ริชาร์ดสัน (Richardson 1982 : 26, 28) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสส่งผลกระทบต่อประสบการณ์การคลอด ในระยะ

ตั้งครรภ์ ภรรยามีความคาดหวังที่จะให้สามีแสดงความรักความผูกพันมากขึ้น ความสามารถของสามีที่จะตอบสนองความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นนี้ จะส่งผลต่อกระบวนการทั้งหมดในการตั้งครรภ์ การคลอดและการปรับตัวของครอบครัวใหม่ด้วย มีรายงานการศึกษาที่บ่งชี้ว่าภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่นการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะครรภ์เป็นพิษมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพที่เป็นปัญหาระหว่างสตรีตั้งครรภ์กับบุคคลสำคัญ (Richardson 1982 : 31) กรอสแมน และคณะ (Grosaman, et. al. 1980 : cited by Brown 1986 : 476) ได้ศึกษาพบว่าสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสเป็นตัวทำนายสำคัญในการปรับตัวทางด้านจิตวิทยาของสตรีในการให้กำเนิดบุตร โดยสตรีที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสจะมีอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ต่ำ มีการปรับตัวได้ดี ในขณะที่คลอดและหลังคลอดในระยะ 1 ปี ซึ่งสตรีเหล่านี้ได้รายงานว่ามีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอ ฮาร์ตา และคณะ (O' Harta, et. al. 1983 cited by Brown 1986 : 476) ซึ่งได้ศึกษาพบว่า สามีของสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้านั้นให้การสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าได้รายงานปัญหาจากการสมรส รวมทั้งบ่งชี้ว่าได้รับความสุขจากการสมรสน้อยกว่าด้วย เวสต์บรูค (Westbrook 1978:191-199) เป็นอีกผู้หนึ่งที่ศึกษาผลของการสมรสต่อการตั้งครรภ์ และพบว่าสตรีที่มีสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสในทางบวกจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่ำ มีเจตคติต่อการคลอดในทางลบต่ำ และแสดงออกถึงการแยกตัว การก้าวร้าวในระดับต่ำ สตรีเหล่านี้มีประสบการณ์ของการแยกตัวจากความวิตกกังวล (Separation anxiety) ในขณะที่ตั้งครรภ์ต่ำ มีปัญหาในขณะคลอดน้อย มีความรู้สึกในชีวิตไม่ถูกคุกคาม เชื่อว่าความพึงพอใจในชีวิตสมรสเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีความสงบมากที่สุดในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ในการศึกษาการใช้ยาในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด พบว่า สตรีที่มีสามีอยู่เป็นเพื่อนนั้น รายงานว่ารู้สึกเจ็บปวดน้อยและได้รับยาน้อยกว่าสตรีที่สามีไม่ได้อยู่เป็นเพื่อน (Henneborn and Cogan 1975 : 215-222) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่คลอดปกติได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากสามีมากกว่าสตรีที่คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ (Gunter 1963 cited by Brown 1986 : 476)

นอกจากเหตุการณ์ในชีวิตและสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส ซึ่งนับว่าเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นมาก่อน (Antecedent Variables) และส่งผลกระทบต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ในระยะคลอดผู้คลอดมีความวิตกกังวลสูงที่สุด เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระยะสั้นเมื่อเทียบกับระยะการตั้งครรภ์ ดังนั้นระยะคลอดจึงเป็นระยะวิกฤตที่สตรีทุกคนต้องปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นไปด้วยดี มีรายงานจำนวนมากจากผู้คลอดเอง นักศึกษา และบุคคลที่เกี่ยวข้องทางด้านการคลอดว่า การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด

ช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางการพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้คลอด โดยเฉพาะความต้องการทางด้านจิตสังคม บัทานีและฮอดเน็ต (Butani and Hodnet 1980 : 73) กล่าวว่า ผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดทางบวกเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน 3 ความต้องการ คือ การรักษาอำนาจการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม การทำให้สิ่งที่คาดหวังเป็นจริง และการรักษาศักดิ์ศรีของตนเอง ซึ่งคล้ายคลึงกับที่แอนเดอร์สัน (Anderson 1976 : 18) ได้กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในปฏิบัติการที่ส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้คลอด โดยให้การดูแลส่วนบุคคล ความสะอาด และความสบาย นอกจากนี้ยังให้การกระตุ้นส่งเสริมและกำลังใจต่อผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตัวเองและมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการคลอด เมื่อความต้องการของผู้คลอดดังกล่าวได้รับการตอบสนองก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสรีระในกระบวนการคลอด เนื่องจากสภาวะด้านอารมณ์-จิตสังคม มีความสัมพันธ์กับการคลอด ดังเช่น การศึกษาของ ลีเดอร์แมน และคณะ (Lederman, et. al 1979 : 95) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของสตรีในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการทำงานของปากมดลูกในระยะปากมดลูกเปิดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการสนับสนุนทางการพยาบาลจึงมีส่วนช่วยให้กระบวนการคลอดดำเนินไปตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดที่คลอดปกติ และคลอดโดยการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง พบว่า ผู้คลอดที่คลอดปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ซึ่งแตกต่างไปจากผู้คลอดที่คลอดโดยการผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง (Mercer and Marut. 1979 : 261-266, Cranley, et. al. 1983 : 10-15) ในปัจจุบันมีรายงานผลของการมีผู้ให้การสนับสนุนต่อความก้าวหน้าในกระบวนการเจ็บครรภ์และการคลอด ดังเช่น การศึกษาในสตรีชาวกัวเตมาลาที่พบว่า สตรีในระยะคลอดที่บุคคลผู้ให้การสนับสนุนอยู่ด้วยที่เรียกว่า โดลานั้น มีอัตราการภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่า มีระยะคลอดสั้นกว่าเดิม และเพิ่มความรู้สึกตัวในระหว่างคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีในระยะคลอดที่อยู่ตามลำพัง ผู้ศึกษาได้อธิบายสรุปเพิ่มเติมว่า บุคคลผู้ให้การสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับเพิ่มประสบการณ์การคลอดในทางบวก เพราะว่าการที่มีบุคคลผู้ให้การสนับสนุนอยู่ด้วยนั้นจะช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีในระยะคลอดอันเป็นผลให้ลดการหลังฮอร์โมนต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นเนื่องจากความเครียดหรือแคทีโกลามีนซึ่งเชื่อกันว่า ทำให้การไหลเวียนของเลือดในมดลูกผิดปกติ อันมีผลทำให้การคลอดล่าช้าและอาจนำไปสู่ภาวะค้ำขังของทารก (Sosa, et. al. 1980 : 597-600) นอกจากนี้ยังมีรายงานอัตราการใช้บริการสนับสนุนโดยพยาบาลในระดับสูงเนื่องจากมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสร้างความพึงพอใจและเพิ่มประสบการณ์การคลอดทางบวกของผู้รับบริการ (Peddicord, Curran and Monshower 1984 : 316) เช่นเดียวกับรายงานของผู้คลอดที่รายงานเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของตนเองว่า การดูแลโดยการสนับสนุนนี้สร้างประสบการณ์การคลอดทางบวก

โดยตรง (Young 1982 cited by Neeson and May 1986 : 30, Butani and Hodnett 1980 : 81)

ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว จะเห็นว่าเหตุการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพของคู่สมรสและการสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 6 : กรอบแนวคิดทางทฤษฎีในการวิจัย

