



การดูแลระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บริบทชายแดนใต้

Humanized Care in Intrapartum Care: Southern Border Context

นวรรตน์ ไชวมภู¹, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์²

Navarat Waichompu¹, Siriphan Siriphan²

บทคัดย่อ

การคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาตามระยะต่างๆ ของการคลอด โดยเฉพาะระยะรอคลอดเป็นระยะที่มีช่วงเวลายาวนานอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลในระยะนี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นทางด้านร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารก ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลด้านร่างกาย ประกอบกับบริบทชายแดนใต้ลักษณะพื้นที่ที่มีความแตกต่างทั้งทางด้านคานิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมส่งผลให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมกราดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ จึงมีความสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) เพื่อนำเสนอแนวคิดการเปลี่ยนแปลงในระยะรอคลอด 2) แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และ 3) แนวคิดการดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ซึ่งประกอบด้วย Context คือ การดูแลเกี่ยวกับสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมภายในห้องคลอด Accept คือ การดูแลที่ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอด Religion คือ การดูแลที่ตอบสนองการดำเนินชีวิตตามค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ และหลักศาสนาของผู้คลอด และ Empathy คือ การดูแลโดยการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องการดูแลระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบริบทชายแดนใต้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ระยะรอคลอด การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บริบทชายแดนใต้

Abstract

Birth is a natural process that occurs with a mother. There are anatomical and physiological changes in various stages of labor, especially in the duration of the intrapartum period which may take time. This may affect a mother physically, mentally, socially and spiritually. Care during this phase mainly focuses on the body to prevent potential complications for the mother and a baby. Specifically, mothers who are in the southern context may have different values, beliefs, and cultures which may have an effect on birth care-giving behavior. As a result, the births have different health care behaviors. Therefore, humanized care in intrapartum care in southern border context is so important that promotes giving birth, which can face changes that occurs in all aspects effectively. Therefore, this article aimed to 1) present the concept of changes in intrapartum care, 2) to present the concept of humanized care, and 3) to present the concept of humanized care in intrapartum care in southern border context. These included context, which is aimed to care about the place, atmosphere and environment in a labor room. As far as acceptance is concerned, it is to care of the individuals who give birth. Regarding a religion matter, it is to care that responds to live their lives based on values, cultures, beliefs and religious principles. In addition to these, empathy is to care of

¹ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

¹ Faculty of Science Technology and Agriculture of Yala Rajabhat University

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

² Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University



one another in order to gain a better understanding of humanized care in intrapartum care in the southern border context.

Keywords: Intrapartum care, Humanized care, Southern border context

บทนำ

การคลอดเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งของผู้คลอดโดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในระยระคลอดคณั้ผู้คลอดต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยใ้การคลอดดำเนินไปด้ว้ความปลอดภัย โดยการดูแลที่ม่ประสิทธิภัพนั้นต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวม (Holistic care) ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่ม่ความสมดุลภายใต้การดูแลด้ว้หัวใจความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1988) และสแวนสัน (Swanson, 1991) หากผู้ป้วยรับรู้อาตนเองได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรจะทำให้ม่ความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดั้งนั้นการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้ว้หัวใจของความเป็นมนุษย์จึงเป็นลักษณะเฉพาะทางวิชาชีพพยาบาลที่ผู้รับบริการทุกคนคาดหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ เมย์และมัลชั่มเมเตอร์ (May & Mahlmeister 1990) ที่ว่าเป็นการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ญาติและบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความมั่นคงของสุขภาพบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ จิริยา อินทนา และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก (2557) ที่ว่า การพยาบาลจะหยุดแค่ความเมตตา กรุณา ยังม่เพียงพอ ต้องเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป้วยอย่างแท้จริง และต้องวางใจให้เป็นกลาง ยอมรับในความเป็นตัวตนของผู้ป้วย เมื่อเห็นผู้ป้วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ใ้ใจที่เป็นกลางในการรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจกับชีวิต มองปัญหาให้เหมือนผู้ป้วยมอง เพื่อนำมาใช้ใ้การวางแผนและหาทางแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป้วย ดั้งนั้นการบริการสุขภาพด้ว้หัวใจความเป็นมนุษย์จึงถือเป็นปรัชญาพื้นฐานของการพยาบาล ที่มีมาตั้งแต่สมัยฟลอเรนไนติงเกิล โดยให้ความหมายของการบริการสุขภาพด้ว้หัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การฟื้นฟูแบบองค์รวม ด้วยการทำให้ผู้ป้วยตระหนักว่าแพทย์ พยาบาลเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ของผู้ป้วย ปฏิบัติกับผู้ป้วยด้ว้ความเป็นมิตร และมีเมตตาธรรมรวมกับการรักษาพยาบาลด้ว้ความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาล บนพื้นฐานความเชื่อมั่นที่ว่า ความทุกข์ของผู้ป้วยเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดจากความรู้สึกกังวล กลัวการสูญเสีย รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ซึ่งการดูแลด้ว้ความเห็นใจ เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จะช่วยให้ผู้ป้วยพ้นหายจากความเจ็บป้วยได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2554)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตมนุษย์ ที่ต้องอาศัยความเข้าใจศาสตร์ของความเป็นมนุษย์ (Humanistic science) กับการพยาบาล (Nursing science) ผสมผสานกันเพื่อใ้การดูแลภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคล ประกอบกับพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใ้การดูแลผู้ป้วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น (วรุณญา ทยกุลเจริญ, 2550) และเป็นอาชีพที่ทำงานค่อนข้างหนักมีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากอาชีพอื่นๆ เช่น ช่วงเวลาการทำงานเวลาพักผ่อน ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้ความสุขในการทำงานลดลง และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลโดยเฉพาะในเรื่องการดูแลเอาใจใส่ด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป้วยอาจน้อยลง แต่ก็มีพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่สามารถดูแลผู้ป้วยได้ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากการปลูกฝังขณะเป็นนักศึกษาพยาบาลจากอาจารย์และพี่ๆพยาบาล เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป้วย โดยใ้ดูแลผู้ป้วยประดุจญาติ เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีเมตตา กรุณา และเข้าใจในความทุกข์ทรมานของการเจ็บป้วยที่ผู้ป้วยกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเรียกว่าการดูแลด้ว้หัวใจของความเป็นมนุษย์ เช่นเดียวกับแนวคิดของประเวศ วะสี (2550) ที่ว่าระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขควรพัฒนาไปสู่บริการที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เพื่อการมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มการทำงานเป็นแบบระบบกลไกหรือเครื่องจักรมากขึ้นจนล้มนมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ตลอดจนปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่ในระบบบริการ การดูแลที่คำนึงถึง ความเป็นองค์รวมน่าจะพัฒนาดีขึ้นได้ถ้ามีแรงผลักดันใ้เกิดการดูแลผู้ป้วยด้ว้หัวใจของความเป็นมนุษย์



การให้บริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางพหุวัฒนธรรม เป็นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมองว่าบุคคลเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งเป้าหมายหลักของการพยาบาลคือการให้การดูแลบุคคลในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการให้ความสำคัญของการรับรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการกำหนดเป้าหมายแผนการรักษาและการตัดสินใจ ซึ่งบริบทของผู้คลอดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความเฉพาะจากบริบทอื่นๆ เนื่องจากมีความหลากหลายด้านวัฒนธรรม ประชาชนนับถือศาสนาต่างกันหรือต่างเชื้อสายชาติพันธุ์ ผู้คลอดมีวิถีวัฒนธรรมที่เน้นศาสนาเป็นหลักในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระยระอคลอด จึงเป็นกลไกสำคัญของการให้การพยาบาลอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้คลอด ที่มีความเฉพาะดังกล่าว โดยบทความการดูแลในระยระอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ผู้เขียนขอนิยามขอบเขตของบริบทชายแดนใต้ประกอบด้วย 3 จังหวัดได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส เนื่องจาก 3 จังหวัดดังกล่าวมีความแตกต่างด้านการใช้ภาษา การนับถือศาสนา รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต อาทิเช่น การใช้ภาษาชาวไทยพุทธนับถือศาสนาพุทธจะใช้ภาษาไทยถิ่นใต้เป็นภาษาพูด และชาวไทยมุสลิมนับถือศาสนาอิสลามใช้ภาษาชวาเป็นภาษาพูด การปฏิบัติตามหลักศาสนา การบริโภคอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คลอด ดังนั้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้คลอดตามบริบทชายแดนใต้ ที่มีสุขภาพผู้ดูแลควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้คลอด เพื่อความเข้าใจในธรรมชาติของบริบทและธรรมชาติของผู้คลอดเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลในระยระอคลอด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอความสำคัญของการดูแลระยระอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ และเพื่อนำเสนอแนวทาง CARE ในการดูแลระยระอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ โดยนำเสนอ 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) แนวคิดการเปลี่ยนแปลงในระยระอคลอด 2) แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 3) แนวคิดการดูแลในระยระอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญแต่ละประเด็นที่กล่าวมา โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและสนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการในบริบทต่างๆ ตามความเหมาะสม

แนวคิดการเปลี่ยนแปลงในระยระอคลอด

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ เป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง 2 อย่าง คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และการเริ่มต้นชีวิตครอบครัวที่มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นกลายเป็นมารดาทารกและครอบครัว (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558) แม้ว่าจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแต่การคลอดจะดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดต้องทำหน้าที่ประสานกันหรืออยู่ในภาวะที่เหมาะสมโดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการคลอดที่สำคัญมี 6 ประการ คือแรงผลักดัน (power) ช่องทางคลอด (passages) สิ่งที่คลอดออกมา (passengers) สภาวะจิตใจผู้คลอด (psychological condition) สภาวะร่างกายของผู้คลอด (physical condition) และท่าของผู้คลอด (position) หากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งมีความผิดปกติอาจส่งผลให้เกิดกระบวนการคลอดผิดปกติ (มณีมารณ โสภานุสรณ์, 2554) รวมทั้งการคลอดจะดำเนินไปตามปกติและสิ้นสุดในเวลาที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญทั้งด้านมารดาและทารก (สุกัญญา ปรีลีญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) กระบวนการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม



และจิตวิญญาณ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ระยะของการคลอด องค์ประกอบของการคลอด การเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้คลอดในระยะคลอด เพื่อจะได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งให้การพยาบาลแก่ผู้คลอด ทารกในครรภ์และครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและถูกต้องตามหลักทฤษฎี (วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์, และลิตานันท์ ศรีใจวงศ์, 2556)

แม้ว่าการคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติ ที่ก่อให้เกิดความปลื้มปิติแก่ครอบครัว ภายใต้ความปลื้มปิติก็อาจแฝงด้วยภัยเงียบหรือภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการคลอด โดยภาวะเหล่านี้อาจไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างเฉียบแต่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้คลอด ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในระยะต่างๆ ของการคลอด เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมหลายประการและเป็นระยะที่มีช่วงเวลายาวนานกว่าระยะอื่น ๆ ของการคลอดโดยผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมงส่วนผู้คลอดครรภ์หลัง ใช้เวลา 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง โดยมีทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่นำจะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ oxytocin stimulation theory, progesterone deprivation theory, fetal cortisol theory และ prostaglandin synthesis (สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) สามารถอธิบายรายละเอียดแนวความคิดการเปลี่ยนแปลงและดูแลในระยะรอคลอดแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย ระยะรอคลอดเป็นระยะที่ผู้คลอดต้องทนทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสรีรวิทยา โดยอาศัยกลไกการคลอดปกติในการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งกลไกเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายต่อผู้คลอดทางตรงหรือทางอ้อม เช่น ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในระยะรอคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ ยิ่งเกิดความกลัวหรือเครียดมากเท่าใดยิ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นเท่านั้น จะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ความกลัวการคลอดมีความสัมพันธ์กับปริมาณการได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างรอคลอด ($r = 0.44, p < 0.01$) (Alehagen, Wijma, & Wijma, 2001) และความกลัวมีผลต่อระยะเวลาการคลอดที่ยาวนานกว่าปกติ เป็นสาเหตุให้มีการใช้ยาสีชาสตรัทตและการผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉินสูงขึ้น (Erikson, Westman, & Hamberg, 2005) ดังนั้นการดูแลเพื่อลดหรือบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด จึงเป็นจุดเน้นของการลดความเจ็บปวด ผลกระทบทางด้านร่างกายรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก

การดูแลด้านร่างกาย เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาตามกลไกการคลอด โดยส่วนใหญ่ในระยะรอคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ซึ่งการรับรู้ต่อการเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านสรีรวิทยา เช่น การเปิดขยายของปากมดลูก ทำในการรอคลอด 2) ด้านจิตใจ เช่น ความกลัวและความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด 3) ด้านวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมที่ต่างกันจะมีการแสดงออกถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่ต่างกัน ผู้คลอดที่มาจากวัฒนธรรมความเชื่อว่าจะต้องยอมรับความเจ็บปวดในการคลอด ผู้คลอดก็จะไม่แสดงอาการเจ็บปวดออกมาแม้ว่าจะมีอาการเจ็บปวดมากก็ตาม ในทางตรงกันข้ามบางวัฒนธรรมก็จะแสดงอาการออกมาให้เห็น เช่น ร้องเสียงดัง คร่ำครวญ ขอร้องรับปวด และขอผ่าตัด เป็นต้น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะห้องคลอด เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ แสงสว่างมากเกินไป อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป เสียงหัวเราะหรืออุกฤษของเจ้าหน้าที่ เสียงร้องของผู้คลอดคนอื่นๆ ที่อยู่ในห้อง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอด (สุกัญญา ปริสัณญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ตัวอย่างการดูแลด้านร่างกายในระยะคลอด เช่น อธิบายสาเหตุการเจ็บครรภ์ ความก้าวหน้าของการคลอด การพูดคุยให้กำลังใจ การสัมผัสขณะให้การพยาบาล การประคบอุ่นการปวดเพื่อเลือกวิธีการบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับผู้คลอด การอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยม ฯลฯ เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้คลอดรู้สึกโดดเดี่ยว



ต้องเผชิญความเจ็บปวดเพียงลำพัง สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้คลอด ที่กล่าวว่า "ให้แม่เข้ามาวดได้มั้ย" "กลัวพยาบาลจะดูที่ร้องเสียงดัง แต่มันเจ็บจริงๆ" "ขอโทษนะที่ร้องเสียงดัง" สอดคล้องกับความคิดเห็นของ ฮิดาร์ตัน คำบุญ (2551) ที่ว่าการสัมผัสหรือสัมผัสบำบัดเป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เกิดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ มีทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับ LaMonica, Wolf, Madea, & Oberst (1978) ที่ว่าผลลัพธ์การเอาใจใส่และการดูแลสามารถลดความวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร และภาวะซึมเศร้า

2. ด้านจิตใจ ผลกระทบด้านจิตใจทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ไม่มีความสุข ขาดความพึงพอใจหรือความภูมิใจในการเป็นมารดา เช่น กลัวว่าจะเจ็บจนทนไม่ได้ กลัวว่าจะคลอดได้หรือไม่ กลัวอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและลูก ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ ฮิดาร์ตัน กิตติศักดิ์, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธรักษา, 2556) พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.667, r = 0.484; p < 0.01$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, (2006) ที่ว่าความกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกท้อทรมาน ดังนั้นการดูแลเพื่อลดความกลัวหรือวิตกกังวลเรื่องต่าง ๆ จึงเป็นจุดเน้นของการลดผลกระทบด้านจิตใจเพื่อตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้คลอดโดยแท้จริง

การดูแลด้านจิตใจ เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้คลอดที่เกิดขึ้นในระยะรอคลอด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจ และปลอดภัยในการคลอด ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจในระยะรอคลอดจึงมีจุดเน้นเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล เช่น ประเมินสีหน้าท่าทาง เปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึกหรือความกังวล การอนุญาตให้สามีหรือญาติเข้ามาเยี่ยมหรือให้การช่วยเหลือที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้คลอดมีกำลังใจและอบอุ่นใจ และยังเป็นส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว โดยเฉพาะพบพบาบิดา มารดา (มณีมารณ โสภานุสรณ์, 2554) เห็นได้จากการศึกษาของ Laurson, Hedegaard, & Johansen (2008) เรื่อง ปัจจัยทำนายความกลัวของหญิงตั้งครรภ์แรกในกลุ่มประเทศเดนมาร์ก พบว่า ความเข้าอกเข้าใจทำให้การบริการมีประสิทธิภาพและเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน โดยพบว่า เป็นสัมพันธภาพทางบวกช่วยให้ผู้รับบริการบรรเทาความเจ็บปวด อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและความบีบคั้นทางจิตใจ

3. ด้านจิตสังคม ผลกระทบด้านจิตสังคมในระยะรอคลอดขึ้นอยู่กับพื้นฐานของผู้คลอด เช่น อายุ สถานภาพ การสมรส เศรษฐกิจของครอบครัว และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น เมื่อผู้คลอดเข้ามาอยู่ในระยะรอคลอดอาจไม่แสดงออกทางพฤติกรรมแต่อาจแสดงออกทางสีหน้าที่วิตกกังวล โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรุ่นอาจกังวลเกี่ยวกับการถูกเปิดเผยความลับ ความไม่พร้อมในการเป็นมารดา การขาดกำลังใจจากครอบครัว กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย โดยผลกระทบด้านจิตสังคมจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะพื้นฐานของผู้คลอด และอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เห็นได้จากการศึกษาของ Laussen, Hedegaard, & Johansen (2008) พบว่า สตรีที่ไม่มีเครือข่ายทางสังคมและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อยมีความกลัวการคลอดบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮิดาร์ตัน กิตติศักดิ์, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธรักษา, 2556) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = -0.243, p < 0.05$) ดังนั้นการดูแลเพื่อลดผลกระทบด้านจิตสังคมในระยะรอคลอดโดยการได้รับการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจจึงเป็นจุดเน้นของการลดผลกระทบด้านจิตสังคมสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991) ที่ว่า การให้กำลังใจเป็นการเยียวยา และใส่ใจในความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถอยู่กับโลกปัจจุบันรู้เท่าทันกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ยอมรับและอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่อย่างมีความสุข มีชีวิตประจำวันและสามารถทำงานตามปกติได้



การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการดูแลที่ต้องคำนึงถึงพื้นฐานของผู้คลอด ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครมการ การศึกษา บทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิตในสังคม โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้คลอดในระยะรอคลอดให้ครอบคลุมเพื่อนำมาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ข้อมูลการทำงาน วิธีการเผชิญปัญหา การรับรู้เกี่ยวกับการคลอด ประสบการณ์การคลอด ความพร้อมในบทบาทการเป็นมารดา เป็นต้น ดังนั้นการดูแลเพื่อลดผลกระทบด้านจิตสังคม เช่น พุดให้กำลังใจใส่ใส่สอบถามความต้องการ การแนะนำข้อมูลที่จำเป็น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจ มีความสบายใจ ซึ่งช่วยลดระดับความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Fawzy (1999) ที่กล่าวว่า การพยาบาลด้านจิตสังคม เป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุกคามได้ดีขึ้นในแง่บวก และสามารถช่วยลดผลข้างเคียงทางกายของโรคและการรักษา

4. ด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านจิตวิญญาณในระยะรอคลอดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ตามบริบทของการดำเนินชีวิตตามปกติ เมื่อเข้าสู่ระยะรอคลอดหากไม่ได้รับการตอบสนองตามความเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อฝั่งจิตใจทำให้ประสบการณ์การคลอดครั้งนี้เป็นเรื่องเลวร้ายของผู้คลอดตลอดไป ตัวอย่างเช่น การถูกปฏิเสธในการทำกิจวัตรประจำวันตามหลักศาสนาหรือความเชื่อ เพราะวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครมและการคลอดที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาและจากคำบอกเล่า รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตร มีผลทำให้สตรีมีครมเกิดความกลัวการคลอดบุตร (Kantaruksa, 2001) และระดับความกลัวการคลอดบุตรของสตรีมีครมแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครม ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติและ เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมในระยะรอคลอด รวมถึงการปฏิบัติตัวของสตรีในระยะตั้งครมที่แตกต่างกันตามค่านิยมและความเชื่อในแต่ละสังคม (Pillitteri, 2007) ดังนั้นการดูแลเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามวัฒนธรรม ความเชื่อ หลักศาสนา จึงเป็นจุดเน้นของการลดผลกระทบด้านจิตวิญญาณตัวอย่างการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่พบว่า การปฏิบัติตามหลักศาสนาช่วยให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ามิติด้านร่างกาย โดยมิติด้านจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่จับต้องได้ยากแต่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและสังคม (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551) การดูแลในระยะรอคลอดจึงมุ่งเน้นลดผลกระทบด้านค่านิยม ความเชื่อวัฒนธรรม และศาสนา ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้คลอดเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการด้านนี้ ตัวอย่างการดูแลด้านจิตวิญญาณในระยะรอคลอด เช่น การเปิดใจยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลตามความเชื่อต่างๆ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึกหรือความเชื่อ อำนวยความสะดวกให้ผู้คลอดปฏิบัติตามความเชื่อ ความเหมาะสมและไม่ขัดต่อการรักษา การพุดคุยให้กำลังใจ การสัมผัสที่อ่อนโยน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) พบว่าการปฏิบัติตามหลักศาสนาช่วยให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ บุญรัตน์และ สุพัตรา อุปนิสากร (2555) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการตอบสนองและส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุด คือ การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณการสื่อสารพุดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ในการทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อการแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น สุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี การกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ คำติชม และสัมพันธ์ภาพที่ดีและสอดคล้องกับแนวคิดของ จินตามาศ โกศลชินวิจิตร (2556) ที่ว่า การเข้าใจและยอมรับว่าคนแต่ละคนย่อมมีโลกส่วนตัวของตัวเอง มีความคิดความรู้สึกที่แตกต่างจากคนอื่น อีกทั้งความเคยชินในการปฏิบัติตนตามขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และศาสนาที่นับถือก็อาจจะแตกต่างกัน การบริการด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา จะช่วยให้เกิดความเข้าใจกันได้อย่างถ่องแท้ และสามารถตอบสนองกลับได้ตรงกับภูมิหลังของแต่ละคน



เป็นการพยาบาลที่บูรณาการสุขภาพกับความเป็นมนุษย์ด้วยความเอาใจใส่ประจวบจิตมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในปัญหา ด้วยการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณรวมทั้งการเชื่อมโยงมิติทางสังคม อ่อนโยนต่อชีวิต อ่อนน้อมต่อธรรมชาติระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับการรักษาพยาบาล (สุรีย์ ธรรมภิภวร, 2559)

องค์ประกอบการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ไม่มีสูตรตายตัว สามารถสรุปเป็นประเด็นดังนี้ 1) รู้จัก รู้ใจ กาย สัมผัส 2) ทำความหวังครั้งสุดท้ายให้เป็นจริงไม่ทิ้งค้างคาใจ 3) ให้ญาติมีส่วนร่วมรับรู้ทุกช่วงของการเปลี่ยนแปลง 4) ช่วยแก้ปัญหาทุกอย่างไว้ให้ผู้ป่วยดีขึ้น 5) ทำช่วงทุกข์ให้เป็นช่วงแห่งความสุข 6) ใช้หลักศาสนาเยียวยาจิตใจผู้ป่วย 7) เป็นสื่อกลางประสานความช่วยเหลือ 8) ช่วยให้อยอมรับสิ่งที่เกิดและกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ (สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2557) เช่นเดียวกับแนวคิดของเชอวูด (Sherwood, 1997) การดูแลผู้อื่นรวมทั้งการดูแลตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การยอมรับในความเป็นบุคคล (individuality) 2) การเป็นส่วนหนึ่ง (presence) ของสิ่งแวดล้อมของสังคมและโลก 3) การรู้จักตนเอง (knowing) และ 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อการเติบโต (interacting for growth) โดยอาศัยความสามารถผู้ให้บริการ คือ 1) ความสามารถในการมองเห็นองค์รวมไม่แยกส่วน 2) ความสามารถในการมองเห็นความเป็นมนุษย์ 3) ความสามารถในการมองเห็นความทุกข์และเป็นเรื่องของกระบวนการคิด ถ้ามีการคิดดี คิดถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก วิธีการปฏิบัติที่ถูก

ต้องเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ก็จะเกิดขึ้นได้เอง (มกราพันธุ์ จุฑารสกร, 2551) สอดคล้องกับแนวคิดของ ประเวศ วะสี (2543) ได้กำหนดองค์ประกอบของการให้บริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็น

มนุษย์ไว้ 5 ประการ ประกอบด้วย 1) *Value intuitive feeling* เป็นการให้คุณค่ากับความรูสึกหยั่งรู้อารมณ์ของตนเอง หรือความรู้สึกที่ส่งสัญญาณบางอย่างที่สามารถรับรู้ได้ เช่น พยาบาลให้การพยาบาลคนไข้สูงอายุ ทันทีที่พยาบาลเข้าห้องคนไข้พบว่ามีการ

เปลี่ยนแปลงไปจากความรู้สึกหยั่งรู้อารมณ์ของพยาบาลเอง คนไข้มีการปฏิบัติต่อพยาบาลเปลี่ยนไป ไม่เหมือนที่ผ่านมา พยาบาลพยายามค้นหาสาเหตุ จนคนไข้ชี้ให้พยาบาลดูรูปของลูกคนไข้ หลังจากนั้นไม่นานคนไข้ก็เสียชีวิตซึ่งการรับรู้ความรู้สึกหยั่งรู้อารมณ์ของพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย เช่น การปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไข้ที่นอนตามปกติ แต่กลับไม่นอน หรือไม่อาบน้ำ

2) *Speculation หรือ flashes of inspirations* คือ การคาดเดาคำตอบของปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น 3) *Emotion* คือ การให้คุณค่ากับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย 4) *Humanism is a philosophy of compassion* เป็นการเข้าใจความรู้สึกหรือความต้องการของผู้อื่น โดยการตอบสนองความต้องการแก่บุคคล โดยคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพและความเป็นมนุษย์และ 5) *Humanism is a philosophy of here and now* เป็นการเข้าใจความรู้สึก คำนึงถึงคุณค่า และตอบสนองปัญหาอยู่บนบริบทปัจจุบันของบุคคล รวมทั้งการแบ่งคุณลักษณะของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. คุณลักษณะของการให้บริการด้วยหัวใจมนุษย์ขั้นพื้นฐาน เป็นการปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามความต้องการของผู้รับบริการ เช่น ไม่กระทำการล่วงละเมิดหรือหาผลประโยชน์จากผู้รับบริการ ไม่แสดงอาการหงุดหงิดไม่พอใจหรือโกรธ

ผู้รับบริการไม่ปฏิเสธการรับฟังข้อมูลหรือความคิดเห็นจากผู้รับบริการ ไม่พูดเพื่อประโยชน์ตนเองหรือไม่พูดให้ผู้รับบริการเกิดความไม่สบายใจ ไม่พูดให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องไม่มีความต้องการหรืออยากได้ผลประโยชน์จากผู้รับบริการ ไม่มีความไม่พอใจต่อผู้รับบริการและมีเสมอภาคต่อผู้รับบริการ

2. คุณลักษณะของการให้บริการด้วยหัวใจมนุษย์อย่างสมบูรณ์แบบ เป็นการปฏิบัติที่ก่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ เช่น ให้บริการด้วยความรู้ตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สูงสุด ให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการปฏิบัติตัวที่ดียิ่งขึ้นให้บริการด้วยความเต็มใจ ให้บริการด้วยความปรารถนาดี และให้บริการด้วยความ

เป็นธรรมชาติแก่ผู้รับบริการและทุกฝ่าย เห็นได้จากการศึกษาของ บุญสืบ โลโซม, ยอดสร้อย วิภาวรรณ และเยาวดี สุวรรณนาคะ (2560) พบว่า รูปแบบการปฏิบัติบริการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้แก่ 1) ขออนุญาตซักประวัติ ตรวจร่างกาย

ยิ้มทักทายด้วยคำพูดที่ไพเราะ ห่วงใย 2) คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความเท่าเทียมของผู้ป่วย 3) การคำนึงถึงความเชื่อ และวัฒนธรรม



4) การใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และ 5) การให้กำลังใจหญิงที่ไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาจากการปฏิบัติตามรูปแบบนี้ คือ 1) ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น และได้ข้อมูลการดูแลที่ถูกต้องจากหญิงตั้งครรภ์ 2) เห็นใจหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น และ 3) มีความสุขในการปฏิบัติงาน

ข้อตกลงเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับคุณค่าการดูแลมนุษย์มีหลักการพยาบาล 11 ประการ ดังนี้

- 1) การดูแลและความรักเป็นพลังสากล
- 2) มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต
- 3) การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแล
- 4) ก่อนให้การดูแลผู้อื่น พยาบาลต้องดูแลตนเองด้วยความสุภาพอ่อนโยน และรักษาศักดิ์ศรีของตนเอง
- 5) การพยาบาลต้องยึดถือการดูแลความเป็นมนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย
- 6) การดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล และเป็นจุดเน้นในการปฏิบัติการพยาบาล
- 7) การดูแลเชิงมนุษยนิยมไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มได้รับความสนใจจากระบบบริการน้อยลง
- 8) ค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลถูกบดบังไว้จากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นค่านิยม/อุดมคติการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์จึงอยู่ในภาวะวิกฤต
- 9) การอนุรักษ์และการศึกษาเรื่องการดูแลมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญของวิชาชีพพยาบาลทั้งในปัจจุบันและ

อนาคต

10) การดูแลมนุษย์ทำได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเท่านั้น

11) ประโยชน์ของวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมโดยรวมอยู่ที่การยึดมั่นในการดูแลเชิงมนุษยนิยมทั้งด้าน

ทฤษฎี การปฏิบัติและการวิจัย (Watson, 1988 อ้างใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2553) ภายใต้หลักจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล 6 ด้าน ประกอบด้วย

11.1) สิทธิของผู้ป่วย ในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ (autonomy)

11.2) การกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (beneficence)

11.3) การไม่ทำอันตราย (non - malfeasance) พยาบาลมีหน้าที่ที่จะไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วยในทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

11.4) การกระทำด้วยความซื่อสัตย์ตามพันธะสัญญาวิชาชีพ (fidelity) พยาบาลจะไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

11.5) การกระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความยุติธรรม (justice)

11.6) การบอกความจริง (veracity)

ในทางปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเป็นผู้หนึ่งซึ่งอยู่ในทีมการบอกความจริง มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในกรณีที่มีข้อมูลบางอย่างเป็นข่าวร้ายหรือข้อมูลการเจ็บป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤนาท ยืนยง (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาในองค์ประกอบใน 3 อันดับแรก พบว่าพยาบาลวิชาชีพแสดงพฤติกรรมมากที่สุดในการประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา รองลงมาได้แก่ ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตโดยปัจจัยด้านภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยด้านภูมิหลังทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพและทัศนคติต่อวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จะเห็นได้ว่าการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ไม่มีอะไรตายตัวว่า ต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ครอบครัวครบถ้วนร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ



สรุปแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นการแสดงออกอย่างจริงใจ (Authentic presence) ของพยาบาล ในการทำความเข้าใจและยอมรับผู้รับบริการในสิ่งที่ผู้รับบริการปรารถนาอย่างแท้จริง บนพื้นฐานความต้องการและตอบสนอง ความต้องการตามสิทธิเสรีภาพของผู้รับบริการ โดยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงมิใช่เพียงการพูดจา ไพเราะอ่อนหวาน หรือการสัมผัสที่อ่อนโยน ซึ่งเป็นเพียงรูปแบบของพฤติกรรมที่เป็นพื้นฐาน แต่หัวใจสำคัญของการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ คือ การให้บริการสุขภาพที่เข้าใจชีวิตบุคคลและให้บริการได้กับตรงปัญหาความต้องการและที่สำคัญขาด ไม่ได้ คือ การดูแลตามบริบทชายแดนใต้ซึ่งมีความหลากหลายด้านวัฒนธรรม การนับถือศาสนา ประเพณี และความเชื่อต่างๆ ดังนั้นทีมสุขภาพที่ให้บริการต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายนั้นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสภาพ ปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการจึงจะเป็นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบ

การดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ : บริบทชายแดนใต้

การคลอดเป็นความเจ็บปวดด้านร่างกายของผู้คลอด ที่ลงท้ายด้วยความปลื้มปิติเมื่อกำเนิดชีวิตน้อยๆ ซึ่งเป็น สวมซึกใหม่ของครอบครัว โดยระยะรอคลอดเป็นระยะที่ยาวนานของผู้คลอด สามารถสร้างความวิตกกังวลด้านต่างๆ แก่ผู้คลอด เช่น กังวลการเจ็บ กังวลว่าต้องอยู่คนเดียว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามหลักศาสนาได้หรือไม่ จะคลอดง่ายหรือไม่ จะ คลอดเมื่อไหร่ ค่าใช้จ่ายมากแค่ไหน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด ดังนั้นการดูแลในระยะรอคลอดด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ในบริบทชายแดนใต้ จึงมีความสำคัญยิ่งนักสำหรับทีมสุขภาพผู้ให้บริการที่จะเชื่อมโยงศาสตร์ความรู้ ทางด้านวิชาการ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และความเชื่อต่างๆ เพื่อตอบสนองสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้คลอดในระยะรอคลอด สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้คลอดในระยะรอคลอดจังหวัดชายใต้แห่งหนึ่ง ที่กล่าวว่า “ ขณะรอคลอดนอกจากความเจ็บปวด จากการบีบตัวของมดลูกแล้วนั้น ตนเองรู้สึกกังวลเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวันที่ต้องปฏิบัติ เช่น การละหมาด เมื่อตนเองบอก พยาบาลว่าต้องการละหมาดพยาบาลอนุญาตให้ละหมาดที่เตียงได้เนื่องจากไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ทำให้ตนเอง รู้สึกสบายใจมากและรู้สึกว่าอาการปวดมันทุเลาลง ” เช่นเดียวกับ วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล (2552) ที่พบว่า การปฏิบัติตามหลัก ศาสนาช่วยให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยสอดคล้องกับแนวคิดของ คิริพันธ์ุ คิริพันธ์ุ (2557) ที่ว่า วิชาชีพพยาบาล เป็นการปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน มีค่านิยม ความเชื่อ รูปแบบในการดำรงชีวิตของวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมไม่ว่าชนชั้น ศาสนาและวัฒนธรรมใด จะเห็นได้จากการศึกษาของ อังคณา ว่างทอง, อนุชิต ว่างทอง, ตวนसानาณี วัดเส็น และวันดี สุทธิรงค์ (2556) พบว่า มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรมอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี สรุปเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) ความหมายการพยาบาล ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วย
 - 1.1) การดูแลอย่างเท่าเทียมด้วยความเอาใจใส่ดูญาติมิตร
 - 1.2) ความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนา
 - 1.3) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 2) การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วย การดูแล 5 องค์ประกอบ คือ
 - 2.1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข
 - 2.2) ความสามารถ (competence) ประกอบด้วย
 - 2.2.1) ด้านความรู้ความสามารถสอดคล้องกับวิชาชีพชุมชน
 - 2.2.2) ด้านทักษะ/ประสบการณ์ความชำนาญและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล



2.3) ความเชื่อมั่น (confidence) ความเชื่อถือความศรัทธาและความไว้วางใจ สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้คลอกระยะรอคลอดที่กล่าวว่า “อยากให้พยาบาลเก็บความลับของตนเองไม่นำข้อมูลผู้ป่วยไปพูดต่อ”

2.4) ความมีสติรู้ชอบ (conscience) เป็นความรู้ลึกรู้ว่าอะไรควรทำ และไม่ควรทำ

2.5) ความมุ่งมั่น (commitment) อดทน เสียสละ กระตือรือร้น ตั้งใจที่จะกระทำการพยาบาล

ผลการศึกษานี้ สามารถนำมาใช้ในการกำหนดรูปแบบการให้บริการพยาบาลแนวใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่าการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นพฤติกรรมการดูแลที่ผู้คลอดต้องการที่จะได้รับจากทีมสุขภาพ นอกเหนือจากการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ใส่ใจสอบถามปัญหา ความต้องการ การสัมผัสเพื่อส่งกำลังใจ สอดคล้องกับทัศนีย์ ทองประทีป (2552) การสัมผัสทางกายช่วยสื่อสารความรัก ความเข้าใจ และความปรารถนาดีต่อกันสร้างความไว้วางใจและพัฒนาเป็นความศรัทธาที่มีต่อกันสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้คลอกระยะรอคลอดที่กล่าวว่า “อยากให้มีญาติเข้ามาเฝ้า เพราะต้องการกำลังใจ” “อยากให้พยาบาลมาช่วยนวด” สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991) การให้กำลังใจซึ่งเป็นการเยียวยาและใส่ใจในความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับได้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อยู่กับโลกปัจจุบันรู้เท่าทันกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ยอมรับและอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นได้อย่างมีความสุข มีชีวิตประจำวันและสามารถทำงานได้

การดูแลในระยะคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดบนพื้นฐานบริบทของผู้คลอดอย่างแท้จริง เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจถึงความแตกต่างที่หลากหลายของผู้คลอดซึ่งจากการศึกษาคนควาตามประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) แนวคิดการเปลี่ยนแปลงในระยะรอคลอด 2) แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 3) แนวคิดการดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ผู้เขียนสังเคราะห์แนวคิดการดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ด้วยคำว่า CARE หมายถึง การดูแล การเอาใจใส่ เนื่องจากเป็นคำที่จำง่าย ใช้อยู่ในการพยาบาล และสามารถสื่อความหมายการดูแลระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถอธิบายรายละเอียดเพื่อประโยชน์ของผู้อ่านในการนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

C : Context หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อม ภายในห้องคลอดเสมือนผู้คลอดอยู่บ้าน เชื่อว่าการอยู่ในสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมดี ๆ ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกมิติแก่บุคคล เช่น การจัดห้องคลอดให้มีความเป็นส่วนตัว มีความสะอาด อุดมภูมิห้องที่เหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก ลดเสียงหรือแสงที่รบกวนการพักผ่อน จัดมุมทำพิธีทางศาสนา เช่น สถานที่กล่าวอาซานสำหรับทารกแรกคลอด สถานที่กล่าวดูอา สถานที่ละหมาดและสถานที่สำหรับทำสมาธิ เป็นต้น

A : Accept หมายถึง การดูแลที่ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอดว่า ล้วนมีความแตกต่างกัน เช่น การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกในระยะรอคลอดเมื่อผู้คลอดร้องเสียงดัง เอะอะโวยวาย หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการมีความต้องการที่แตกต่างกัน เช่น ต้องการให้สามีหรือมารดาเข้ามาดูแล ต้องการอาบน้ำก่อนคลอด การสวดมนต์หรือทำสมาธิ ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะมีพฤติกรรมที่ต่างกันไปตามพื้นฐานบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและหลักศาสนา ดังนั้นพยาบาลต้องยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอดในแง่มุมต่างๆ โดยไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวมาตัดสินว่า ถูกหรือผิดหากขัดขวางการรักษาพยาบาลหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดาและทารก ควรอธิบายให้ผู้คลอดและญาติรับทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ผู้คลอดและญาติร่วมกันตัดสินใจในการแก้ไขตามความเหมาะสมภายใต้มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล



R : Religion หมายถึง การดูแลที่ตอบสนองการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และหลักศาสนา ของผู้คลอด เช่น อำนาจความสะอาดกตัญญูที่ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามค่านิยม ความเชื่อ และหลักศาสนาแก่ผู้คลอดในระยะรอคลอดที่ไม่ขัดขวางแผนการรักษาหรือการพยาบาล เช่น การจัดเตรียมผ้าคลุมผมสำหรับผู้คลอดที่นับถือศาสนาอิสลาม ผ้าละหมาด สถานที่อาบน้ำละหมาด คู่มือคำกล่าวдуа หนังสือตั้งชื่อทารกแรกเกิด นมผงและหนังสือธรรมะ เป็นต้น

E : Empathy หมายถึง การดูแลแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นการมองจากผู้คลอดไม่ใช่มองจากมุมของพยาบาล เช่น การอธิบายแนวทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์แก่ผู้คลอดและญาติ การกำหนดตารางเวลาการให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดหรืออาการเปลี่ยนแปลง เพื่อลดความกลัววิตกกังวลของญาติ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติ พุดคุย สอบถามข้อสงสัยหรือความต้องการพุดคุย ให้กำลังใจ เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการให้บริการ เป็นสื่อกลางระหว่างผู้คลอดหรือญาติกับทีมสุขภาพในการประสานขอจำกัด ปัญหา และความต้องการ

จะเห็นว่าแนวคิด **CARE** เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทุกมิติการดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ โดยเชื่อว่าบุคคลทุกคนล้วนมีความต้องการการดูแลที่ไม่แตกต่างหรือแตกแยกไปจากการวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของตน ดังนั้นการนำแนวคิด **CARE** มาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลหรือทีมสุขภาพต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้คลอด การยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล การเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และหลักศาสนา การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้มีความสมบูรณ์แบบอย่างแท้จริง

สรุป

แนวคิด **CARE** สามารถนำมาใช้ในการดูแลในระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทชายแดนใต้ ดังนี้ **Context** คือ การดูแลเกี่ยวกับสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อม ภายในห้องคลอด **Accept** คือ การดูแลที่ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้คลอดว่ามีความแตกต่างกัน **Religion** คือ การดูแลที่ตอบสนองการดำเนินชีวิตตามค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ และหลักศาสนา ของผู้คลอด **Empathy** คือ การดูแลโดยการเอาใจเขามาใส่ใจเรา การไม่ละเลยกับสิ่งที่ผู้คลอดสอบถามหรือต้องการ โดยแนวคิด **CARE** ที่ได้จากการสังเคราะห์ครั้งนี้เปรียบเสมือนแนวทางที่กระตุ้นเพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลหรือทีมสุขภาพในการดูแลผู้คลอด และยังสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ เพื่อตอบสนองสภาพปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา สามารถนำแนวคิด **CARE** มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้รับบริการทุกแผนก
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวคิด **CARE** มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งแนวคิด **CARE** เป็นแนวคิดที่ง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ครอบคลุมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
3. ด้านการวิจัย สามารถนำแนวคิด **CARE** เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หรือผลของการนำแนวคิด **CARE** มาใช้ในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์



รายการอ้างอิง

- เกสร อินทนะนง. (2559). การบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care). สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2559, จาก http://www2.tsu.ac.th/health_sci/main.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2552). Humanized health care คืออะไร. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.gotoknow.org/blog/spiritualhealth/205584>.
- จิริยา อินทนา และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2557). หน่วยที่ 1 ความเป็นจริงของการบริการสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. ใน *บริการสุขภาพแบบใหม่ : เข้าใจความเป็นมนุษย์*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- จากรุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2553). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- จินดา มาตโกศลชื่นวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร: หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(3), 134-141.
- ทัศน์ีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.พี.ริ้นท์.
- ธิดารัตน์ คำบุญ. (2551). พลังสัมผัส : พลังบำบัดจากกายสื่อถึงใจ. *พยาบาลสาร*, 35(4), 77-85.
- ธวัลรัตน์ กิตติศักดิ์, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 4(ฉบับพิเศษ), 12-21.
- นฤนาท ยืนยง. (2552). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 1(1), 110-123.
- บุญสืบ โสโสม, ยอดสร้อย วิเวกวรรณ และเยาวดี สุวรรณนาคะ. (2560). รูปแบบของการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับกรพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: องค์ความรู้จากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 5(2), 263-276.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ประเวศ วะสี. (2550). การเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม. ใน *สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหนังสือฉบับปันและเติมเต็ม: Humanized Health Care คินหัวใจให้ระบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สหไฟฟ้า.
- ไพจิตร วราชิต. (2553). แผนนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ใน *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเพิ่มศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด มหาสารคาม*. มหาสารคาม: กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล จังหวัดมหาสารคาม.
- มกราพันธ์ จุฑะรสก. (2551). การคิดอย่างเป็นระบบ.โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- มณีภรณ์ โสภานุสรณ์. (2554). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2558). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2551). จิตวิญญาณในมุมมองของตะวันออกและตะวันตก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(1), 1-8.
- วรุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(3), 5-8.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา. (2559). *คู่มือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา*. ยะลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา.
- วีไลลักษณ์ ดันตติระกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผลู่ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์, และสิตานันท์ ศรีใจวงศ์. (2556). *การพยาบาลระยะคลอด*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2557). *การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความต่างทางวัฒนธรรม*. นราธิวาส: โรงพิมพ์นราธิวาส.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2554). *การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมการบูรณาการการสอนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ครั้งที่ 2*. วันที่ 12-13 กันยายน 2554. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล และนัทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: บริษัทนันทพันธ์พริ้นติ้ง จำกัด.
- สุกัญญา ศิริโสภารักษ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 289-297.
- สุนี วงศ์คงคาเทพ. (2550). *รายงานวิจัยประเมินผลผู้เรียนกับการสอนแบบบูรณาการ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2559). *การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/1.pdf>.
- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ต่วนยานันท์ วัดเส้น และวันดี สุทธิรังสี. (2556). มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 35-44.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetricaet Gynecologica Scandinavia*, 80(4), 315-320.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 63-72.
- Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Kantaruxsa, K. (2001). *Transition experience of Thai women during their first pregnancy*. Unpublished doctor dissertation, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- LaMonica, E, Wolf, R., Madea, A., & Oberst, M. (1978). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1(3), 197-213.
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish Nation birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115(3), 354-360.
- May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Nursing process and the childbearing family*. (2nd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & Childrearing family*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sherwood, G. (1997). Meta-synthesis of qualitative analyses of caring: Defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 32-42.



- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(6), 638-646.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. (2nd ed.). Norwalk: Connecticut, Appletion-Century Crofts.