

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 7 หัวข้อตามลำดับ ดังนี้คือ

1. แนวคิดการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. โปรแกรมการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
3. ความพึงพอใจในการบริการ
4. สัมพันธภาพของคู่สมรส
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับ

ความพึงพอใจในการบริการและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

แนวคิดการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ และการตอบสนองความต้องการของครอบครัว ซึ่งความหมายของครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูล การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ความยืดหยุ่นในการดูแลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ในระยะคลอด โดยคำนึงถึงโครงสร้างของครอบครัวประวัติความเป็นมาทางเลือกของครอบครัว จุดอ่อน-จุดแข็ง และความต้องการของครอบครัวอย่างแท้จริง ปรัชญาการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้จะเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอด ครอบครัวและทีมสุขภาพด้วย (Phillips, 1996)

แนวคิดของการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบไปด้วย

(Phillips, 1998)

1. ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญทางสังคมของมนุษย์ตั้งแต่เริ่มเกิด
2. สมาชิกทุกคนอยู่ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม
3. คำจำกัดความของครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่ได้หมายถึงสมาชิกทุกคนภายในครอบครัว แต่หมายถึงสมาชิกที่ผู้คลอดต้องการให้มีส่วนร่วมในการดูแล

4. ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกต่อจากทีมสุขภาพ
5. ทีมสุขภาพทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเท่านั้น
6. ต้องให้ความเคารพต่อสิทธิส่วนบุคคลของครอบครัว ซึ่งได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ความเป็นมา ภูมิหลัง เชื้อชาติ สัญชาติ และการให้การดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการของครอบครัว
7. การดูแลจะต้องมีความยืดหยุ่น สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้
8. ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดด้วย

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคุณลักษณะเป็นปรัชญา จึงมีความเป็นนามธรรม และขอบเขตที่ค่อนข้างกว้าง ซึ่งมีผู้ได้ให้นิยามและองค์ประกอบของปรัชญานี้ที่หลากหลาย แต่โดยทั่วไปแล้วประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง (Galvin et al., 2000) คือ

1. การตระหนักและการเคารพ (Recognizes and Respects) โดยต้องได้รับการยอมรับว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญของครอบครัว และยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเป็นบุคคล ความมีอิสระในการตัดสินใจ
2. การร่วมมือกัน (Collaboration) มองครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพเท่าเทียมกันในการเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) ของการดูแลและการตัดสินใจ ยอมรับให้ครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกับในการดูแล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ใช้ปฏิสัมพันธ์ให้เป็นประโยชน์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มสมรรถนะของครอบครัว
3. การสนับสนุน (Support) การคลอดเป็นสถานะเครียด จึงต้องสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ข้อมูล บทบาทสำคัญของครอบครัว สัมพันธภาพของครอบครัว การพึ่งตนเองเพื่อเพิ่มความรู้จักมีคุณค่าในตนเอง

จากองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ แสดงให้เห็นว่า ปรัชญาการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นที่ความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลกับผู้คลอดหรือผู้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องปรับความสัมพันธ์กับผู้คลอด ยอมรับผู้คลอดในฐานะเป็นหุ้นส่วนร่วมกันของการดูแล และปรัชญานี้ยังเน้นที่การพึ่งพาตนเอง เพราะเชื่อว่าการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรเป็นลักษณะเฉพาะและเป็นเหตุการณ์สำคัญของครอบครัว ผู้คลอดและครอบครัวจึงควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจากผู้กระทำโดยตรงมาเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้คลอด และครอบครัวกระทำด้วยตนเอง (Active Role) โดยการสอนแนะนำ กระตุ้น สาคิด และเป็นแบบอย่างทางบทบาท (Role Modeling) ดังนั้น การกำหนดรูปแบบการดูแล ผู้รับบริการที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรประกอบไปด้วย

1. ผู้รับบริการควรร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยการแสดงความคิดเห็นเพื่อนำมาพัฒนา รูปแบบและประเมินผลรูปแบบนั้น ๆ
2. รูปแบบการดูแลนั้นสามารถนำไปใช้กับครอบครัวได้
3. การเตรียมตัวก่อนคลอดและการเตรียมบทบาทการเป็นบิดา-มารดา ควรมีลักษณะ เหมือนกับกลุ่มสนับสนุนการเป็นบิดา-มารดา
4. การนำประวัติทางการรักษาหรือข้อมูลของผู้รับบริการมาใช้ ควรจะเคารพสิทธิส่วนตัว ของผู้รับบริการด้วย
5. บุคคลที่ให้การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรจะคำนึงถึงความรู้สึกทางด้าน จิตใจเป็นสำคัญ
6. ทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้คลอดและครอบครัวได้มีการตัดสินใจและเคารพ ในการตัดสินใจนั้น ๆ
7. ควรมีการพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด
8. ควรมีการสนับสนุนให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในสิ่งที่ขาดหายไป
9. ควรมีการติดตามดูแลระบบบริการสุขภาพของมารดา-ทารก และครอบครัวในชุมชน
10. ส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับรู้ว่ามีใครมาตรวจพิเศษอะไรบ้าง และแนะนำให้ใช้บริการ ถ้ามีความจำเป็น เอาใจใส่ต่อครอบครัวในลักษณะของผู้ดูแลประจำบ้าน

และผู้ที่จะช่วยให้ปรัชญานี้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น คือ ฟิลลิปส์ และ เฟนวิก (Phillips & Fenwick, 2000) ซึ่งเป็นพยาบาลด้านการดูแลมารดา ได้ร่วมกันพัฒนาหลักการ (Principle) ของ การดูแลมารดาที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางขึ้น 10 ประการ เพื่อชี้แนะหรือเป็นแนวทางในการนำ ปรัชญานี้ ไปสู่ปฏิบัติในคลินิก ดังนี้

1. มองว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพดี ไม่ใช่ความเจ็บป่วย การดูแลจึงมุ่งที่ ดำรงไว้ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอด การคลอด หลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด ในฐานะที่เป็น เหตุการณ์ชีวิตปกติที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกาย อารมณ์ และสังคม
2. การดูแลก่อนคลอด (Prenatal Care) เป็นเฉพาะบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการ ทางจิต สังคม การศึกษา กาย จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมของสตรีแต่ละคนและครอบครัว
3. โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นการเตรียมครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิ การตั้งครรภ์ การคลอดและการเป็นบิดามารดา
4. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือครอบครัวในการตัดสินใจเลือกภายหลัง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์ คลอด หลังคลอด และการดูแลทารกแรก เกิด และพยายามให้ประสบการณ์กับครอบครัว

5. บิดาและ/ หรือผู้ให้การประกันประทองที่มารดาเลือก เป็นผู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้ความรู้ การเจ็บครรภ์คลอด การคลอด และหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด

6. กระตุ้นให้ครอบครัวและเพื่อนอยู่ด้วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อใดก็ตามที่มารดาต้องการทั้งระยะเจ็บครรภ์คลอดและระยะคลอด

7. การดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด ระยะคลอด ควรให้อยู่ในสถานที่เดียวกันถ้าไม่ใช่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ถ้าเป็นไปได้ การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดก็ควรอยู่ในสถานที่เดียวกันและผู้ดูแลคนเดียวกัน

8. มารดาเป็นผู้ดูแลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก เมื่อมารดาเป็นผู้ให้การดูแลบุตร บทบาทพยาบาลเปลี่ยนจากกระทำโดยตรงต่อทารก มาเป็นการสนับสนุนให้มารดา/ครอบครัวดูแลเอง

9. เมื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก บุคลากรที่ให้การดูแลมารดาและทารกควรเป็นคนเดียวกันในฐานะหน่วยครอบครัวเดี่ยว (Single Family Unit) แม้ว่าจะถูกแยกออกจากกันในช่วงเวลาสั้น ๆ

10. บิดามารดาสามารถเข้าถึงทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงได้ตลอดเวลา และร่วมอยู่ในการดูแลทารกด้วย

จากหลักการทั้ง 10 ประการข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นประสบการณ์ในชีวิตของมารดาและครอบครัวซึ่งต้องมีการปรับตัว โดยพยาบาลจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาและครอบครัวแบบองค์รวม สอดคล้องกับความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรม สนับสนุนการปรับบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลตามธรรมชาติ จากหลักการข้างต้นสามารถเปรียบเทียบการดูแลมารดา-ทารกรูปแบบเดิมและการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Phillips, 1998) ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบเดิมและการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลแบบเดิม	การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
1. การเตรียมตัวก่อนคลอดขึ้นอยู่กับนโยบายและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลนั้น ๆ	1. มีการเตรียมตัวก่อนคลอด โดยการส่งเสริมสุขภาพ จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบและให้อีตระในการตัดสินใจและมีการเตรียมตัวของบิดา-มารดา
2. การดูแลและเน้นเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด	2. การดูแลในขณะตั้งครรภ์ รอคคลอดและคลอดนั้นจะครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่อความเครียด
3. ทีมสุขภาพมีอำนาจในการตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่	3. ทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลร่วมกัน
4. การดูแลเป็นไปตามแบบแผนที่ตั้งไว้เป็นประจำทุกวัน ไม่มีการยืดหยุ่นการดูแล	4. ให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นกรณีไป มีนโยบายยืดหยุ่นในการพยาบาล
5. มารดาและทารกได้รับการดูแลแยกจากกัน	5. การดูแลมารดาและทารกจะอยู่ร่วมกัน ไม่แยกจากกัน
6. ห้องรอคคลอด ห้องคลอด ห้องพักฟื้น ห้องหลังคลอด และหน่วยบริบาลทารกจะแยกสถานที่กัน	6. ห้องรอคคลอด ห้องคลอด ห้องพักฟื้น และห้องหลังคลอด รวมทั้งห้องบริบาลทารกจะอยู่ในสถานที่เดียวกัน
7. ทารกจะถูกดูแลในหึ่งเด็กอ่อนเท่านั้น	7. ทารกจะถูกดูแลในห้องของมารดาตลอด
8. จำกัดเวลาเยี่ยมของสามีผู้คลอดและญาติ	8. สมาชิกครอบครัวและญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามความต้องการของมารดา
9. สามีหรือญาติสนิทจะได้อ่านข้อมูลเฉพาะความก้าวหน้าของการคลอด และเมื่อทารกคลอดเท่านั้น	9. สามีหรือญาติสนิทสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้ตั้งแต่ระยะรอคคลอด คลอด หลังคลอด และในการดูแลทารก

จากหลักการสู่การปฏิบัติ

จากหลักการการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 10 ประการดังกล่าวข้างต้น ในหน่วยงานที่ให้บริการมารดาและทารกที่มองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของปรัชญานี้ ได้นำหลักการนี้มาปฏิบัติในการให้บริการที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น

1. โปรแกรมการเตรียมคลอด (Childbirth Education) โปรแกรมการเตรียมคลอด

โดยทั่วไปจะเน้นที่ให้ผู้ตั้งครรภ์ฝึกปฏิบัติเทคนิคการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แต่โปรแกรมการเตรียมคลอดที่ยึดปรัชญาการดูแลที่เน้น

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะเน้นการเสริมทักษะชีวิต (Empower) เพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์ในการรับบทบาทเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง และขยายขอบเขตเนื้อหาของโปรแกรมไม่ใช้เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดเท่านั้น แต่เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Perinatal Education) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาขณะตั้งครรภ์ การปรับตัวต่อบทบาทบิดามารดา การปรับตัวของพี่น้องและทั้งครอบครัวโดยรวม รวมทั้งการเตรียมผู้ที่เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนมารดาในระยะคลอดด้วย เพื่อให้เข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาในระยะคลอดได้ ผลจากโปรแกรมการเตรียมคลอดตามแนวปรัชญานี้ ส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการมารดาและทารก เพราะผู้ใช้บริการมีความรู้มากขึ้น ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทำให้นโยบายโรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยน โดยยินยอมให้มีผู้เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนด้วยในระยะคลอด โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้กระทำมาเป็นหุ้นส่วน (Partnership) กับผู้คลอดในการดูแล (Littleton & Engbretson, 2002)

2. การมีผู้อยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด (Present of a Labour Companion) รูปแบบ

การดูแลผู้คลอดโดยทั่วไปคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ คือ มีระเบียบกฎเกณฑ์เข้มงวดในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ผู้คลอดถูกแยกออกจากครอบครัวมาอยู่ในห้องคลอดตามลำพัง การดูแลเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารก ซึ่งมารดาและทารกได้รับประโยชน์บ้างจากการปฏิบัติทางการแพทย์และวิธีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด แต่มีทิศทางสังคม วัฒนธรรม จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวกับการคลอดกลับถูกละเลยไป และถูกแทนที่ด้วยสิ่งแวดล้อมของการปราศจากเชื้อและเทคโนโลยี (Davis-Floyd, 1992) แต่ในระบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเชื่อว่าการคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติ เป็นภาวะปกติและเป็นเหตุการณ์ของครอบครัว การดูแลจึงควรเป็นรูปแบบของการดูแลคนมากกว่าโรค เน้นความเป็นองค์รวมและความเป็นมนุษย์ (Holistic and Humanistic Model) ซึ่งต้องบูรณาการทั้งกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ลดการใช้เครื่องมือเครื่องไม้เครื่องมือที่มากเกินไปจนเกิดความจำป็น นอกจากนี้การคลอดยังเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงต้องการผู้ประคับประคองจิตใจโดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว ดังการศึกษาของคลอส และคณะ (Klaus et al., 1986) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีผู้อยู่เป็นเพื่อนด้วยและช่วยประคับประคองตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะเป็นจากคนแปลกหน้าก็ก่อให้เกิดผลดีกับผู้คลอด คือ ใช้เวลาในการคลอดน้อยลง มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดน้อยลง มีการเร่งคลอดน้อยลง และอีกงานวิจัยหนึ่งสนับสนุนว่า ผู้คลอดประเมินว่ายาแก้ปวดมีความสำคัญน้อยกว่าการมีผู้อยู่เป็นเพื่อนด้วย (Koehn, 1992)

3. การให้มารดา ทารก และครอบครัวอยู่ด้วยกัน (Parent Rooming-in) รูปแบบการดูแลมารดาทารกแบบทั่วไปจะแยกมารดาและทารกออกจากกัน เพื่อความสะดวกในการดูแลและ

ควบคุมการติดเชื้อ แต่รูปแบบการดูแลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นที่คู่มารดาและทารก หรือครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของการให้บริการ จึงไม่มีการแยกมารดาและทารกที่ปกติออกจากกัน สนับสนุนให้มารดา ทารกและครอบครัวอยู่ด้วยกัน มารดาสามารถเข้าถึงทารกได้ง่าย สะดวกและตลอดเวลาที่ต้องการ รวมทั้งพยาบาลที่ให้การดูแลก็เป็นพยาบาลคนเดียวกัน รวมทั้งปรัชญานี้เชื่อว่ามารดาเป็นผู้ดูแลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก บทบาทของพยาบาลต้องเปลี่ยนไป จากการกระทำให้โดยตรงมาเป็นการสนับสนุนให้มารดา/ครอบครัวดูแลกันเอง หรือพึ่งพาตนเอง โดยการสอน แนะนำ เป็นแบบอย่าง เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นและสมรรถนะในการดูแลตนเองแม้การเลี้ยงดูบุตร

4. การเยี่ยมของครอบครัว (Family Visitation) รูปแบบการดูแลมารดาทารกแบบทั่วไปจะเน้นที่ความปลอดภัยและการป้องกันการติดเชื้อ มารดาจึงต้องอยู่ตามลำพังในระยะคลอดหรือหลังคลอด สมาชิกในครอบครัวเป็นเพียงผู้มาเยี่ยมเท่านั้น นโยบายโรงพยาบาลจึงต้องจำกัดจำนวนผู้มาเยี่ยม เวลาของการเยี่ยม แต่รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเชื่อว่าการตั้งครรภ์ การคลอด เป็นประสบการณ์ร่วมของครอบครัว นโยบายการเยี่ยมจึงต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาและครอบครัว และจะไม่มองว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มาเยี่ยม (visitor) แต่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลหรือเป็นผู้ให้การดูแลตามธรรมชาติ รวมทั้งพยาบาลต้องตระหนักหรือคำนึงถึงความต้องการของมารดาด้วย (Rouse, 2000) โดยให้มารดาเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าต้องการให้มีผู้เข้าร่วมประสบการณ์ด้วยหรือไม่ เพราะมารดาบางคนต้องการต้องการความเป็นส่วนตัวหรือความสงบ จึงต้องการให้จำกัดผู้เยี่ยม เวลาของการเยี่ยม รวมทั้งต้องการให้ใครเข้ามามีส่วนร่วมในประสบการณ์ด้วย หากพยาบาลขาดการคำนึงถึงความต้องการมารดา หรือโรงพยาบาลมีนโยบายที่ยืดหยุ่นแบบสุดขั้ว คือ เปิดให้เยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมงทั้งกลางวันและกลางคืน เยี่ยมได้ทุกคน ไม่จำกัดจำนวน อาจมีผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว ความสงบของมารดา และความปลอดภัยของทารกได้

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

(Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses, n.d.)

1. จัดสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกและเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว
2. ทำให้ผู้คลอดและครอบครัวรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแล
3. ให้ความรู้แก่ผู้คลอดและครอบครัวว่าการตั้งครรภ์ การเข้าสู่ระยะคลอด การคลอดและระยะหลังคลอด เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และระยะนี้เป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ และสังคมด้วย

4. จัดให้มีการเตรียมตัวก่อนคลอด โดยเปิดโอกาสและให้อิสระในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการเตรียมตัวก่อนคลอดตามความต้องการของผู้คลอดและครอบครัวเอง

5. ให้ความรู้ในขณะตั้งครรภ์และการเตรียมบทบาทการเป็นบิดา-มารดา ตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

6. ให้การดูแลโดยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวมีการให้คำแนะนำแต่ไม่ตัดสินใจแทนในการพยาบาลทั้งหมด

7. ให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลและมีการดูแลที่ยืดหยุ่นได้ตามความต้องการ

8. สนับสนุนและให้ความรู้แก่ครอบครัวเรื่องการคลอดและการเป็นบิดา-มารดา เพื่อให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดี

9. ขอมรับและเคารพในความเชื่อและค่านิยมของผู้คลอดและครอบครัว

10. ส่งเสริมให้สามีหรือญาติสนิทให้การดูแลผู้คลอดตามที่ผู้คลอดต้องการ และให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลขณะรอคลอด คลอด หลังคลอด และดูแลทารกแรก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ (2537) พบว่า การให้สามีของผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด โดยการเฝ้าคลอด มีข้อดีหลายประการ กล่าวคือ ผู้คลอดจะคลายความหวาดกลัววิตกกังวลจากการที่ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า สามีเป็นผู้ที่คุ้นเคยใกล้ชิดจะไวต่อความรู้สึกและเข้าใจความต้องการของผู้คลอด จะเป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการและให้กำลังใจผู้คลอดได้ดีที่สุด ประการที่สอง ได้มีประสบการณ์การคลอดร่วมกันโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อให้บุตรปลอดภัย จะทำให้ทั้งสองมีความรักความผูกพันกันยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้คลอดและครอบครัวยังมีโอกาสได้เห็นและสัมผัสทารกตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และช่วยพัฒนาการเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดาได้อีกด้วย

11. ให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลรูปแบบการดูแลโดยสรุปประโยชน์ที่ผู้คลอดจะได้รับจากการดูแลโดยนั้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้คือ

1. ช่วยให้การคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น และใช้เวลาสั้นขึ้น ดังงานวิจัยของโรงพยาบาลเซเรมบัน ในประเทศมาเลเซีย (2541, หน้า 13) ได้ศึกษาผลของการให้สามีอยู่กับภรรยาในขณะที่คลอดบุตร โดยศึกษาในผู้คลอดที่มีสามีอยู่ด้วยจำนวนประมาณ 300-400 ราย ผลการศึกษาพบว่าเมื่อสามีอยู่เคียงข้างภรรยาในห้องคลอด สามารถช่วยให้การคลอดเป็นไปอย่างราบรื่นและใช้เวลาสั้นขึ้น ทั้งช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอดของภรรยาได้ด้วย ทำให้มีโรงพยาบาลอีก 7 แห่งในประเทศมาเลเซียจะนำความคิดนี้ไปใช้ต่อไป

2. ช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด ซึ่งกาเบล (Gabel, 1982) พบว่า สามีส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์จริงจากห้องคลอดจะมีความภาคภูมิใจ มีความรู้สึกนับถือตนเองสูงที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ มีความประทับใจในความอดทนของภรรยา และเกิดความรู้สึกสบายใจ โดยเชื่อว่าการที่ตนเข้าไปอยู่ในห้องคลอดด้วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเจ็บปวดของภรรยา และการที่ได้เห็นทารกกำลังเกิดมีสายสะดือติดตัวอยู่ การได้ยินเสียงทารกร้อง ทำให้เกิดความประทับใจและผ่อนคลายความวิตกกังวลของตนเอง ภาพใบหน้าของลูกที่เห็นด้วยตาตนเองทำให้เกิดความดีใจอย่างยิ่ง อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความดีใจอย่างยิ่ง อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสัมผัสของบิดาต่อบุตร

3. ทำให้การควบคุมตัวผู้คลอดเองในระดับที่ดี ทั้งทางด้านคำพูด การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง และการออกเสียง

4. ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในระดับที่ดี อุ่นเรือน อำไพพัสดร์ (2541) พบว่าการมีสามีอยู่ด้วยขณะคลอด ทำให้การคลอดเป็นประสบการณ์ที่น่าจดจำและทำให้เกิดความผูกพันแน่นแฟ้น บุตรที่เกิดมาก็จะเป็นเด็กที่น่ารัก มีชีวิตชีวา

5. ผู้คลอดรู้สึกพึงพอใจกับการคลอด ทำให้เผชิญกับความเครียดได้เหมาะสมซึ่งนิโคลสัน กิสท์ ไกล์น และสแตนลีย์ (Nicholson, Gist, Klein, & Standley, 1983) พบว่าการมีส่วนร่วมของสามีในระยะภรรยาตั้งครรภ์ มีผลทางบวกต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจของภรรยา และสามีเกิดความเชื่อมั่นในการแสดงบทบาทการเป็นบิดามากยิ่งขึ้น

6. ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจ มีกำลังใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

7. ทำให้กระบวนการคลอดสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

8. ทำให้ผู้คลอดมีทัศนคติที่ดีต่อสามีและการมีบุตร

ประโยชน์ที่ครอบครัวจะได้รับจากการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางดังนี้คือ

1. ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ดังงานวิจัยของ นันทิญา ทองชัย (2540) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมบทบาทต่อการแสดงบทบาทและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในระยะคลอด โดยศึกษาในบิดาที่มีบุตรคนแรก ซึ่งมารดาฝากครรภ์ในระยะคลอดและคลอดทางช่องคลอด จำนวน 60 คน โดยบิดากลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมบทบาทให้ฝึกปฏิบัติและให้กำลังใจ บิดาทั้งสองกลุ่มได้เข้ามีส่วนร่วมในระยะคลอดเหมือนกัน ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาที่ได้รับการส่งเสริมบทบาทแสดงบทบาทในระยะคลอดมากกว่า กลุ่มบิดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริมแต่มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

2. ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างลึกซึ้งระหว่างบิดามารดา และทารกซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในชีวิต

3. สามีจะมีความภูมิใจในตนเองสูงในการมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอด ดังงานวิจัยของ อุ่นเรือน อำไพพิศตร (2541) พบว่าการมีสามีอยู่ด้วยขณะคลอด ทำให้การคลอดเป็นประสบการณ์ที่น่าจดจำและทำให้เกิดความผูกพันแน่นแฟ้น บุตรที่เกิดมาก็จะเป็นเด็กที่น่ารัก มีชีวิตชีวาประทับใจในความอดทนของภรรยา และเกิดความรู้สึกสบายใจที่ตนเองได้รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอด

กล่าวโดยสรุปถึงผลของการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้คลอดได้ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีสัมพันธภาพกับผู้คลอดเป็นเวลานาน ทราบถึงความต้องการของผู้คลอดได้ดี การที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้คลอด จึงทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้คลอดได้ถูกต้อง และสามารถที่จะนำปัญหาและความต้องการของผู้คลอดมาวางแผนร่วมกันกับครอบครัวในการให้การดูแล โดยมีการเจรจาตกลงร่วมกันทั้งพยาบาล ผู้คลอดและครอบครัว เพื่อให้การสนองต่อความต้องการของผู้คลอดมีความถูกต้อง และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาของผู้คลอดได้รับการแก้ไข จึงน่าจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการดูแลที่ได้รับในระยะคลอด นอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส เป็นการนำแหล่งประโยชน์ของผู้คลอดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลในด้านบวกต่อสุขภาพ คลอดจนเป็นการให้การยอมรับถึงศักยภาพ ศักดิ์ศรี และความมีคุณค่าของครอบครัว สนองตอบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล สร้างเจตคติมากเพิ่มขึ้นและน่าจะทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในระยะคลอดขนิษฐา ลำภา (2544) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางและทดสอบรูปแบบโดยเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้คลอดและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนความพึงพอใจสูงสุด โดยศึกษาในผู้คลอดและครอบครัวจำนวน 30 คู่ ผลการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และคะแนนความพึงพอใจของผู้คลอดและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนความพึงพอใจสูงสุดและจากการศึกษาของพัชรีย์ หมั่นกล้าหาญ (2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจในบริการ

นิยามของความพึงพอใจและความพึงพอใจในบริการ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจต่าง ดังนี้ พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึก สมใจ ชอบใจ

แมนเกลส์ดอร์ฟ (Mangelsdorff, 1979, p. 86) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพของการให้บริการพยาบาล

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980, p. 25) บอกว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยหมายถึง ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมคูล ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยให้ค่า กับความหวังของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

โพลเวลล์ (Powell, 1983, pp. 17-18) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนาน ปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ โดยไม่ได้หมายความว่า บุคคลจะได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการแต่หมายถึง ความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง

ลินเดอร์เพลซ์ (Linder – Pelz, 1982, p. 579) ได้ให้ข้อคิดเห็นของความพึงพอใจของผู้ป่วยว่าหมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินการดูแลสุขภาพอนามัยด้านต่าง ๆ ไปในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับที่ ฟาริดา อิบราฮิม (2530, หน้า 29) กล่าวว่า การวัดคุณภาพการพยาบาลจะวัดได้โดยตรงจากผู้ใช้บริการ ถ้าเป้าหมายของการมาใช้บริการตรงกับเป้าหมายของการให้บริการพยาบาล ผู้ใช้บริการย่อมเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง

วอลแมน (Wolman, 1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling) ที่ดี มีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดหมายหมาย (Goal) ตามความต้องการหรือแรงจูงใจ (Motivation)

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการประสบความสำเร็จ ในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวัง ซึ่งเป็นเรื่องของผู้รับบริการ มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

ทิลมูรี และฟิสก์ (Tilbury & Fisk, 1989) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระดับความรู้สึกที่ดีของบุคคล โดยได้รับการที่เป็นประสบการณ์ตรงประกอบกับความคาดหวังที่ผู้รับบริการคาดหวังไว้

หลุย จาปาเทศ (2538) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมที่แสดงออก ก็จะมีความสุข สังเกตได้จาก สายตา คำพูด และการแสดงออก

ทวิพงษ์ หินคำ (2541, หน้า 8) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่าเป็นความชอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งสามารถลดความตึงเครียดและตอบสนองตามความต้องการของบุคคลได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสิ่งนั้น

ธनिया ปัญญาแก้ว (2541, หน้า 12) ได้ให้ความหมายว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะของงาน ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความพอใจในงานที่ทำ ได้แก่ ความสำเร็จ การยกย่อง ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า เมื่อปัจจัยเหล่านี้มีอยู่ต่ำกว่า จะทำให้เกิดความไม่พอใจในงานที่ทำ ถ้าหากว่างานให้ความก้าวหน้า ความท้าทาย ความรับผิดชอบ ความสำเร็จ และการยกย่องแก่ผู้ปฏิบัติงานแล้ว พวกเขาจะพอใจและมีแรงจูงใจในการทำงานเป็นอย่างมาก

วิทย์ เทียงบุญธรรม (2541, หน้า 754) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง ความพอใจ การทำให้พอใจ ความสนใจ ความพอใจ ความสนใจ ความพอใจ การชดเชย การได้บำป การแก้แค้น สิ่งที่ดีชดเชย

วิรุฬ พรรณเทวี (2542, หน้า 11) ให้ความหมายไว้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่ง สิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดี จะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่าจะมีมากหรือน้อย

กาญจนา อรุณสุขจุฑา (2546, หน้า 5) กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่า บุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน และต้องมีสิ่งเร้าที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ที่สนใจ ชอบใจ มีความสุข ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังและรู้สึกว่าจะสมควรที่จะได้รับ สามารถสังเกตได้จาก สายตา คำพูดและการแสดงออก ไม่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุกสิ่งที่ต้องการแต่เกิดการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการที่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งที่คาดหวัง

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ลินช์ และชูลเลอร์ (Lynch & Schuler, 1990) ศึกษาพบว่าแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการมี 3 ประการคือ

1. สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ท่าเลที่ตั้งและมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ
2. ประสิทธิภาพที่เคยมารับบริการ เช่น ห้องตรวจโรค ห้องคลอด
3. ความเชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแลและความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัยสามารถช่วยชีวิตได้

จากการศึกษาของสายวสันต์ จันทรวง (2544) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลห้องคลอดตามแนวคิดส่วนประสมการตลาดและการดูแลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการพยาบาล เปรียบเทียบกับการพยาบาลห้องคลอดปกติ โดยมีเจ้าหน้าที่ 25 คน ผู้ที่มาคลอด 60 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการตามแนวส่วนผสมการตลาดสูงกว่าการบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แนวทางการสร้างความพึงพอใจในการบริการ (สมิต สัจฉกร, 2542, หน้า 18)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ต่างมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานบริการ ดังนั้น การสร้างความพึงพอใจในการบริการ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไปทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารการบริการจะต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่มีในการสำรวจความต้องการ ค่านิยมและความคาดหวังของผู้ใช้ที่มีต่อการบริการขององค์กรซึ่งสามารถกระทำได้โดยการใช้บัตรแสดงความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งจากภายนอกและภายในองค์กรในการสะท้อนภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานบริการ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ข้อบกพร่อง ข้อได้เปรียบขององค์กร เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพของการบริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ อันจะนำมาซึ่งความพึงพอใจต่อการบริการ

2. การกำหนดเป้าหมายและทิศทางขององค์กรให้ชัดเจน ผู้บริหารการบริการจำเป็นที่จะต้องนำข้อมูลที่จะบ่งชี้ถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ ข้อบกพร่อง ข้อได้เปรียบขององค์กร ต้นทุนของการดำเนินการ แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคและข้อมูลอื่นที่เป็นประโยชน์มาประกอบการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและทิศทางขององค์กร ซึ่งจะส่งผลต่อลักษณะของการให้บริการและคุณภาพของการบริการต่อผู้รับบริการ

3. การกำหนดกลยุทธ์การบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารการบริการต้องปรับเปลี่ยนการบริการที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ทิศทางขององค์กร โดยใช้กลยุทธ์สมัยใหม่ทั้งในด้านการบริหารการตลาด และการควบคุมคุณภาพการบริการ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการอำนวยความสะดวกในการบริการด้านต่าง ๆ เช่น การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้ด้วยระบบฐานข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ การใช้ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติในการต่อสาย เชื่อมโยงการติดต่อกับหน่วยงานภายในองค์กรบริการ เป็นต้น ปัจจุบันผู้บริหารการบริการนิยมนำแนวคิดด้าน “การบริหารเชิงกลยุทธ์” ที่คำนึงถึงการให้ความสำคัญกับบรรยากาศการทำงานระหว่างพนักงานบริการภายในองค์กร เช่นเดียวกันกับการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้ใช้ภายนอกให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการสามารถประมวลได้ 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านลักษณะบริการ และปัจจัยส่วนบุคคล

1. ปัจจัยด้านลักษณะบริการ หมายถึง บริการที่สถานบริการได้จัดบริการให้อย่างมีคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวัง และ/หรือบริการที่เกินกว่าความต้องการและความคาดหวัง ดังที่มีผู้ศึกษาความพึงพอใจต่อลักษณะบริการ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ด้านคุณลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพที่จริงใจของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ พบว่า ลักษณะบริการทั้ง 6 ด้านนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดต่อบริการ ส่วนการศึกษาของวิภาวดี สายนำพาน (2542) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และเพชร จอมงาม (2543) ได้ศึกษาเวลาที่ใช้และความพึงพอใจในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลลานนา ซึ่งทั้งสองงานวิจัยนี้ สำนวความพึงพอใจในบริการเหมือนกัน 6 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากต่อบริการที่ได้รับในด้านพฤติกรรมเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ ด้านคุณลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพที่จริงใจของผู้ให้บริการ ด้านสัมพันธภาพในการให้ความรู้ของผู้ให้บริการ ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ส่วนการศึกษา ผลการใช้บริการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของครอบครัวโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ ด้านความเชื่อมั่น วางใจในบริการพยาบาล ด้านความมีอริยาสั้ยไมตรีของพยาบาล ด้านการสื่อสารของพยาบาล ด้านความน่าเชื่อถือของบริการพยาบาล ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการพยาบาล ด้านการที่พยาบาลเข้าใจและรู้จัก

ผู้ป่วยหรือญาติ และด้านสมรรถนะของพยาบาล (ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์, 2543) และผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในด้านทักษะที่ชำนาญของผู้ให้บริการ ทำให้ ที่สุภาพของผู้ให้บริการ การให้บริการด้วยท่าทีที่นุ่มนวลเป็นมิตร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและผลข้างเคียง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการเจ็บป่วย (Hiiidenhovi, Nojonen, & Laippala, 2002) เช่นเดียวกับ การศึกษาความพึงพอใจของ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของตุรกี พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ความน่าเชื่อถือของการบริการ การตอบสนองในการให้บริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยของผู้ให้บริการ (Uzun, 2001)

การจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ต้องเป็นลักษณะบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแต่ละสถานบริการจะมีลักษณะบริการที่แตกต่างกัน และผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะ และคุณภาพของการบริการของแต่ละ โรงพยาบาลที่จัดบริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งลักษณะบริการ และการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความพึงพอใจแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานอนามัยเพื่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนงค์ พูลเพิ่ม, ฉันทนา สุปัญญา และทองพูล แก้วกา, 2543)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าลักษณะการจัดบริการ และคุณภาพของบริการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้รับบริการ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาของ ดอร์ด (Dodge, 1969) พบว่า ผู้รับบริการโดยทั่วไปต้องการข้อมูล และการบริการแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว

2.1 เพศ อาจยังไม่ชัดเจนว่ามีผลต่อความพึงพอใจหรือไม่ เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่า เพศไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย (ปริยา ธรรมะคำ, 2538; วีรวรรณ ถิระแก้ว, 2540) แต่จากการศึกษาของสมศักดิ์ งามเอกเอื้อ (2540) พบว่า เพศมีผลต่อความพึงพอใจในบริการ เพราะฉะนั้นอาจจะยังสรุปไม่ได้ว่า เพศมีผลหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจ เพราะยังมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันอยู่

2.2 อายุ เป็นตัวกำหนดวัยและประสบการณ์ของมนุษย์ ที่มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งจะทำให้บุคคลแต่ละวัยมีความคาดหวังจากบุคคลอื่นหรือบริการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความพึงพอใจในบริการมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษา ที่พบว่า อายุไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการ (ปรียา ครามะคำ, 2538; วีรวรรณ ถิระแก้ว, 2540) เพราะฉะนั้นอาจจะยังสรุปไม่ได้ว่า อายุมีผลหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจ เพราะยังมีผลการศึกษาที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้

2.3 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ จากการศึกษาของ ปรียา ครามะคำ (2538) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

2.4 อาชีพ อาจยังไม่ชัดเจนว่ามีผลต่อความพึงพอใจหรือไม่จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพมีความพึงพอใจในบริการมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ (วีรวรรณ ถิระแก้ว, 2540) แต่บางการศึกษา พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการ (ปรียา ครามะคำ, 2538) เพราะฉะนั้นอาจจะยังสรุปไม่ได้ว่า อาชีพมีผลหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจ เพราะยังมีผลการศึกษาที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้

2.5 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่ช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ มีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่นบางการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจต่อความสามารถของแพทย์และท่าทีของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Hulka, Zyzanski, Cassel, & Thompson, 1971) ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจในบริการในระดับต่ำ (วีรวรรณ ถิระแก้ว, 2540; Howard et al., 2001) ส่วนบางการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการ (บุบผา คำเลิศลักษณ์, 2539) และจากการศึกษาของเสรีภาพ สมทรัพย์ (2541, หน้า 107) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้เรื่องบัตรประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะฉะนั้นอาจจะยังสรุปไม่ได้ว่า ระดับการศึกษามีผลหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจ เพราะยังมีผลการศึกษาที่ยังขัดแย้งกันอยู่

2.6 รายได้ของครอบครัว อาจยังไม่ชัดเจนว่ามีผลต่อความพึงพอใจหรือไม่ แม้ว่า การมีรายได้สูงจะไม่ได้บ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การที่มีรายได้ต่ำสามารถสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้ แต่จากการใช้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคน่าจะทำให้รายได้ไม่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ใช้บริการจากสถิติของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสวนปรงร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม (โรงพยาบาลสวนปรง, 2545) และผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงรายได้ที่ไม่แน่นอนของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งไม่สามารถเลือกสถานบริการที่ตนเองต้องการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจตามความต้องการได้เหมือนกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฝ่ายกายที่สามารถเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนได้ตามฐานะของผู้ป่วย (เพชร จอมงาม, 2543) แต่

จากการศึกษาของปรีชา ครามะคำ (2538) พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นอาจจะยังสรุปไม่ได้ว่า รายได้ของครอบครัวมีผลหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจ เพราะยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม อาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการนั้นคือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะบริการที่มีคุณภาพเป็นสำคัญ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า มีผลต่อความพึงพอใจหรือไม่ เพราะยังมีการศึกษาที่ขัดแย้งกันอยู่ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดบริการสุขภาพนั้นเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน รู้สึกมีความสุข เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทั้งร่างกายและจิตใจเป็นความรู้สึกพอใจ หรือยินดีที่ได้รับบริการ

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

นิยามของสัมพันธภาพและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพ เป็นรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและผลที่ได้ไม่ใช่สิ่งของแต่เป็นความรู้สึกที่มีต่อกันหรืออาจกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยอย่างต่อเนื่องและรวมตัวเข้าด้วยกันเป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความคุ้นเคยระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องและเป็นที่รักของกันและกัน

สัมพันธภาพตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Relation” ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพว่า หมายถึง ความเกี่ยวข้อง ความผูกพัน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

บาลด์ส (Baltus, 1994, pp. 10 – 12) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์และการได้สัมผัสกับบุคคลอื่นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะทางลบหรือทางบวกก็ได้

ชูลทซ์ (Schultz, 1990, p. 353) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าเป็น พฤติกรรมของการเข้ากันได้ของบุคคลโดยธรรมชาติ สังคมมนุษย์ต้องการการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งความต้องการนี้เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกับการต้องการทางสรีระ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ

กล่าวโดยสรุป สัมพันธภาพ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องและผูกพันกัน

นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพเชิงการช่วยเหลือเป็นการก่อให้เกิดความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์ด้วยกัน โดยมีแรงกระตุ้นร่วมกันก่อให้เกิดความพอใจและ

อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยความรู้และสติปัญญาเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อีเดลแมน (Edelmann, 1993, p. 26) มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การมีความสัมพันธ์กับคนอื่นมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพราะถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความพึงพอใจ มีความมั่นคงทางจิตใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความคับข้องใจและความขัดแย้ง

หลักในการสร้างสัมพันธภาพ

1. การยอมรับ (Acceptance) คือการยอมรับผู้อื่นโดยไม่ตำหนิว่าสภาพการณั้้น ผิด-ถูก ดี-เลว อย่างไร
2. ความสม่ำเสมอ (Consistency) คือความต่อเนื่องในการติดต่อไม่ว่าจะเป็นคำพูดหรือการกระทำ
3. ความจริงใจและจริงจัง (Genuine) คือมีความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือ โดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการกระทำ ไม่แสร้งหรือแกล้งทำ

แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) เป็นการที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังการแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย (Locke & Williamson, 1985, p. 562) การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยา (Locke & Wallace, 1959, p. 251) การปรับตัวเป็นกระบวนการและการประเมินผลของการทำหน้าที่ของคน 2 คนซึ่งแต่งงานกัน เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายองค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นการประเมินผลของคู่สมรสที่มีต่อปฏิสัมพันธ์และหน้าที่ของคู่สมรสซึ่งแต่งงานและใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน (Spanier, 1976, p. 15; Spanier & Lewis, 1980, p. 825) คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีทั้งการให้และการรับ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา อดทนให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารความหมายกันชัดเจน ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะช่วยขจัดความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างกันได้ โดยง่ายนอกจากนี้ยังทำให้ทั้งสองฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคู่สมรสที่มีโอกาสได้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ตนรัก ไลเบอร์แมน (Liberman, 1986, p. 462) กล่าวว่า ถ้าคู่สมรสไม่ได้รับสิ่งที่ตนปรารถนาจากกันแล้ว สัมพันธภาพที่ได้รับจากบุคคลอื่นจะไม่สามารถทดแทนในสิ่งที่ขาดไปได้เลย ดังนั้นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมากโดยเฉพาะทางด้านจิตใจถือว่าเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแห่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด (Cronewelt & Kunst-wilson, 1987, p. 198)

ครอนเนทเวท และคานส์-วิลสัน (Cronnenwett & Kunst-Wilson, 1987, p. 198) กล่าวว่า สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และเป็น สัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น กลุ่มสมรสจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มี ประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจและถือได้ว่าเป็นแหล่งของการ ช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด เช่นเดียวกับที่ คอห์น และดีโลจีส์ (Coyne & Delofis 1986, p. 455) กล่าวว่า การที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสที่เพียงพอ จะเป็นการบ่งชี้ถึงการคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรส

ในการดำเนินชีวิตสมรสหรือชีวิตคู่ ซึ่งเป็นชีวิตที่แตกต่างไปจากชีวิตโสดอย่างมากรุนแรง นั้น ต้องมีความรับผิดชอบสูงและต้องการการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสทั้งสอง ต้องให้ ความเห็นอกเห็นใจ การเสียสละ ความอดทน ความรัก ความอบอุ่น และการปรับสภาพจิตใจทาง เพศให้เข้ากัน รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

การที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะค่อย ๆ ดำเนินไปได้ด้วยดีได้นั้น ต้องอาศัยลักษณะ 10 ประการ (สายสุรี จิตติกุล, 2549, หน้า 8-13) ของพฤติกรรมที่แสดงความรักต่อกันอย่างเหมาะสม ของบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน

คนในครอบครัวที่รักกัน ก็จะต้องดูแลเอาใจใส่ชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว ทั้งระหว่างสามีกับภรรยา ระหว่างพ่อแม่กับลูก พี่กับน้อง และระหว่างลูกหลานกับ ผู้สูงอายุ การดูแลเอาใจใส่ชีวิตความเป็นอยู่ในที่นี้ครอบคลุมถึงความเป็นอยู่ทุก ๆ ด้านของบุคคล นั้น เช่น สุขภาพ อาหาร ชีวิตประจำวัน ความสะอาด การเรียน การใช้จ่าย การเดินทาง การมีเพื่อน ความสุข ความทุกข์ ที่ต้องการระบาย เป็นต้น ที่สำคัญคือ จะต้องเป็นการเอาใจใส่ดูแลด้วยความเอื้อ อาทรห่วงใยอย่างแท้จริง และจริงใจ ไม่ใช่เป็นการเสแสร้งแกล้งกระทำ และจะต้องไม่มากเกินไป จนกระทั่งกลายเป็นการจุกจิกจู้จี้ จนกลายเป็นการล่วงล้ำละเมิดสิทธิส่วนบุคคล จนทำให้เกิดความ รำคาญใจ คือสมาชิกในครอบครัวควรมีเวลาส่วนตัวด้วย ต้องมีความสมดุลระหว่างพฤติกรรมความ ห่วงใย และการเอาใจใส่ดูแลกับการมีเวลาส่วนตัว หรือเอาใจใส่กันน้อยเกินไปจนกระทั่งกลายเป็น ต่างคนต่างอยู่ ไม่ใส่ใจและสนใจซึ่งกันและกัน

2. ต้อง “รู้จัก” คนที่เรารัก

สามีและภรรยาต้องรู้จักกันให้ดี และเข้าใจกันให้ดี ทั้งในเรื่องความชอบ ความไม่ชอบ นิสัยใจคอ และจุดเด่น จุดด้อย ที่แต่ละฝ่ายมียังใช้ชีวิตคู่กันนานเท่าไร ก็ต้องรู้จักและเข้าใจกันมาก ขึ้น ไม่ใช่เข้าใจกันน้อยลง

3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน

การเคารพนับถือกันและกัน ให้เกียรติกัน เป็นการเคารพที่มาจากใจ ควรพูดถึงในทำนองยกย่องมากกว่าการพูดถึงในทำนองดูถูกหมิ่น

การเคารพอีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เพราะเป็นไปไม่ได้ที่ต่างบุคคลจะมีความคิดเห็นเหมือนกัน การที่สมาชิกในครอบครัวมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา สำคัญที่ว่าจะปรับตัวยอมรับกับเหตุผลของความคิดเห็นที่แตกต่างกันนั้นได้อย่างไร โดยไม่จำเป็นที่จะต้องยอมรับ แต่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันได้โดยปราศจากข้อขัดแย้งภายในใจที่น่าซึ่งความคับข้องใจ

การเกรงใจกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นการให้เกิดและยอมรับในการมีศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ของบุคคลที่เรารัก จะทำให้พ่อแม่ไม่ถือว่าลูกเป็นสมบัติของตัวเอง จะทำอะไรก็ได้ การแสดงความเกรงใจต่อลูก จะสอนให้ลูกรู้จักเกรงใจพ่อแม่ การเกรงใจไม่ใช่เป็นการกลัว แต่เป็นการให้เกิดจิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า และจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น ปัญหาที่มีและมักจะเกิดขึ้นคือ เรามักจะเกรงใจคนอื่น แต่ไม่เกรงใจคนในครอบครัวเดียวกัน ทั้ง ๆ ที่เป็นคนที่เรารัก

4. ต้องมีความรับผิดชอบ

สมาชิกในครอบครัวจะต้องอยู่ร่วมกันด้วยความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันทั้งหน้าที่ส่วนตัว และหน้าที่ต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เหตุการณ์ทุกอย่างในครอบครัว ถือเป็นพันธกิจที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะต้องร่วมกันรับผิดชอบการกระทำทุกอย่างต่อกันทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

5. ต้องมีความไว้วางใจกัน

ความไว้วางใจกันในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้เพิ่มความรักความอบอุ่นในครอบครัวได้มากขึ้น ครอบครัวที่มีความรัก จะต้องทำบรรยากาศในครอบครัวให้เป็นที่พักพิงของสมาชิกในครอบครัวได้ทุกโอกาส ทั้งในโอกาสปกติและในยามทุกข์ เป็นที่รักษาเยียวและฟื้นฟูให้สภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกอยู่ในสภาพปกติสุข กล่าวคือ สมาชิกทุกคนจะรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นสุข เมื่อนึกถึงครอบครัวตนเอง

6. ต้องให้กำลังใจกันและกัน

การให้กำลังใจเปรียบเสมือนเป็นการให้พลังต่อกัน เพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข และเพื่อต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เช่น การที่ผลการเรียนของลูกไม่ดี ลูกนำผลการเรียนมาให้พ่อแม่ดู พ่อแม่ควรช่วยกันวิเคราะห์ดูผลการเรียน และพิจารณาว่าปัญหาอยู่ตรงใด และแก้ไขให้ถูกต้อง ช่วยให้กำลังใจลูก ให้ลองใช้ความเพียรพยายามเพิ่มขึ้นและให้ความเอา

ใจใส่เป็นพิเศษ แทนที่จะพุดคุยกระหน่ำซ้ำเดิมหรือพุดคาคาโทษ ในครอบครัว ควรมีประโยชน์ให้ กำลังใจประจำครอบครัว เช่น ไม่เป็นไร แก้วใหม่ โอกาสยังมีสำหรับความพยายามไม่สายเกินไป สำหรับการเริ่มต้น การให้กำลังใจอาจให้ด้วยคำพูด ร่วมด้วยท่าทางที่พร้อมที่จะสนับสนุนอยู่เสมอ พุดชมเชยในสิ่งที่ได้ทำถูกต้องแล้ว ส่งเสริมในทางบวก ขจัดทางลบ เช่น ไม่คว่ำ ขู่ หรือกล่าวโทษ ว่าเป็นความผิด ชี้แนะทางออกหลาย ๆ ทาง ให้มีทางเลือก และให้สามารถตัดสินใจเลือกเองได้

7. ต้องให้อภัยกันและกัน

การมีเรื่องกระทบกระทั่งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ หลักการให้อภัย ยกโทษให้ ไม่ผูกพยาบาท หรือผู้ใจเจ็บ จึงเป็นคุณสมบัติหรือการกระทำที่จำเป็น ในครอบครัว ซึ่งจะสามารถสมานรอยร้าวในครอบครัวได้ วิธีที่ดี คือ การใช้เวลาแก้ตัวเองเพื่อผ่อนคลายความไม่พึงพอใจ ความโกรธ ความไม่พอใจ และทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ และมีเหตุผล จวบจนกระทั่งยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นแล้วว่า ยากแก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพราะ เหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว เป็นประวัติศาสตร์ที่ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ แต่เรียนรู้ที่จะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น พร้อมให้อภัย และเริ่มต้นใหม่ โดยใช้เป็นบทเรียนที่เป็นคติสอนใจ ป้องกันความผิดพลาด ที่จะเกิดขึ้นอีก และที่สำคัญจะต้องไม่เอาเหตุการณ์นั้นมาพุดซ้ำ ๆ หรือดอภัย ทั้งความรู้สึกของตนเอง และบุคคลอื่น

การให้อภัยไม่ได้ทำให้อีกฝ่ายหนึ่งได้ใจ เหลิง และกระทำการที่ไม่สมควรต่อไปเรื่อย ๆ การให้อภัยนั้นเกิดขึ้นภายหลังจากการทำความเข้าใจกันแล้วว่า สิ่งใดถูก สิ่งใดไม่ควร หรือเกิดขึ้น ภายหลังการขอโทษกันแล้ว ซึ่งการรู้จักขอโทษก็เป็นการกระทำที่สำคัญ ในที่สุดต้องไม่จดจำ ความผิดนั้น ครอบครัวก็จะอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

8. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว

สื่อสารในครอบครัวด้วยปิยะวาจา สร้างสรรค์ และให้กำลังใจ ถูกต้องสอดคล้องกับกาลเทศะ การสื่อสารต้องตั้งต้นด้วยการคิดดีต่อกัน แล้วจึงสื่อสารออกมาให้ตรงกับความคิดดีที่จะ เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการสื่อสารที่ดีจะต้องทำให้ทั้งผู้พูดและผู้ฟังเกิดความรู้สึที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกผูกพัน และอยากเป็นคู่สนทนาด้วยอีก เพราะในการสื่อสารนั้นจะมีแต่การพุดคุยที่ สร้างสรรค์สร้างให้กำลังใจ ถูกใจทั้งผู้พูดและผู้ฟัง ยกเว้นการสื่อสารเชิงตำหนิติเตียน หรือหลีกเลี่ยงการ ทำให้คู่สนทนาเจ็บช้ำน้ำใจ ตรงกันข้ามกลับเป็นการระมัดระวังที่จะไม่ใช้ภาษาและถ้อยคำทำลาย น้ำใจซึ่งกันและกัน

9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่า และมีคุณภาพ

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แต่ละคนประสบในแต่ละวัน จะ เป็นการช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นขึ้น ทั้งนี้การกระทำดังกล่าวครอบครัวต้อง

หาทางสร้างขึ้น ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ที่มุ่งใจให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รู้จักกันมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถ สอดแทรกค่านิยม ทักษะ ความคิดเห็นต่าง ๆ ด้านกิจกรรมได้ ด้วยเหตุนี้ครอบครัวจะต้องเอาใจ ใส่ในช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันพร้อมหน้าพร้อมตา แม้ด้วยเวลาเพียงสั้น ๆ ก็ตาม

10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว

สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างก็มีบทบาท หน้าที่ ที่พึงกระทำต่อกัน และปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงของสถานภาพของสมาชิกในครอบครัวในแต่ละช่วงวัย อันเป็นผลมาจากพัฒนาการ ทุกด้าน ปรับตัวในเรื่อง “บทบาท” และ “หน้าที่” ทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวโดยลด ความคาดหวังลงมาให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เรียนรู้จากประสบการณ์จริง และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด

องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมให้การสร้างสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัวเป็นไปได้อย่างดี คือ การที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องเคารพและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล รวมทั้งความเป็นส่วนตัวที่เป็นความต้องการปกติของมนุษย์ทุกคน ด้วยการกำหนดขอบเขตใน ครอบครัว

การกำหนดขอบเขตในครอบครัว

ในชีวิตคู่จำเป็นต้องมีขอบเขตระหว่างบุคคล และมีขอบเขตที่สำคัญ 2 ชนิด คือ

1. ขอบเขตระหว่างคู่สมรสกับระบบอื่น

ระบบคู่สมรสเป็นระบบย่อยหนึ่งในระบบครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว เดิม และระบบลูก ขอบเขตเป็นเหมือนเส้นกั้นอาณาเขตระหว่างคู่สมรสกับระบบอื่น ภายใน ขอบเขตนี้คู่สมรสมีหน้าที่และวิถีปฏิบัติต่อกันที่คนนอกไม่ควรเข้ามาแทรกแซง ขอบเขตเป็นสิ่งที่ สำคัญที่ทำให้คู่สมรสมีอิสระจากครอบครัวเดิมและจากลูก

การสร้างขอบเขตเป็นกระบวนการที่ค่อย ๆ เกิดขึ้น

คู่สมรสในฐานะที่เป็นระบบย่อยใหม่ ที่เพิ่งก่อสร้างขึ้น จะลดความผูกพันที่เคยมีต่อ ระบบอื่น ๆ เช่น ครอบครัวเดิม เครือญาติ หรือเพื่อนฝูงที่เคยผูกพันแน่นแฟ้นมาก่อน ทั้งนี้ เพื่อมา สร้างความผูกพันใหม่ระหว่างกัน ซึ่งจำเป็นจะต้องแน่นแฟ้นกว่าความผูกพันอื่นที่เคยมีมาและ ภาระจะกลายมาเป็น “บุคคลสำคัญ” ในชีวิตของกันและกัน บุคคลอื่นหรือความสัมพันธ์อื่น จะลด ความสำคัญลงไป และจะมีขอบเขตขึ้นมาระหว่างเขาทั้งสองกับบุคคลในระบบอื่น

2. ขอบเขตระหว่างสามีภรรยา

ขอบเขตแบบนี้เป็นขอบเขตส่วนบุคคล (Personal boundary) ซึ่งเปรียบได้กับรั้วที่กั้นไว้ ไม่ให้ใครมาล่วงล้ำตัวตน (Self) ของบุคคลนั้น

เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด การมีขอบเขตที่เหมาะสมระหว่างบุคคลทั้งสอง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ขอบเขตจะต้องไม่แข็งเกินไปจนอีกฝ่ายหนึ่งเข้ามาไม่ได้ เป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ขาดปฏิสัมพันธ์กัน ในขณะเดียวกันก็ต้องไม่อ่อนจนเกินไปจนถูกแทรกแซงหรือถูกรบกวนจากอีกฝ่ายหนึ่งตลอดเวลา และไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีอิสรภาพที่จะคิด พูด หรือกระทำในสิ่งที่ตนเองพอใจ

ระบบคู่สมรสจะดำเนินได้ดี เมื่อคู่สมรสมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และกับระบบภายนอก ขอบเขตของระบบคู่สมรส จะต้องมีความแข็งแกร่งพอที่จะคงความสัมพันธ์ระหว่างกันไว้ โดยไม่ให้ใครมาก้าวล่วง แต่ก็ยืดหยุ่นพอที่จะให้มีการเกิดความสัมพันธ์กับระบบอื่นด้วย

การจัดการกับภาวะวิกฤติในครอบครัว

ภาวะวิกฤติในครอบครัว คือ ภาวะที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นในครอบครัวแล้ว มีผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เป็นทุกข์ใจ กังวลใจ ไม่สบายใจ เช่น มีการสูญเสียสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว มีการเจ็บป่วย และพิการ มีความขัดแย้งในครอบครัว มีภาวะบิบบั่นทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

ภาวะวิกฤติในครอบครัวมีโอกาสเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งในระดับรุนแรงน้อยจนกระทั่งรุนแรงมาก ภาวะวิกฤติในครอบครัว เป็นภาวะที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ ถือเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ความสำคัญอยู่ตรงการเข้าใจ ยอมรับและจะบริหารจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นอย่างไร หลักการสำคัญง่าย ๆ ในการจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว คือ

รับรู้และเรียนรู้ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว อย่างมีสติสัมปชัญญะ ตระหนักอยู่เสมอว่าปัญหาทุกปัญหามีทางออกและทางแก้ไข ขอเพียงให้มีสติทบทวน คุณลักษณะปัญหาสาเหตุ และค้อย ๆ พิจารณามองหาแนวทางในการแก้ไข ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวคนสำคัญ จะยังหันหน้าเข้าปรึกษาหารือเพื่อพิจารณา วิเคราะห์ร่วมกันถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง เพื่อแก้ไขให้ตรงกับสาเหตุ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก็แก้ที่ตรงนั้น การพิจารณาเพื่อหาสาเหตุของการเกิดปัญหาในครอบครัวนั้น จะต้องพยายามวิเคราะห์ด้วยใจเป็นกลาง ปราศจากอคติใด ๆ ทั้งสิ้น ปัญหาบางปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในครอบครัวนั้น เป็นปัญหาที่เกิดจากสาเหตุร่วมของสมาชิกหลาย ๆ คน ที่ร่วมกันใช้ชีวิตในครอบครัว โดยไม่คาดคิดว่าจะก่อให้เกิดปัญหาอันเป็นผลกระทบตามมาสมาชิกทุกคนก็ต้องร่วมกันคิดวิเคราะห์ แบ่งประสบการณ์ร่วมกัน แบบองค์รวม ปรึกษาหารือร่วมกัน ในขั้นตอนของการรับรู้และเรียนรู้ภาวะวิกฤติที่เกิดในครอบครัวนั้น ต้องยอมรับให้ได้เสียก่อนว่าเป็นปัญหาจริง ๆ จึงค่อย ๆ พิจารณาหาสาเหตุของปัญหา

ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาในครอบครัว แล้ว ยังขาดความมั่นใจ ก็สามารถปรึกษากับผู้รู้เพื่อฟังความคิดเห็น ประกอบการตัดสินใจได้ว่าเป็น

ปัญหาที่แท้จริงหรือไม่ โดยสรุปสุดท้ายของการตัดสินใจว่าเป็นปัญหาและสาเหตุของปัญหานั้นมาจากการตัดสินใจ และยอมรับร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว จึงจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขโดยครอบครัวได้อย่างสันติสุข

การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำได้ตลอดทุกช่วงของชีวิต ตั้งแต่ในระยก่อนแต่งงาน ระยแต่งงาน และระยมีบุตร ไปจนกระทั่งถึงช่วงลูกเติบโตเป็นผู้ใหญ่และแยกจากออกไปสร้างครอบครัวใหม่ ทั้งนี้เพราะชีวิตครอบครัวมีการเติบโตและเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของคนในครอบครัว การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว มีอยู่หลายแนวทางด้วยกัน ในที่นี้จะกล่าวถึงแนวทางส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้ฐานคิดจากประเด็นปัญหาที่มักพบจากการใช้ชีวิตคู่ดังนี้

- ความแตกต่างระหว่างผู้ชายและผู้หญิง
- การไม่ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน
- การมองความจริงเพียงด้านเดียว
- ขอบเขตที่ไม่เหมาะสม
- การได้และการรับที่ไม่สมดุล -
- ความคาดหวังที่ไม่เหมาะสม

ความแตกต่างระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

ผู้ชายและผู้หญิงจะต้องเข้าใจธรรมชาติของความแตกต่างระหว่างเพศ ยอมรับ เรียนรู้ และปรับตัว ให้สอดคล้องกับธรรมชาติของความเป็นเพศหญิง และชาย เนื่องจากความแตกต่างระหว่างเพศเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในชีวิตคู่ได้บ่อยครั้ง การวิจัยพบว่าผู้ชายและผู้หญิงมีความแตกต่างกัน ดังตาราง

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

เรื่อง	ลักษณะของผู้ชาย	ลักษณะของผู้หญิง
ความคิด	-ไม่เหตุผลมากกว่า	-ใช้สัญชาตญาณและความรู้สึกมากกว่า
ความผูกพัน	-ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง -ถือว่าการงานและโลกภายนอกมีความสำคัญ	-ต้องการความใกล้ชิด ผูกพัน -ถือว่าความสัมพันธ์เป็นเรื่องสำคัญ
อารมณ์ความรู้สึก	-ไม่ค่อยสนใจความรู้สึก -เก็บอารมณ์ ความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออก	-สนใจความรู้สึก -แสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกมากกว่า และชัดเจนกว่า
ความขัดแย้ง	-มักหลีกเลี่ยง ไม่พูดถึงความขัดแย้ง	-มักพูดคุยเพื่อจัดการกับความขัดแย้งให้จบสิ้นไป
อำนาจความสัมพันธ์	-ต้องการเป็นผู้นำ และมีอำนาจมากกว่า	-ต้องการความสัมพันธ์ที่มีอำนาจเท่าเทียมกัน

การไม่ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน

บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของบุคลิกภาพ ความคิด ความรู้สึก วิธีการมองปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งในความแตกต่างเหล่านั้นก่อให้เกิดได้ทั้งผลลัพธ์ที่ดี และผลลัพธ์ที่ไม่ดี ของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของความแตกต่างเหล่านั้นหรือไม่ คู่สมรสจะต้องปรับมุมมองให้ได้ประโยชน์จากความแตกต่างระหว่างกันที่กำลังประสบอยู่ ขึ้นแรกต้องมีจิตใจที่ยอมรับเสียก่อนว่าความแตกต่างระหว่างบุคคลนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดา จากนั้นจึงเรียนรู้และยืดหยุ่นประคับประคอง ปรับตัวเข้าหากัน โดยให้คุณค่าทั้งความแตกต่าง และความเป็นปัจเจกบุคคลของอีกฝ่ายหนึ่ง

การมองความจริงเพียงด้านเดียว

บุคคลมีความรู้สึกได้หลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เช่น ทั้งรัก ทั้งเกลียด และความรู้สึกก็สามารถเปลี่ยนแปลงไปมาได้ เช่น บางครั้งชอบ บางครั้งไม่ชอบ บางครั้งสนใจ บางครั้งไม่สนใจ ฉะนั้นการเชื่อหรือคิดว่าคนเรามีความรู้สึกได้เพียงอย่างเดียว ก็ก่อให้เกิดปัญหาได้สามิภรรยาจึงต้องหัดมองรอบด้าน ทั้งมองตนเอง อีกฝ่ายหนึ่ง และสิ่งรอบตัวด้วยความคิดที่ยืดหยุ่นตามสภาพแท้จริง

หลักเรื่องการมองโดยเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง และตัดสินใจถูกต้อง เพราะสิ่งนั้นเป็นพฤติกรรม ความคิดของเด็กที่ถือตนเองเป็นศูนย์กลาง (Ego-Centric) ก็จะทำให้ชีวิตมีปัญหาแน่นอน

การมีความคิดในเชิงลบ

ความคิดในเชิงลบ หรือคิดในสิ่งที่ไม่ดีของคู่สมรส เป็นตัวบั่นทอน หรือเป็นบ่อนทำลาย ที่สำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัว ความสุขในชีวิตคู่จะมีขึ้นได้จากการที่สมาชิกในครอบครัว สามีภรรยาจะต้องมองกันและกัน ในแง่บวกเสมอ พร้อมสนับสนุน และรู้จักให้แรงเสริมหรือรางวัล เพื่อเป็นกำลังใจที่จะทำดียิ่ง ๆ ขึ้นไป การมองกัน ในแง่บวกเป็นเทคนิคสำคัญของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน เพราะเป็นการดึงความรู้สึกดี ๆ ที่ซ่อนเร้นอยู่ให้ปรากฏออกมาชัดเจน และส่งเสริมให้แต่ละคนมองกัน ในแง่บวกมากขึ้น ไม่มีใครในโลกนี้ที่คิดพร้อมสมบูรณ์แบบ โอกาสผิดพลาดเกิดขึ้นได้เสมอ แต่จะต้องฝึกหัดเรียนรู้ และมองความผิดพลาดเหล่านั้นในแง่บวก และนำมาช่วยพัฒนา ปรับปรุงชีวิตสมรส ณ ปัจจุบัน โดยยึดหลักการให้อภัย ร่วมกับการใช้อารมณ์ขัน ก็จะช่วยให้ชีวิตสมรสดำเนินไปอย่างราบรื่น

ขอบเขตที่ไม่เหมาะสม

การใช้ชีวิตคู่ มีโอกาสในการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลสูง เพราะถือว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ตามกฎหมาย ซึ่งการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เป็นเหตุทำลายความสงบสุขส่วนบุคคลและถูกลาม กลายเป็นความไม่สงบสุขของครอบครัวได้ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการเป็นส่วนตัวเป็นของตัวเอง ฉะนั้นระบบครอบครัวจะต้องไม่ทำลายความเป็นส่วนตัวของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวขึ้นมาอย่างเหมาะสม กล่าวคือ ยอมรับทั้งความเป็นส่วนตัวและความเป็นส่วนรวมที่จะต้องไปด้วยกัน โดยแต่ละฝ่ายจะต้องมี อิสรภาพพอสมควร ทั้งนี้และทั้งนั้นสามารถที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกันด้วยความ เข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน

การให้และการรับที่ไม่สมดุล

การให้และการรับที่ไม่สมดุล เป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดความรู้สึกสมดุลตามความต้องการ ของแต่ละฝ่าย เพราะเป็นการมองต่างมุม ที่สำคัญคือคนทั้งคู่จะต้องยอมรับและพูดคุยกันถึง ความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เมื่อเกิดความรู้สึกถึงความไม่สมดุลของการให้และการรับ และร่วมมือกัน พิจารณาหาแนวทางในการแก้ไข บางครั้งเมื่อฝ่ายหนึ่งอาจจะรู้สึกเหมือนถูกเอาเปรียบก็จะเกิด ความรู้สึกน้อยใจ ขุ่นเคืองใจ แต่ถ้าหากได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจ โดยอีกฝ่ายหนึ่งแสดงหรือรับรู้ ถึงคุณค่าของอีกฝ่ายที่เสียสละในการให้ก็จะเป็นการดี

ความคาดหวังที่ไม่เหมาะสม

ความคาดหวังที่ไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง ก่อให้เกิดความผิดหวัง ความเสียใจ ความทุกข์ ความวิตกกังวล ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นความรู้สึกที่บั่นทอนสัมพันธภาพระหว่างกันและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การที่ชีวิตคู่จะมีความสุขได้นั้น สามีและภรรยาจะต้องดำรงชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ยอมรับและลดความคาดหวังที่เป็นไปไม่ได้ลง หรือเปลี่ยนความคาดหวังที่เคยมีนั้นเสีย เพื่อให้มีความเป็นไปได้มากขึ้น โดยแต่ละฝ่ายจะต้องจัดการกับความรู้สึกผิดหวังในความจำกัดของอีกฝ่ายหนึ่ง ได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของคู่สมรส

สเปนเยอร์ (Spanier, 1976, p. 15) ให้ความเห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีลักษณะเป็นกระบวนการ ซึ่งมีลักษณะเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงเป็นการวัด ณ จุดหนึ่งของเส้นตรง ซึ่งอาจวัดตรงจุดที่ปรับตัวได้ดี ซึ่งอยู่ที่ปลายข้างหนึ่งหรืออาจเป็นการวัด การปรับตัวไม่ได้ ซึ่งอยู่ที่ปลายอีกข้างหนึ่งมากกว่าการวัดกระบวนการปรับเปลี่ยน และการวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส คือ การวัดองค์ประกอบดังต่อไปนี้คือ

1. ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส คู่สมรสควรมีก่านิยมพื้นฐานและเป้าหมายของชีวิตที่สอดคล้องกัน ซึ่งช่วยให้สัมพันธภาพทั้งระหว่างคู่สมรสและระหว่างคู่สมรสกับสังคมเป็นไปอย่างราบรื่น และก่อให้เกิดความพึงพอใจกัน ช่วยให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ใช้ชีวิตร่วมกันอย่างแท้จริงและอย่างมีความสุข ไม่ใช่ต่างคนต่างทำจากรายงานการวิจัยพบว่า คู่สมรสมีความสุขมีความเห็นสอดคล้องกันมากกว่าคู่สมรสที่ไม่มีความสุขในเรื่อง การพักผ่อนหย่อนใจ ศาสนา ความมีระเบียบแบบแผน ปรัชญาชีวิต เพื่อน การเลี้ยงดูบุตร และการเงินของครอบครัว (สุภาพรรณ โคตรจรัส, 2521; วัณมัย สุขวนวัฒน, 2541)

2. ความพึงพอใจในคู่สมรส เป็นการที่สามีภรรยาได้รับความสุข ความสบายใจ ความเพลิดเพลินใจ เนื่องจากสิ่งที่คาดหวังไว้เป็นจริง (Burr, 1970; บังอร ด้อยดิ่ง, 2543) รวมทั้งการมีความพอใจต่อการตอบสนองทางเพศซึ่งกันและกัน มีพฤติกรรมทางเพศที่สอดคล้องกัน และสอดคล้อง ตรงกันกับความต้องการของแต่ละฝ่าย ซึ่งจะส่งผลให้สัมพันธภาพของคู่สมรสเป็นไปด้วยดี

3. ความกลมเกลียวของคู่สมรส โดยคู่สมรสต้องมีความรับผิดชอบซึ่งกันและกันภายในครอบครัว เมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเจ็บป่วย อีกฝ่ายจะต้องเพิ่มความรับผิดชอบมากขึ้นด้วยความเต็มใจ การที่สามีภรรยาได้เสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้ใช้เวลาว่างร่วมกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการพูดคุยปรึกษาหารือกัน และมีการแบ่งหน้าที่ภาระในครอบครัว จะทำให้คู่สมรสเห็นคุณค่าของ

กันและกัน (Yurick, 1984) การได้ร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ เช่นนี้จะทำให้สามีภรรยา มีความผูกพันกันมากขึ้น

4. การแสดงความรักของคู่สมรส เนื่องจากความรักเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเป็นตัวส่งเสริมให้สามีภรรยาสามารถปรับตัวและหันหน้าเข้าหากันและพยายามทำในสิ่งที่คู่สมรสต้องการ แต่ความรักอาจลดลงได้เมื่อแต่งงานไปนานแต่สิ่งที่ตามมาคือ ความผูกพัน สามีภรรยาที่มีความสุข จะต้องมีความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ห่วงใยกับความสุข มีทั้งการให้และการรับ รู้จักผ่อนหนักเป็นเบาและมีความอดทน (Jourard, 1970)

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วนั้นล้วนเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสามีภรรยา ซึ่งจะทำให้ชีวิตสมรสมีความสุข แต่ในทางกันข้ามสามีภรรยาไม่สามารถปรับตัวเข้าหากันได้ ถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีก็จะเกิดความขัดแย้งในครอบครัว เพราะการที่ชายหญิงมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิตครอบครัวในฐานะสามีภรรยา นับตั้งแต่ความเป็นอยู่ การแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน การใช้จ่ายในครอบครัว ตลอดจนถึงความสัมพันธ์ทางเพศ

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลในระยะคลอด เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามีภรรยาจะมีการปรึกษาหารือกันในเรื่องต่าง ๆ มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความห่วงใย ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร มีความเข้าใจถึงบทบาทและกิจกรรมของแต่ละฝ่าย ซึ่งจะเป็นสิ่งช่วยสนับสนุนด้านจิตใจของผู้คลอดและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ในระยะคลอดได้ดีขึ้น ทำให้บิดาสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม อันเป็นผลให้ชีวิตครอบครัวประสบความสำเร็จด้วย

จากการศึกษาของ Kennell et al. (1991 อ้างถึงใน ชุณหสาชาด, 2546) ในปี ค.ศ. 1991 พบว่า ในกลุ่มผู้คลอดที่มีเพื่อนช่วยคลอด จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง ระยะเวลากาลคลอดสั้นลง การใช้สารออกซิโทซินน้อยลง ความต้องการใช้ยาแก้ปวดแบบ Epidural การใช้เข็มช่วยคลอด ภาวะมารดาแม่ไข้หลังคลอด และปัญหาทารกปรักำเนิดลดน้อยลง โดยทั้งหมดนี้ต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีเพื่อนช่วยคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาของคนยา ธนะอุดม (2539) ในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 400 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ คือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พฤติกรรม การใช้เครื่องเค็มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การเล่นเกมพนัน จำนวนบุตร สถานภาพสมรส ประเภทครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี การเผชิญเหตุการณ์เครียด และการรับรู้บทบาทเพศหญิงและเพศชายของหญิงตั้งครรภ์ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเหตุของการ

เกิดความรุนแรงในครอบครัวนั้น บางปัจจัยเป็นปัจจัยที่ยากแก่การแก้ไข แต่สามารถช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ โดยการให้กำลังใจและแนะนำให้รู้จักวิธีการเผชิญปัญหา หรือรู้จักเลี่ยงการเกิดการความรุนแรงด้วยมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งการใช้สถานที่ที่ปลอดภัยในการพักอาศัยชั่วคราว

ส่วนในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีนั้น ก็เป็นไปในทำนองเดียวกับที่กล่าวข้างต้นคือ ระบบการฝากครรภ์ จะต้องมีช่วงของการฝากครรภ์โดยครอบครัวให้สามีมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ในเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และอื่น ๆ รวมทั้งความรุนแรงในครอบครัว อันเกี่ยวเนื่องกับการปรับปรุงสัมพันธภาพในชีวิตครอบครัว ที่เป็นการสอดแทรกทั้งวิธีการและเนื้อหา โดยคู่สามีภรรยาไม่ได้ล่วงรู้ว่ามี การปรับปรุงสัมพันธภาพรวมอยู่ด้วย และจากการทดลองของพนิดา อยู่ชัชวาล ที่ทำการทดลองในกลุ่มสมรส ที่ภรรยาตั้งครรภ์แรกมีกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ ผลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงระหว่างสามี ภรรยา การรับรู้การปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาและการปฏิบัติตนระหว่างสามีภรรยาเมื่อมีความรุนแรงดีขึ้น ($P\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการส่งเสริมสัมพันธภาพ และทักษะการสื่อสารระหว่างสามีภรรยา เพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว

ฉะนั้นการส่งเสริมสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสารระหว่างสามีภรรยา เพื่อลดความรุนแรงนั้น สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้ ด้วยระบบการบริการที่เน้นการพัฒนาสัมพันธภาพ

ผลการศึกษาของ ประภัศร รูปมงคล (2547) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่กินกับคู่สมรส 1-3 ปี จำนวน 850 คน ผลพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในชีวิตสมรส มี 3 กลุ่มปัจจัยหลัก ($P\text{-value} < 0.05$)

คือ

1. ปัจจัยก่อนสมรส ได้แก่ ความพร้อมด้านการเงิน
2. ปัจจัยขณะสมรส ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว
3. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งการสนับสนุนจากสามีในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดที่ควรจะต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด

ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงมากมายหลายประการในตัวสตรี อันเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ ที่สำคัญประการหนึ่งของการเปลี่ยนแปลง คือ จะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นภรรยามาเป็นบทบาทการเป็นมารดา จึงต้องมีการเตรียมตัว โดยการเรียนรู้ที่จะทำบทบาทการเป็นมารดาให้ดีที่สุด ช่วงการเปลี่ยนแปลงเพื่อบทบาทใหม่นั้น เป็นการปรับตัวเพื่อที่จะทำหน้าที่มารดาอย่างมีความสุข โดยเฉพาะในหญิงครรภ์แรกที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การเป็นมารดาก่อน

ผลการศึกษาของจินตนา วัชรสินธุ์ (2533) ในกลุ่มตัวอย่างหญิงครรภ์แรก อายุ 21-35 ปี อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ จำนวน 300 คน พบว่า ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในชีวิตสมรส การวางแผนการตั้งครรภ์ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรก ($P\text{-value} < 0.05$)

ฉะนั้นในการพัฒนาครอบครัวในช่วงระยะตั้งครรภ์ ควรมุ่งเน้นในเรื่องของสัมพันธภาพในชีวิตสมรส อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเป็นการช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น โดยใช้ประเด็นการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยครอบครัว ให้ทั้งสามีและภรรยาร่วมกัน รับผิดชอบต่อการดูแลทารกในขณะตั้งครรภ์ และดูแลสุขภาพของภรรยาในระยะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะการตั้งครรภ์ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างชายหญิงที่เป็นผู้ให้กำเนิด ในขณะเดียวกันก็เป็น โอกาสของการพัฒนาหรือสร้างสัมพันธภาพในชีวิตสมรสไปพร้อม ๆ กัน ส่วนในตัวหญิงตั้งครรภ์เองก็จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติพัฒนกิจของมารดาได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งในที่นี้มีพัฒนกิจของมารดาในระยะตั้งครรภ์ 6 เรื่อง คือ

1. การยอมรับการตั้งครรภ์
2. การสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์
3. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง
4. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ
5. การเตรียมตัวก่อนคลอด
6. การยอมรับบทบาทการเป็นมารดา

และจากผลการทดลองของ อุส่าห์ ชุติปัญญบุตร (2545) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 30-32 สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่า การใช้ตัวแบบร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถกระทำตามพันธกิจของมารดาทั้ง 6 เรื่องดังกล่าวข้างต้นได้ดีขึ้น ($P\text{-value} < 0.05$)

ระยะหลังคลอด สามีสามารถมีส่วนร่วมได้ทั้งในการดูแลบุตร และช่วยสนับสนุนให้สตรีหลังคลอดปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้นดังผลจากการทดลองของ สุกิจ ภู่วัฒน (2539) ในกลุ่มทดลอง 20 ค่า และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ผลพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่สามีของสตรีหลังคลอดครรภ์แรกสามารถกระตุ้นให้สามีมีแรงสนับสนุนแก่ภรรยาได้ และทำให้สตรีหลังคลอดครรภ์แรกมีความรู้และการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอดได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ($P\text{-value} < 0.05$)

Folkman et al. (1986) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาในกลุ่มคู่สมรส จำนวน 85 คู่ โดยการสัมภาษณ์สิ่งที่มาจากความชีวิต และใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา โดยปรับปรุงจาก Folkman

and Lazarus (1980) โดยแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาได้ 8 วิธี คือ

- 1) การเผชิญหน้า (Confrontive Coping) เป็นความพยายามอย่างแข็งขันในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ร่วมกับมีความโกรธหรือทำในสิ่งที่เสี่ยง
- 2) การถอยห่าง (Distancing) ความพยายามแยกตนเองออกมา มีการมองในทางบวก
- 3) การควบคุมตนเอง (Self Control) เป็นความพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเอง หรือควบคุมการกระทำ
- 4) การค้นหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นการหาการสนับสนุนทางด้านข้อมูล การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนทางอารมณ์
- 5) การยอมรับเป็นความรับผิดชอบของตน (Accept Responsibility) ยอมรับว่าตนมีบทบาทในปัญหา และพยายามทำในสิ่งที่ถูกต้อง
- 6) การหลบหนี-หลีกเลี่ยง (Escape - Avoidance) เป็นความคิดในสิ่งที่ปรารถนา และพยายามมีพฤติกรรมหลบหนี หรือหลีกเลี่ยง
- 7) การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planful Problem-Solving) พยายามใคร่ครวญปัญหา เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ร่วมกับการวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญห
- 8) การประเมินในทางบวก (Positive Reappraisal) พยายามสร้างความหมายในทางบวก โดยเน้นความเจริญงอกงามของบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินขั้นปฐมภูมิผู้สมรสประเมินสิ่งที่ถูกคามชีวิตคือ การถูกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การถูกคามต่อความสุขของบุคคลที่รัก การถูกคามต่อสุขภาพทางร่างกาย รวมทั้งแหล่งการเงิน ในการประเมินขั้นทุติยภูมิ มีการประเมินทางเลือก 4 ทาง และในแต่ละทางเลือกมีวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันคือ การประเมินว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีวิธีการเผชิญที่เด่นชัด คือ การเผชิญหน้า การยอมรับเป็นความรับผิดชอบของตนเอง การวางแผนแก้ไขปัญหาและการประเมินในทางบวก เมื่อมีการประเมินว่ายอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเผชิญแบบถอยห่างและการหลบหนี-หลีกเลี่ยง ในการประเมินว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก่อนที่จะจัดการกับปัญหา มีการเผชิญปัญหา โดยการควบคุมตนเอง ค้นหาการสนับสนุนทางสังคม และวางแผนแก้ไขปัญหา สำหรับการประเมินว่า ต้องระงับการกระทำในสิ่งที่ต้องการไว้ก่อน มีการเผชิญแบบควบคุมตนเอง การเผชิญหน้า การหลบหนีหลีกเลี่ยง

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับความพึงพอใจในบริการและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

การดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ และการตอบสนองความต้องการของครอบครัว ซึ่งความหมายของครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในเรื่องต่อไปนี ได้แก่ การให้ข้อมูล การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ความยืดหยุ่นในการดูแลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ในระยะคลอด โดยคำนึงถึงโครงสร้างของครอบครัวประวัติความเป็นมาทางเลือกของครอบครัว จุดอ่อน-จุดแข็ง และความต้องการของครอบครัวอย่างแท้จริง แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้จะเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอด ครอบครัวและทีมสุขภาพด้วย (Phillips, 1996) ซึ่งแบ่งเป็น 7 ด้าน

1. การให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจและวางแผนการดูแล

หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้คลอดและครอบครัวร่วมให้ข้อคิดเห็นและแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และลัมเบย์ (Brown & Lumley, 1994) ที่ทำการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการดูแลในระยะรอคลอดและคลอดพบว่า การที่ผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ควรจะได้รับนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้คลอดมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลในระยะรอคลอดและคลอด สำหรับความคิดเห็นของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจและการวางแผนการดูแลนั้นมีความพึงพอใจเช่นกัน เพราะได้รับรู้ตลอดความแพทย์หรือพยาบาลวางแผนการรักษาอย่างไร ทำให้ไม่รู้สึกวิตกกังวล

2. การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ หมายถึง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและ

ครอบครัวในทุกระยะของการคลอด การแจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอดและผลการตรวจต่าง ๆ การอธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการปฏิบัติกรพยาบาลให้ทราบก่อนให้การรักษาพยาบาลและการอธิบายในสิ่งที่ซักถามหรือสงสัย. ส่วนความต้องการในเรื่องการให้ข้อมูลข่าวสารในระยะต่าง ๆ ของการคลอดนั้น คล๊าส แอฟฟอนโซและแฮร์ริส (Clark, Affonso, & Harris, 1979, p. 360) กล่าวว่า พยาบาลต้องให้ตรงตามความต้องการและถูกต้องกับระยะเวลา ในระยะต่าง ๆ ของการคลอดไว้ดังนี้

2.1 ระยะแรกควรแนะนำให้ทราบถึงกฎระเบียบ สถานที่ต่าง ๆ ในห้องคลอด รวมถึง

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ ยุวดี ภาษา และคณะ (2532, หน้า 32) พบว่าผู้คลอดได้รับคำแนะนำเรื่องกฎระเบียบน้อยที่สุดร้อยละ 35.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิริรัตน์ พุ่มทองตรู

(2533, หน้า 108) พบว่าผู้คลอดไม่ได้รับคำชี้แจง แนะนำภาวะเบี่ยงของโรงพยาบาลให้ทราบ ในระยะปกมคลุกเปิดช้า (Latent Phase) ควรแนะนำเรื่องการควบคุมการหายใจ การบรรเทาความเจ็บปวด และระยะปกมคลุกเปิดเร็ว (Active Phase) ควรอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของการคลอด เสียงหัวใจทารก สอนวิธีการเบ่งอย่างถูกวิธี จากการศึกษาของ แม็คเคย์ และสมิท (McKay & Smith, 1993) ได้ศึกษาพบว่าผู้คลอด ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และทารกในครรภ์ ซึ่งมารดาารู้สึกว่าได้รับคำอธิบายไม่กระจ่างชัด เช่นการเบ่งคลอด ทารกมีอันตรายมากน้อยเพียงใด

2.2 ระยะที่สองควรให้คำแนะนำที่สั้น ๆ ง่าย ควรสอนในสิ่งที่กำลังเป็นอยู่ ทันทีที่เด็กเกิดควรบอกเพศบุตรแก่มารดาทันที (Cranley, 1981; pp. 81-82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เหลืองอุบล (2536, หน้า 74) พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลให้ข้อมูลในระดับมากที่สุด และมารดามีความพึงพอใจในมากที่สุดคือ การบอกเพศเด็กทันทีเมื่อเด็กคลอด

2.3 ระยะที่สามและสี่ควรแนะนำ เรื่องการพักผ่อนและแผลฝีเย็บ และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

จากการศึกษาของอีวานส์ และเจฟฟรี (Evans & Jeffrey, 1995) พบว่าสิ่งที่สำคัญที่ผู้คลอดต้องการมากที่สุดในระยะรอคลอดและระยะคลอดคือ การได้รับคำแนะนำในระหว่างรอคลอดและระยะคลอด ความคิดเห็นของผู้คลอดเห็นว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากแต่ความคาดหวังของผู้คลอดนั้นขัดแย้งกับความคิดของพยาบาลที่ไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้

3. การจัดบรรยากาศเป็นส่วนตัวและอำนวยความสะดวก หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องรอคลอดและห้องคลอดให้มีบรรยากาศคล้ายบ้านและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้คลอดและครอบครัวใช้ได้ตามต้องการ ใช้ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนสีสดสดใส ติดโปสเตอร์แผ่นพับ วิธีการช่วยเหลือผู้คลอด จัดเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ อ่างน้ำใบเล็ก ผ้าเช็ดหน้า ผ้าขนหนู สบู่ หวี จาน ชามช้อน โต๊ะข้างเตียง เก้าอี้ หมอนอิง หนังสืออ่านเล่น สำหรับผู้คลอดและครอบครัวในห้องรอคลอดและห้องคลอด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่คลอด บรรยากาศและรูปแบบของการให้บริการมีผลกระทบต่อกาย สรีระ จิตและสังคมของผู้คลอดเป็นอย่างมาก สถานที่คลอดที่มีลักษณะคล้ายบ้าน มีความเป็นส่วนตัว อากาศถ่ายเทสะดวก สบาย สงบ แสง เสียง และอุณหภูมิพอเหมาะจะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกสะดวก สบายและผ่อนคลาย (เจียรนัย โพธิ์ไทรย์, 2543, หน้า 15)

4. การยืดหยุ่นในการดูแล หมายถึง การอนุญาตให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้คลอดได้ตามต้องการ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและครอบครัวทำในสิ่งที่ต้องการโดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้คลอด ครอบครัว ทารกและบุคคลอื่น การให้สามีเข้าไปมีส่วนร่วมในระยะคลอดผลที่ตามมาก็คือ ผู้คลอดคลายความหวาดกลัว มีการควบคุมตนเองได้ดี มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ลดความ

เจ็บปวดในระหว่างการคลอด ใช้เวลาในการคลอดสั้นลง ทั้งผู้คลอดและครอบครัวมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในระยะคลอด และที่สำคัญเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา และบุตร (โรงพยาบาลมาเลเซีย, 2541; นันทิญา ทองชัย, 2540; ชัยรัตน์ ปิ่นทุรธัมพร, 2540; อุ่นเรือน อำไพพัสดร์, 2541)

5. การเคารพสิทธิส่วนบุคคล หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่แสดงถึงการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ได้แก่ การใช้คำพูดที่มีสรรพนามนำหน้าชื่อที่เหมาะสม (สิวลี สิริโล, 2539) การให้เกียรติการขออนุญาตก่อนให้การพยาบาล การไม่เปิดเผยร่างกายผู้คลอดโดยไม่จำเป็น ผลการศึกษาของคินท์ (Kintz, 1987, pp. 125-130) ได้ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมพยาบาลแบบสนับสนุนประทับใจประกอบในระยะคลอดของพยาบาล ด้วยการสอบถามผู้คลอดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดมีความต้องการให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้คลอดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิริตัน พุ่มทองครู (2533, หน้า 108) พบว่า ผู้คลอดมีความคิดเห็นต่อปฏิบัติการพยาบาลว่าได้รับการเปิดเผยร่างกายของผู้คลอด ในขณะที่ให้การพยาบาลอยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาของประนอม ภูศรีทอง (2536, หน้า 55) พบว่าผู้คลอดรับรู้ว่าได้รับการดูแลจากพยาบาล ในพฤติกรรมเปิดเผยร่างกายของผู้คลอดในขณะที่ให้การพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เมื่อผู้คลอด ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ขาดการได้รับการเคารพในสิทธิของบุคคล จะทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกในทางลบไม่พึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาลได้ (Field, 1987, pp. 190-191) และความเสมอภาคในการ ได้รับการดูแลที่ทัดเทียมกับบุคคลอื่น ดังที่สุปราณี อัครเสรี และคณะ (2526) ได้ศึกษาพบว่าผู้คลอดมีความต้องการได้รับคำบอกเล่าก่อนที่จะปฏิบัติสิ่งใดให้ ต้องการให้จัดสถานที่มีทัศนียภาพการตรวจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลเช่นกัน

6. การดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมการดูแลของพยาบาลที่ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจตามการประเมินความต้องการของผู้คลอด และครอบครัวเพื่อความสุขสบายและการปฏิบัติตนได้ตามความเชื่อของตนเองและครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีค่าความเชื่อที่แตกต่างกัน ขึ้นกับภูมิหลังของวัฒนธรรม ประเพณีและการเลี้ยงดู ซึ่งความเชื่อที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลกับหญิงมีครรภ์ย่อมก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ หากพยาบาลไม่เคารพในความเชื่อทางวัฒนธรรมหรือค่านิยมส่วนบุคคล และมุ่งผลแต่ทางปฏิบัติเพียงอย่างเดียว โดยปราศจากการคำนึงถึงด้านจิตใจ ดังนั้นพยาบาลควรได้ผสมผสานระหว่างการพยาบาลกับความเชื่อส่วนบุคคลเข้าด้วยกัน ถ้าความเชื่อนั้นไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล ก็ไม่ควรจะไปขัดขวางหรือดูค้ำว่ากล่าว อันจะเพิ่มความเครียดแก่หญิงมีครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เช่น อนุญาตให้ติดผ้ายันต์ที่หัวเตียง หรือเอาพระพุทธรูปปกติดตัว หรือแขวนพวงมาลัยไว้ที่หัวเตียง เป็นต้น (พิริยา ศุภศรี, 2535)

นิสากร แก้วพิลา (2545) วิจัยเรื่องความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทคือผู้ที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้แก่การดำเนินชีวิต การทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2545 จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาคัดแปลงมาจากแบบสอบถามของอิซซา เชื่อนม้น และภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับความสามารถรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในฐานะผู้ดูแล ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล และความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผลการศึกษานี้ สามารถเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท