

บทความวิชาการ

การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : จากปรัชญาสู่การปฏิบัติ (Family-centered maternity nursing : From philosophy through practice)



ผศ.พิริยา ศุภศรี*

Piriya Suppasri

การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) เป็นปรัชญาที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความมั่นคงของสุขภาพบุคคลและครอบครัว (May & Mahlmeister, 1990) เป็นปรัชญาที่ได้รับการพิสูจน์ด้วยหลักฐานทางวิชาการแล้วว่าเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยเฉพาะในการพยาบาลมารดาและทารก เพราะช่วยให้มารดาครอบครัวเกิดการพัฒนา และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ปรัชญานี้ได้รับการยอมรับและปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในสังคมตะวันตกมาเป็นเวลาหลายทศวรรษแล้ว ในสังคมไทย คำว่า “การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” เป็นคำที่คุ้นหูสำหรับพยาบาลผู้ดูแลมารดาและทารกมานานแล้ว แต่สถานการณ์จริงของการปฏิบัติพยาบาลในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า ยังไม่สามารถนำ

ปรัชญาไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางมากกว่ายึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในปรัชญานี้ จึงมีการนำปรัชญานี้ไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน บทความนี้จึงขอเสนอความเป็นมาของปรัชญาการพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการนำปรัชญาไปสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยขยายความกระจ่างในปรัชญานี้ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

วิวัฒนาการ

ปรัชญาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเกิดและวิวัฒนาการมาในบริบทของสังคมอเมริกา ในอดีตกาล สังคมอเมริกาก็เหมือนกับสังคมอื่นๆ คือ การตั้งครรภ์และการคลอดเกิดขึ้นที่บ้าน ได้รับการช่วยเหลือโดยผดุงครรภ์ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด จนกระทั่งราวต้นศตวรรษที่ 20 หญิงตั้งครรภ์นิยมมาคลอดที่แพทย์ในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจาก

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิทยาการด้านสูติศาสตร์ก้าวหน้ามาก สูติแพทย์ถูกฝึกมาคล้ายเป็นศัลยแพทย์ มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหามภาวะเสี่ยงสูงหรือภาวะแทรกซ้อน นิตยสารชื่อดังและผู้นำสตรีในขณะนั้นก็สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มาคลอดในโรงพยาบาล เพราะมองว่าเป็นการทำคลอดโดยผู้ที่มีความชำนาญ มีความทันสมัย และปลอดภัยมากกว่า ประชาชนเองก็หลงใหลกับการแพทย์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ มุมมองเกี่ยวกับการคลอดจึงถูกเปลี่ยนไป จากเดิมที่มองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ชีวิตทางสังคมและอารมณ์ที่แบ่งปันความรู้สึกร่วมกันระหว่างผู้คลอดกับสมาชิกในครอบครัว มาเป็นการคลอดเป็นเหตุการณ์ทางสรีรวิทยาทางการแพทย์ (Zwelling & Phillips, 2001) เมื่อมองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ทางสรีรวิทยาทางการแพทย์ วิธีปฏิบัติต่อมารดาจึงให้ความสำคัญกับมิติทางกาย และมองข้ามความสำคัญในมิติด้านจิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สมาชิกในครอบครัวถูกกีดกันออกจากกระบวนการคลอดโดยสิ้นเชิงด้วยนโยบายจำกัดการเยี่ยม เพราะมองว่าเป็นแหล่งของการแพร่เชื้อ (Leavitt, 1989) การคลอดเน้นที่การทำคลอดมากกว่ากระบวนการคลอด มีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาช่วยในการคลอด เช่น มีการใช้ยาแก้ปวด ยาสลบในการบรรเทาความเจ็บปวด ยาเหล่านี้แม้จะมีผลดีในแง่การบรรเทาความเจ็บปวด แต่ก็มีผลทำให้ผู้คลอดสูญเสียการรับรู้ จึงไม่สามารถรับรู้สิ่งที่ดีในห้วงเวลาแห่งการคลอด

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ผดุงครรภ์ค่อยๆ ถูกกลบตบหายไป ตำราทางการแพทย์พยาบาลสูติศาสตร์ในขณะนั้นส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้เขียน ซึ่งเน้นการทำคลอด ภาวะแทรกซ้อน

ความสำคัญของการคลอดเชื้อ และการพยาบาลที่ควบคุมสิ่งแวดล้อมของการคลอด พยาบาลเป็นตัวแทนแพทย์ในการควบคุมมารดาอย่างเข้มงวด ปฏิบัติต่อมารดาราวกับว่าเป็นผู้ป่วย (Martell, 2000) พยาบาลมีความเป็นเฉพาะสาขามากขึ้น เช่น พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลหลังคลอด พยาบาลทารกแรกเกิด การดูแลจึงเป็นแบบแยกส่วนมากกว่าองค์รวม เช่น แยกทารกแรกเกิดไปดูแลที่หอบริบาลทารกส่วนกลาง และจะนำมาให้มารดาเฉพาะเมื่อให้นมเท่านั้น

ต่อมาราว่ากลางศตวรรษที่ 20 รัชชาการดูแลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เริ่มมีการกล่าวถึงและค่อยๆ พัฒนาขึ้น เนื่องจากอิทธิพลของหลายปัจจัย เช่น

1. การค้นพบทฤษฎีเกี่ยวกับความผูกพันระหว่างมารดาและทารก งานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของความผูกพันในเชิงลบ ระหว่างมารดาและทารกที่ถูกแยกจากกันหลังคลอด (Klaus & Kennell, 1976 cited in Zwelling & Phillips, 2001) รวมทั้งงานวิจัยที่สนับสนุนปรัชชาการดูแลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่างได้ข้อสรุปตรงกันว่า การดูแลที่มุ่งเน้นความเจ็บป่วยและวิธีการปฏิบัติจะไม่ช่วยให้มารดา ครอบครัวพัฒนาทักษะ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้น การดูแลจะต้องปฏิบัติต่อบิตามารดาในฐานะผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบตนเอง โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ให้โอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง และสนับสนุนการตัดสินใจภายในขอบเขตที่พิสูจน์แล้วเป็นสิ่งดี (Enkin & et al., 2000)

2. กระแสเรียกร้องทางสังคม มีนิตยสาร

สตรีที่มีชื่อเสียงได้ตีพิมพ์บทความที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้ทารกอยู่ข้างกายมารดาหลังคลอด กระตุ้นให้มารดาเรียกร้องให้โรงพยาบาลอนุญาตให้ทารกอยู่ข้างกายมารดา และวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่เน้นงานประจำ

3. ความตระหนักของแพทย์ แพทย์บางคนเริ่มพูดถึงความเป็นมนุษย์ในกระบวนการคลอดมากขึ้น เช่น ดิค-รีด (Dick-Read, 1944 cited by Phillips, 1999) สูติแพทย์ชาวอังกฤษ เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในผลักดันให้มีการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ในกระบวนการคลอดมากขึ้น ด้วยงานเขียนชื่อ “การคลอดที่ปราศจากความกลัว” (Childbirth without fear) งานเขียนนี้กล่าวถึงทฤษฎี ความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) ซึ่งอธิบายไว้ว่า ความไม่สบายจากการคลอดจะเพิ่มขึ้นจากผลของความกลัวและความตึงเครียด หญิงตั้งครรภ์เริ่มมีการเตรียมตนเองเพื่อการคลอดด้วยวิธีการของ ดิค-รีด และพบว่าช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น และได้ประสบการณ์ที่ดีจากการคลอดด้วยวิธีนี้ แบริดเลย์ (Bradley, 1981 cited by Phillips, 1999) สูติแพทย์ชาวเดนมาร์ก ก็สนับสนุนการคลอดตามธรรมชาติ การประคับประคองจากสามี (Husband-coached childbirth) และไม่สนับสนุนการใช้ยาแก้ปวดหรือยาสลบทุกรูปแบบ

4. เกิดองค์กรที่สนับสนุนแนวคิดการคลอดตามวิถีทางธรรมชาติ เช่น สมาคมการศึกษาเตรียมคลอดแห่งชาติ (International Childbirth Education Association) สมาคมการป้องกันทางจิตด้านสูติศาสตร์ (The American Soci-

ety for Psychoprophylaxis in Obstetrics) สมาคมการคลอดโดยมีสามีเป็นโค้ชแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Husband-Coached Childbirth) เป็นต้น องค์กรเหล่านี้รณรงค์ให้ผู้หญิงเรียนรู้ความรับผิดชอบต่อความต้องการของตนเอง ทารกและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม เรียนรู้ด้านดีและไม่ดีของกิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด เช่น การโกนขนบริเวณอวัยวะเพศ การสวนอุจจาระ ทำคลอด ฯลฯ และสนับสนุนให้มีผู้อยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด เพื่อพัฒนาทักษะด้านการคิด และการกล้าซักถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพของตนเองและทารก

ในปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เรียนรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองแล้ว มีการแสวงหาสถานที่เหมาะสมสำหรับคลอดของตน จึงเกิดรูปแบบของสถานบริการการคลอดในเชิงธุรกิจที่หลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งใช้รูปแบบการดูแลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาเป็นจุดขายในการตลาดของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ เช่น ศูนย์การคลอดทางเลือก (Alternative birth centers) ศูนย์การคลอดอิสระ (Free-standing birthing centers) ซึ่งเป็นบริการที่จัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายบ้าน อนุญาตให้สามีอยู่ด้วยในขณะคลอด และทารกอยู่กับครอบครัวจนกว่าจะจำหน่ายออกจากศูนย์ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่ให้การดูแลมารดาและทารกในปัจจุบัน แม้ว่าจะเป็นบริการที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แต่ก็ยังมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ร่วมด้วย เช่น การบรรเทาปวดโดยฉีดยาเข้าทางไขสันหลัง การติดตามการเดินของหัวใจทารกในครรภ์ด้วย

ระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

วิชาชีพพยาบาลก็มีการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการปฏิบัติตามกระแสของการเปลี่ยนแปลง โดยเฮนเนล (Hennel, 1968 cited by Phillips, 1999) ซึ่งเป็นผู้จัดการพยาบาลได้ริเริ่มนำปรัชญาการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาปฏิบัติในแผนกมารดาและทารกเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ.1956 ซึ่งเขาเป็นผู้เลือกผู้ร่วมงานเอง รวมทั้งแม่บ้านที่มีความเชื่อและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานด้วยแนวปรัชญานี้ และในปี ค.ศ.1959 เวเดนแบค (Wiedenbach, 1959 cited by Phillips, 1999) พยาบาลผดุงครรภ์ก็เป็นอีกผู้หนึ่งที่จุดประกายความคิดเกี่ยวกับปรัชญานี้ โดยตีพิมพ์หนังสือเล่มหนึ่ง ชื่อ “การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นหนังสือที่ทำทนายรูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิม โดยกระตุ้นพยาบาลให้การดูแลประคับประคองด้วยความตระหนักและเข้าใจในความต้องการของมารดา ทารกและครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม กระแสของปรัชญานี้มีอิทธิพลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลมารดาและทารกอย่างช้าๆ เพราะผู้ปฏิบัติยังคงเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อมากกว่า การคำนึงถึงว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์สำคัญของครอบครัว การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงมักถูกตั้งคำถามบ่อยๆ ในประเด็นของความปลอดภัย

สำหรับสังคมไทย ในอดีตการคลอดก็เกิดขึ้นที่บ้าน ทำคลอดกันเองตามที่ปฏิบัติกันมาแต่โบราณ ผู้ทำคลอดมักเป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ต่อมาพัฒนามาเป็นทำคลอดโดยหมอดำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งเป็นชาวบ้านที่มีอาชีพในการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และ

การคลอด การแพทย์ในขณะนั้นยังไม่เจริญหมอดำแยมีความรู้ไม่มากเกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา กลไกการคลอด และการติดเชื้อ การทำคลอดมักไม่สะอาด ทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกค่อนข้างสูง รูปแบบการคลอดและการดูแลแบบสมัยใหม่เริ่มชัดเจนขึ้นในสมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่มีชาวตะวันตกเข้ามารับราชการเป็นนายแพทย์ประจำพระองค์ คือ นายแพทย์ปีเตอร์ เกาแวน ซึ่งได้ถวายการรักษาพยาบาลสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ เมื่อครั้งประสูติสมเด็จพระเจ้าฟ้าอิศรางค์เดชาวรุฒ ตามแบบตะวันตกและเลิกอยู่ไฟ รวมทั้งสมเด็จพระศรีพัชรินฯ ทรงมีพระราชปรารภว่า ประเทศไทยยังไม่มีแพทย์ผดุงครรภ์ที่มีความรู้แน่แท้จริง การคลอดบุตรจึงมีอันตรายมากสำหรับสตรี พระองค์ทรงพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ให้ตั้งสถานศึกษาวิชาพยาบาลขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2439 ซึ่งเป็นหลักสูตร 3 ปี จนกระทั่งถึง พ.ศ. 2499 วิชาการพยาบาลจึงได้รับการพัฒนามาถึงขั้นปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถเลือกเรียนวิชาผดุงครรภ์ต่อได้อีก 6 เดือน (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2544)

ในระยะแรกที่การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ยังมีไม่เพียงพอภาระหน้าที่การดูแลมารดาทารกส่วนหนึ่งยังเป็นของหมอดำแย หน่วยงานของรัฐจึงได้จัดการฝึกอบรมให้กับหมอดำแย เพื่อช่วยให้การคลอดปลอดภัย ลดการติดเชื้อและการตายของมารดาและทารกลง แต่เมื่อบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามลำดับ และมีการสร้างโรงพยาบาลทั่วราชอาณาจักร สุติกรรมแผนปัจจุบันได้ถูกนำไปให้บริการกับประชาชนทั่วประเทศในระดับจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504

เป็นต้นมา รวมทั้งการคมนาคมสะดวก ผู้คลอดจึงนิยมมาคลอดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีความปลอดภัยมากกว่า ซึ่งผู้ให้การดูแลมารดาและทารกในระยะแรกๆ เป็นผดุงครรภ์เมื่อวิชาชีพพยาบาลได้ยกระดับสูงขึ้น ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงเปลี่ยนมาเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ หมอตำแยจึงค่อยๆ ถูกลดบทบาทลงและหมดบทบาทไปโดยสิ้นเชิงในราว 30 - 40 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันกว่าร้อยละ ๑5 ของหญิงตั้งครรภ์มาคลอดในโรงพยาบาล (Kanshana, 2000) โดยพยาบาลผดุงครรภ์และแพทย์เป็นผู้ดูแล ซึ่งรูปแบบการดูแลมารดาและทารกในระยะแรกก็ได้รับอิทธิพลจากการแพทย์ตะวันตก ที่ให้ความสำคัญหรือเข้มงวดกับการป้องกันการติดเชื้อ ดูแลมารดาเหมือนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทารกถูกแยกไปอยู่ห้องอภิบาลทารกแรกเกิด

แต่เมื่อมีงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับความผูกพันระหว่างมารดา ทารกและครอบครัวเผยแพร่มากขึ้นในสังคมตะวันตก รวมทั้งเริ่มมีงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยในช่วงประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา มีผลต่อการปฏิบัติหรือกฎระเบียบของการดูแลมารดาและทารกที่เคยเข้มงวดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะหลังคลอด ที่สนับสนุนให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันภายหลังคลอด ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร ยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยม แต่ในระยะคลอดบางโรงพยาบาลก็ยังคงมีความเข้มงวดอยู่ ไม่อนุญาตให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด แต่บางโรงพยาบาลคลายความเข้มงวดลง อาจอนุญาตให้ผู้คลอดไปพบญาติที่หน้าห้องคลอด หรือให้ญาติเข้าไปเยี่ยมได้ใน

ขณะรอคลอด ซึ่งขึ้นกับความพร้อมของสถานที่ห้องคลอดในโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่เป็นระบบการดูแลแบบห้องรวม จึงไม่เอื้ออำนวยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดได้ ระบบการดูแลแบบห้องเดี่ยวสำหรับครอบครัวในระยะคลอดมีเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ซึ่งผู้คลอดที่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลแบบนี้ได้จึงมักเป็นผู้มีฐานะดี เนื่องจากค่าบริการที่ค่อนข้างแพง

องค์ประกอบและหลักการ

การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคุณลักษณะเป็นปรัชญา จึงมีความเป็นนามธรรมและขอบเขตที่ค่อนข้างกว้าง ทำให้มีการนำปรัชญานี้ไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน มีผู้พยายามจะกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ แต่ก็ยังอยู่ในช่วงของการศึกษาพัฒนา เช่น เกลวินและคณะ (Galvin & et al., 2000) ได้ทดสอบปรัชญาการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย หรือมารดาที่เพิ่งคลอดบุตรภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ปรัชญาการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การตระหนักและการเคารพ (Recognizes and respects) การร่วมมือกัน (Collaboration) และการสนับสนุน (Support)

1. การตระหนักและการเคารพ โดยพยาบาลต้องให้การยอมรับว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ชีวิตที่สำคัญของครอบครัว ไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วย เคารพและยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเป็นบุคคล ความมีอิสระทางความคิดและการกระทำ

2. การร่วมมือกัน พยาบาลต้องมองว่าครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพมีความเท่าเทียม

กันในการเป็นหุ้นส่วนของการดูแล (Partnership) ยอมรับให้ครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแล การตัดสินใจในวิถีทางที่ตนเองเลือก และใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นประโยชน์เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และเพิ่มสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัว

3. การสนับสนุน การคลอดเป็นสภาวะเครียด จึงต้องการการดูแลที่สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม สนับสนุนการพึ่งตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Stainton, 1994) และตระหนักในตนเอง (Self-awareness)

จากองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ แสดงให้เห็นว่า ปรัชญาการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นที่ความเท่าเทียมกันระหว่างพยาบาลกับมารดาและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงต้องปรับความสัมพันธ์กับมารดาและครอบครัวเสียใหม่ โดยต้องเพิ่มความตระหนักหรือเคารพในความเป็นบุคคล ยอมรับมารดาในฐานะเป็นหุ้นส่วนร่วมกันของการดูแล และปรัชญานี้ยังเน้นที่การพึ่งพาตนเอง เพราะเชื่อว่าการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรเป็นลักษณะเฉพาะและเป็นเหตุการณ์สำคัญของครอบครัว มารดาและครอบครัวจึงควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจากผู้กระทำโดยตรงมาเป็นผู้สนับสนุนให้มารดาและครอบครัวกระทำด้วยตนเอง โดยการสอน แนะนำ กระตุ้น สาธิต และเป็นแบบอย่างทางบทบาท

ผู้ที่ช่วยให้ปรัชญานี้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นอีกคน คือ ฟิลลิปส์ และ เฟนวิก (Phillips & Fenwick, 2000) ได้ร่วมกันพัฒนาหลักการ (Principle) ของการพยาบาลมารดาที่ยึด

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางขึ้น 10 ประการ เพื่อชี้นำหรือเป็นแนวทางในการนำปรัชญานี้ไปสู่ปฏิบัติในคลินิก ดังนี้

1. ต้องมองว่าการคลอดเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพดี เป็นเหตุการณ์ชีวิตปกติที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ไม่ใช่ความเจ็บป่วย การดูแลจึงมุ่งที่การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดการตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด

2. การดูแลควรเฉพาะเจาะจงกับบุคคลและครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3. โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นการเตรียมครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการคลอด ตั้งแต่การตั้งครรภ์ การคลอดและการเป็นบิดามารดา

4. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือครอบครัวในการตัดสินใจเลือก ภายหลังครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดแล้ว

5. หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกผู้ที่จะเข้ามาอยู่ในเพื่อนในระยะคลอด และผู้ที่ถูกเลือกต้องผ่านกระบวนการการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด การคลอด หลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด

6. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ต้องการให้มีผู้เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดก็ควรได้รับการสนับสนุน

7. สถานที่รอกคลอดและคลอดควรจัดให้อยู่ในสถานที่เดียวกัน ถ้าเป็นไปได้ การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดก็ควรอยู่ในสถานที่เดียวกันและผู้ดูแลคนเดียวกัน

8. มารดาเป็นผู้ดูแลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก เมื่อมารดาเป็นผู้ให้การดูแลบุตร บทบาทพยาบาลเปลี่ยนจากกระทำโดยตรงต่อทารกมาเป็นการสนับสนุนให้มารดา/ครอบครัวดูแลกันเอง

9. บุคลากรที่ให้การดูแลมารดาและทารกควรเป็นคนเดียวกันในฐานะครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของผู้รับบริการ

10. บิดามารดาสามารถเข้าถึงทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงได้ตลอดเวลา และต้องสนับสนุนให้บิดามารดามีโอกาสได้ดูแลบุตรมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

จากหลักการทั้ง 10 ประการข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นประสบการณ์ในชีวิตของมารดาและครอบครัวซึ่งต้องมีการปรับตัว โดยพยาบาลจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาและครอบครัวแบบองค์รวม สอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม สนับสนุนการปรับบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลตามธรรมชาติ

การนำไปสู่การปฏิบัติ

ปัจจุบันมีการนำปรัชญาการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปสู่การปฏิบัติ โดยสอดแทรกในกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น

1. โปรแกรมการเตรียมคลอด (Child-birth education) วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมการเตรียมคลอด เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจตน (Empower) เป็นการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อรับบทเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เนื้อหาเน้นเตรียมความพร้อมทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวต่อการตั้งครรภ์ ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา

ขณะตั้งครรภ์ การปรับตัวต่อบทบาทบิดามารดา การปรับตัวของพี่น้องและทั้งครอบครัวโดยรวม รวมทั้งการเตรียมผู้ที่ จะเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนมารดาในระยะคลอด เพื่อให้เข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาในระยะคลอดได้ ผลจากโปรแกรมการเตรียมคลอดตามแนวปรัชญานี้ ส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการมารดาและทารก เพราะเมื่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้มากขึ้น จึงสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทำให้นโยบายโรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนโดยยินยอมให้มีผู้เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนด้วยในระยะคลอด พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้กระทำ มาเป็นหุ้นส่วนหรือร่วมมือกับผู้คลอดในการดูแล (Littleton & Engebretson, 2002)

2. การมีผู้อยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด (Labour companion) การดูแลผู้คลอดแบบดั้งเดิมคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยแผนกอื่นๆ คือ มีระเบียบกฎเกณฑ์เข้มงวดในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ผู้คลอดถูกแยกออกจากครอบครัว มาอยู่ในห้องคลอดตามลำพัง การดูแลเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารก ซึ่งมารดาและทารกได้รับประโยชน์บ้างจากการปฏิบัติทางการแพทย์และวิธีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด แต่มีมิติทางจิตอาารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการคลอดกลับถูกละเลยไป และถูกแทนที่ด้วยสิ่งแวดล้อมของการปราศจากเชื้อและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Davis-Floyd, 1992) แต่การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเชื่อและยอมรับว่าการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ เป็นภาวะปกติและเป็นเหตุการณ์ของครอบครัว การดูแลจึงควรเป็นรูปแบบของการดูแลคนมากกว่าโรค เน้นความเป็นองค์รวมและ

ความเป็นมนุษย์ ซึ่งต้องบูรณาการทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม เข้าด้วยกัน ลดการใช้เครื่องมือเครื่องมือหรือ กิจกรรมที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น นอกจากนี้ การคลอทยังเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิด ความเครียด จึงต้องการผู้สนับสนุนหรือ ปรึกษาปรึกษาจิตใจโดยเฉพาะจากสมาชิกใน ครอบครัว ดังการศึกษาของคลอสและคณะ (Klaus & et al., 1986) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มี ผู้อยู่เป็นเพื่อนด้วยและช่วยปรึกษาปรึกษา ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะเป็นจากคนแปลกหน้า ก็ก่อให้เกิดผลดีกับผู้คลอด คือ ใช้เวลาในการ คลอดน้อยลง มีอัตราการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง การเร่งคลอดลดลง และอีกงานวิจัย หนึ่งสนับสนุนว่า ผู้คลอดประเมินว่ายาแก้ปวด มีความสำคัญน้อยกว่าการมีผู้อยู่เป็นเพื่อนด้วย (Koehn, 1992)

3. การให้มารดา ทารก และครอบครัว อยู่ด้วยกัน (Rooming-in) การดูแลมารดา ทารกแบบดั้งเดิมจะแยกมารดาและทารกออกจากกัน เพื่อความสะดวกในการดูแลและ ควบคุมการติดเชื้อ แต่การดูแลมารดาที่ยึด ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะเชื่อและตระหนักว่า มารดาและครอบครัวเป็นผู้ดูแลตามธรรมชาติ ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก การดูแลจึงมุ่ง เน้นที่คู่มารดาและทารก หรือครอบครัวเป็น หน่วยหนึ่งของการให้บริการ สนับสนุนให้มารดา ทารกและครอบครัวอยู่ด้วยกัน จะไม่มีการแยก มารดาและทารกที่ปกติออกจากกัน ส่วนทารก ที่ผิดปกติ มารดาก็สามารถเข้าถึงทารกได้ง่าย สะดวกและตลอดเวลาที่ต้องการ รวมทั้ง พยาบาลผู้ให้การดูแลก็เป็นพยาบาลคนเดียวกัน เมื่อเชื่อว่ามารดาและครอบครัวเป็นผู้ดูแลตาม ธรรมชาติ บทบาทของพยาบาลต้องเปลี่ยนไป

จากการกระทำให้โดยตรงมาเป็นการสนับสนุน ให้มารดา/ครอบครัวดูแลกันเอง หรือพึ่งพา ตนเอง โดยการสอน แนะนำ เป็นแบบอย่าง เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นและสมรรถนะในการ ดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตร

4. การเยี่ยมของครอบครัว (Family visitation) การดูแลมารดาทารกแบบดั้งเดิม จะเน้นที่ความปลอดภัยและการป้องกันการ ติดเชื้อ มารดาจึงต้องอยู่ตามลำพังในระยะ คลอดหรือหลังคลอด สมาชิกในครอบครัวเป็น เพียงผู้มาเยี่ยมเท่านั้น นโยบายโรงพยาบาล จึงต้องจำกัดจำนวนผู้มาเยี่ยม เวลาของการ เยี่ยม แต่การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เชื่อหรือยอมรับว่าการตั้งครรภ์ การคลอดเป็น ประสบการณ์ร่วมของครอบครัว นโยบายการ เยี่ยมจึงต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อตอบสนอง ความต้องการของมารดาและครอบครัว และจะ ไม่มองว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเพียงผู้มา เยี่ยม แต่ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลหรือเป็น ผู้ให้การดูแลตามธรรมชาติ รวมทั้งพยาบาล ต้องตระหนักหรือคำนึงถึงความต้องการของ มารดาด้วย (Rouse, 2000) โดยให้มารดาเป็น ผู้ตัดสินใจเองว่าต้องการให้มีผู้เข้ามาร่วมใน ประสบการณ์คลอดด้วยหรือไม่ เพราะมารดา บางคนต้องการความเป็นส่วนตัวหรือความสงบ จึงต้องการให้จำกัดผู้เยี่ยม เวลาของการเยี่ยม รวมทั้งต้องการให้ใครเข้ามามีส่วนร่วมใน ประสบการณ์การคลอดด้วย หากพยาบาลขาด การคำนึงถึงความต้องการของมารดา หรือ โรงพยาบาลมีนโยบายที่ยืดหยุ่นแบบสุดขีด คือ เปิดให้เยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมงทั้งกลางวันและ กลางคืน เยี่ยมได้ทุกคนโดยไม่จำกัดจำนวน อาจมีผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว ความสงบ ของมารดา และความปลอดภัยของทารกได้

สรุป

กระบวนการกำเนิดมนุษย์เกิดมาพร้อมกับประวัติศาสตร์มนุษยชาติ เป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตครอบครัวที่จะได้แบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน ปรึกษาการพยาบาลมารดาที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลมารดาและทารกในสังคมอเมริกา มากกว่า 40-50 ปีแล้ว เพราะเป็นระบบการดูแลที่เคารพในความเป็นมนุษย์ บุรณาการในทุกมิติ ปัญหาของมารดาและครอบครัวเข้าด้วยกัน เป้าหมายเพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถควบคุมร่างกายและกระบวนการกำเนิดมนุษย์ของตนเอง สำหรับสังคมไทย พยายามยังให้ความสำคัญกับปรัชญานี้มีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะคลอด ที่สังเกตได้อย่างชัดเจนในการไม่อนุญาตให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด กิจกรรมการพยาบาลบางอย่างทำเป็นกิจวัตรประจำโดยผู้คลอดไม่มีโอกาสเลือก เช่น ทำคลอด การตัดฝีเย็บ การโกนขนบริเวณอวัยวะเพศ การสวน

อุจจาระ ฯลฯ การดูแลมุ่งเน้นที่การประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การป้องกันการติดเชื้อ จนอาจขาดการคำนึงถึงความต้องการในมิติด้านจิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สาเหตุที่พยาบาลห้องคลอดมีการนำปรัชญานี้มาสู่การปฏิบัติน้อย อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น พยาบาลอาจยังไม่มั่นใจในมุมมองที่ว่า การคลอดเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพดี โครงสร้างห้องคลอดที่เป็นห้องรวมจึงไม่เอื้อให้ครอบครัวเข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด งานวิจัยที่สนับสนุนการพยาบาลที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในสังคมไทยมีน้อย รวมทั้งไม่มีแรงผลักดันจากองค์กรวิชาชีพ หรือกระแสเรียกร้องจากผู้รับบริการ ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้ปรึกษาการพยาบาลที่ยืดครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการศึกษาพยาบาลมารดาและทารก จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยการนำปรัชญานี้มาใช้ในบริบทของเราเอง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและทารกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

ถนนอมขวัญ ทวีบุรณ. (2544). ประวัติการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), พยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (หน้า 38). กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง.

Davis-Flyod, R.B. (1992). **Birth as an American rite of passage**. California : University of California press.

Enkin, M., & et al. (2000). **A guide to effective care in pregnancy and childbirth** (3rd ed.). New York : Oxford University press.

Galvin, E., & et al. (2000). Challenging the precepts of family-centered care : Testing a philosophy. **Pediatric nursing**, **26**(6) , 625-632.

Kanshana, S., & et al. (2000). Implementating short-course Zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. **AIDS**, **14**, 1617-23.

Klause, M.H.,& et al. (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **British Medical Journal**, **293** (6547) , 585-587.

Koehn, M. (1992). Effectiveness of prepared childbirth and childbirth satisfaction. **The Journal of Perinatal Education**, **1**(2), 35-43.

Leavitt, J. W. (1989). Joseph B. De Lee and the practice of preventative obstetrics. **Obstetrical and Gynecological Survey**, **44**(9), 682-683.

Littleton, L.Y., & Engebretson, J.C. (2002). **Maternal, Neonatal, and Women's Health Nursing**. New York: Delmar.

Martell, L.K. (2000). The hospital and the postpartum experience : A holistic analysis. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, **29**(1) , 65-72.

May, K.A., & Mahlmeister, L.R. (1990). **Comprehensive maternity nursing : Nursing process and the childbearing family** (2 nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.

Phillips, C.R. (1999). Family-centered maternity care : past, present, future. **International Journal of Childbirth Education**, **14**(4), 6-11.

Phillips, C.R., & Fenwick, L. (2000). **Single-room maternity care : Planning, developing ,and operating the 21 st century maternity system.** Philadelphia : Lippincott.

Rouse, C.L. (2000). Should there be policies to restrict visitors during labour and birth? **MCH, 25(1), 8.**

Stainton, M.C. (1994). Supporting family functioning during a high risk pregnancy. **Maternal Child Nursing, 19,24-28.**

Zwelling, E., & Phillips, C.R. (2001). Family-centered maternity care in the new millennium : Is it real or is it imagined? **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 15 (3), 1-12.**

