

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการสอนการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาเสนอเป็น ลำดับดังนี้

1. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นจริยธรรมและจิตวิญญาณ
4. การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 4.1 จุดประสงค์และวิธีการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 4.1.1 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 4.1.2 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกระทรวงสาธารณสุข
5. การสอนนักศึกษาเพื่อการพัฒนาจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ
6. รูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และกรณีศึกษาที่เน้นการพัฒนาจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ
7. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล
 - 7.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ
 - 7.2 ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล
 - 7.2.1 ความหมายและองค์ประกอบ
 - 7.2.2 การวัดความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล
 - 7.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1 แนวคิดการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคล ทั้งคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายต่าง ๆ ดังนี้ คือ

สันต์ หัตถิรัตน์ (2528 อ้างในชนิตา มณีวรรณ, 2538: 15) ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย/หรือทางใจ ซึ่งไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกข์ทรมานและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นได้อีก ผู้ป่วยควรได้รับสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ คือ

- 1) ควรให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ควรให้ผู้ป่วยได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
- 3) ควรให้ผู้ป่วยได้รับความรักและผลประโยชน์เหมือนเดิม
- 4) ผู้ป่วยควรมีโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพและความรักกับครอบครัว
- 5) ผู้ป่วยและญาติควรได้วางแผนร่วมกัน
- 6) ผู้ป่วยควรได้ตายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
- 7) ญาติต้องมีโอกาสแสดงความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

Keep (1995: 4) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิต และ/หรือจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จะมีขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจาก ความขัดแย้ง การบรรเทา/ชัยชนะชั่วคราว ความพ่ายแพ้ ความหวัง และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นกระบวนการ การพยาบาลที่ให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่าง ๆ เตรียมพร้อมให้เผชิญหน้ากับความตาย

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะหนึ่งของพัฒนาการทางจิตที่มีผลต่อระบบชีวิต ครอบครัว สังคม รวมถึงชีวิตของบุคคลที่กำลังเผชิญกับความตาย โดยบางบุคคลให้ความสำคัญต่อการดูแลตามความต้องการทางด้านร่างกาย

สรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ของโรค ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการต่าง ๆ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

1.2.2 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการในหลายด้าน เป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในสถานการณ์เฉพาะระหว่างความเป็น (การมีชีวิตอยู่) กับความตาย (Living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้ จะนำมาซึ่งความตาย และจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมีชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต (Beare, 1990: 424) ผู้ป่วยแต่ละคน มีวิธีการเผชิญกับความตายแตกต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Highfield (1992: 1-8); Reed (1991: 122-128) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุ ต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย นอกจากนี้พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (อ้างถึงใน รสพร ประทุมวัน, 2534: 50) ยังกล่าวอีกว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการประคับประคองจิตใจอย่างมาก เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รู้ว่า ความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง จะเกิดปฏิกิริยาและพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจลักษณะต่าง ๆ จะนำเสนอต่อไปนี้

Kubler-Ross (1975 อ้างในชื่อลัดดา พันธุเสนา, 2536; Backer, 1994; Kemp, 1995: 25-26) ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็น 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะอาจจะไม่เรียงตามลำดับเสมอไป อาจกลับไปกลับมาได้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Stage of denial and isolation) ทันทิที่ผู้ป่วยทราบว่าคุณเองนั้นต้องตาย ผู้ป่วยจะมีอาการตกใจ ซึมเศร้า เนื่องจากเตรียมใจไม่ทัน เมื่อรวบรวมสติได้จะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (Stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ อารมณ์เสีย หงุดหงิด ไม่ถูกใจบุคคลรอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยาและอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีแต่คำตำหนิติเตียนครอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง(Stage Of Bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง มักคิดหรือพูดทำนองว่า "ใช่ฉัน แต่....." เพื่อจะยืดเวลาต่อไปอีกระยะหนึ่ง การต่อรองของผู้ป่วยมักจะออกมาในรูปของศาสนา ความเชื่อ และค่านิยมของเขา

ระยะที่ 4 .ระยะซึมเศร้า (Stage of depressance) ผู้ป่วยจะซึมเศร้า เสียใจอย่างรุนแรง ชอบอยู่เงียบ ๆ ไม่พูดจา ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว

ระยะที่ 5. ระยะยอมรับ (Stage of Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสียของตน มักคิดรำพึงว่า "ฉันพร้อมที่จะตาย" จะไม่ต่อรองเพื่อความหวังใด ๆ อีก การต่อสู้สิ้นสุดลง เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ต้องการเพียงคนเดียวที่ให้การดูแลด้วยความรัก เข้าใจ และอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะนี้ ควรใช้สายตา กิริยาท่าทาง และการสัมผัสมากกว่าพูด

Weisman: (1972 cite in Kemp, 1995: 25) ได้แบ่งระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 4 ระยะ คือ

- 1.ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัย จนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการซ้อค เมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย
- 2.ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใด ๆ บางรายอาจกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพฤติดนเหมือนกับว่า ตนไม่มีโรคใด ๆ
- 3.ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตาย และการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังมี ความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง
- 4.ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประดับประดา เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีดังนี้ (Kemp,1995:10)

- 1.ความสูญเสีย และความเศร้าโศก (loss and grief)
- 2.ความอ้างว้าง และแยกตัว(loneliness and isolation)
- 3.ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (feeling of uselessness)
- 4.ความโกรธ(anger)

5. ความกลัวและวิตกกังวล (anxiety and fear)
6. ความซึมเศร้า (depression)
7. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide)
8. การสูญเสียความสัมพันธ์ทางเพศ (loss of sexual intimacy)

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยใกล้ตายแนวคิดของ Glaser and Straus

Glaser and Straus (cited in Backer, 1994) ได้ศึกษาลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสรุปการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว เพื่อน แพทย์ และพยาบาล มีระดับการรับรู้แตกต่างกัน 4 แบบคือ

1) การรับรู้ชนิดปิด (Closed awareness) แพทย์และพยาบาลทราบว่า ผู้ป่วยกำลังจะตาย แต่ไม่ยอมบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง ระยะแรกผู้ป่วยเชื่อว่าการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เมื่ออาการของโรคกำเริบมากขึ้นและคงได้รับการรักษาต่อไปผู้ป่วยจะเริ่มสงสัยความสำคัญของระยะนี้ คือ ถ้าความจริงถูกเปิดเผยภายหลัง ผู้ป่วยจะรู้สึกที่ถูกทรยศ สูญเสียความไว้วางใจที่มีต่อบุคคลอื่น

2) การรับรู้ชนิดสงสัย (Suspicious awareness) ผู้ป่วยเริ่มสงสัยอาการแท้จริงของตนเป็นอะไรแน่ และสงสัยว่าบุคคลอื่นอาจคิดว่า ตนเองกำลังจะตาย การรักษายังคงได้รับต่อไป ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลง ขวนให้สงสัยว่า ตนเองอาจจะเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์และพยาบาล ปฏิบัติกับผู้ป่วยราวกับว่าผู้ป่วยจะหายจากการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายรุกญาติ และเจ้าหน้าที่เป็นฝ่ายตั้งรับ

3) การรับรู้ชนิดเสแสร้ง (Mutual presense) ทุกคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ทราบว่า ความตายกำลังคุกคามอยู่ แต่เลือกที่จะทำเพิกเฉย เพราะต้องการรักษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยไว้ การสนทนาเป็นไปด้วยความระมัดระวัง จะพูดคุยถึงเรื่องต่าง ๆ ยกเว้นเรื่องความตาย ความสำคัญของระยะนี้ คือผู้ป่วยถูกปิดโอกาส ไม่อาจแสดงออกถึงความต้องการ ความรู้สึก และความคิดเห็นเกี่ยวกับความตายให้ผู้อื่นรับรู้ได้

4) การรับรู้ชนิดเปิด (Open awareness) ทุกคนที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ทราบว่าความตายกำลังคุกคามอยู่ และแสดงการรับรู้ออกมา มีการพูดคุยเกี่ยวกับความตายอย่างเปิดเผย ไม่มีการปิดบังความจริงต่อกันอีก ผู้ป่วยจะรู้สึกไว้วางใจต่อบุคคลรอบข้าง ความสำคัญของระยะนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสได้ดำรงชีวิตตามแบบแผนที่ต้องการในระยะสุดท้ายได้อย่างมีศักดิ์ศรี

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเห็นได้ว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และมีความปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันแม้จะอยู่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงผูกพันและต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับ ครอบครัวของตน ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่าผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอยู่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ครบสมบูรณ์ ถ้าไม่ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัว ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถึงซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุก (well-being) ได้นั้น พยาบาลจึงควรปรับระดับระครองให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Carson, 1989 : 265 - 273; Pickett, 1993: 103; Kemp, 1995: 14-21; พวงเพ็ญ ชุณหพราน, 2538) ดังนี้

1.2.1 ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำ ของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงด้วย (Beverly, 1977: 633-635) ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังนี้ (Kozier & Erb, 1988 ใน รสพร ประทุมวัน, 2534: 50)

1.2.1.1 ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความ สะอาดของผิวหนัง ผม และภายในปาก ความสะอาดของร่างกาย จากอุณหภูมิของร่างกายอาจ สูงขึ้น แต่การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความ สบาย

1.2.1.2 ต้องการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค จะเจ็บปวดมาก การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเป็นครั้งคราวตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เพราะไม่ได้ช่วยควบคุมความเจ็บปวด แต่กลับเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับ ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ ปวดเลย หรือให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

1.2.1.3 ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การดูแลใน เรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การให้ออกซิเจน การจัดท่านอน เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง และ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

1.2.1.4 ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเดินทางไกล จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสีย การทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเคลื่อนไหว

1.2.1.5 ต้องการการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง อาจขาดน้ำและอาหาร เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกดทับได้ง่าย

1.2.1.6 ต้องการการดูแลในเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาจมีอาการท้องผูก หรือกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ หรือปัสสาวะคั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือและทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสุขสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน

1.2.1.7 ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.2.1.8 ต้องการได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับสัมผัสจะลดลงด้วย

1.2.2. ความต้องการด้านจิตสังคม

1.2.2.1 ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยของเขา จากการศึกษาของ Larson(1986) ; Richter (1987) พบว่าการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมทำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง และการปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้

1.2.2.2 ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและการพึ่งพา ต้องคงไว้สำหรับผู้ป่วยนานเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ การให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจ และสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของเขา การให้ผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม การไม่ชอบที่ใดต้องการให้ใครเข้ามาเยี่ยมบ้าง ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเวลาใด เป็นต้น

พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี และช่วยปรับประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

1.2.2.3 ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

1.2.2.4 ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่าโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยกและรู้สึกถูกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น

1.2.2.5 ต้องการได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะต่างๆของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะในระยะปฏิเสธ โกรธ และซึมเศร้า

1.2.2.6 ต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติ และบุคคลที่รัก สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยคือ ความสูญเสียและความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ห่อหุ้มและอาจก้าวร้าวกับพยาบาล พยาบาลจึงต้องคำนึงช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจ และยอมรับปฏิบัติการเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Beare, 1990: 435)

1.2.3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึง การมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ให้ความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ภายในส่วนลึก ๆ ของจิตใจภายในบุคคล บุคคลจึงวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มุ่งหวังนั้น (บุบผา ขอบใช้, 2536: 17) แต่ถ้าหากบุคคลต้องประสบกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ฝังแน่นภายในอาจถูกกระทบให้เปลี่ยนไป จากการศึกษาของคาร์สัน (Carson, 1989: 271-273) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้

1.2.3.1 ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต จากการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยตะเกียกตะกายที่จะค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่พบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทรมาน สับสน คับแค้นใจ คิดว่าทำไมโรคร้ายจึงเกิดขึ้นกับตน ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ต้องตาย ตายแล้วไปไหน อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต และใครเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถ

หาคำตอบได้ ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย หรือการปฏิเสธความตายจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

1.2.3.2 ต้องการความรัก ความรักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการ คือ ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข เพราะในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประสบนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายได้รับความรัก และต้องการแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสภาวะที่พึงปฏิบัติได้

1.2.3.3 ต้องการได้รับการอภัย บุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จะเริ่มตระหนักว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยมักจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งมีทั้งประสบความสำเร็จและไม่สมหวังหรือล้มเหลว มีทั้งการประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดี และสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้นและคิดว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจมีผลมาจากตนเองที่ไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนอย่างดี หรือเป็นเพราะเคราะห์กรรมที่เคยกระทำแต่ปางก่อน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจและเศร้าหมอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

1.2.3.4 ต้องการมีความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย (Pattinson in Beare, 1990: 431) ความหวังเป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุด ต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจ ที่แฝงอยู่ในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ ดังนั้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตตลอดเวลา ซึ่งความหวังไม่ใช่ความหวังที่จะหายจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการ ดูแลอย่างดี หวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตน หวังจะบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้ และในผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนาของตน ก็ต้องมีความหวังในโลกหน้า โดยหวังว่า เมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า (จงรัก อธิฐรัตน์, 2524: 20)

1.2.3.5 ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคน ต้องการได้สัมผัสความสงบภายใน ไม่มีการรบกวนใดๆ ที่กระทำกับผู้ป่วยก่อนวิญญาณของเขาจะจากร่างกายไป (Carson, 1989: 273) เพราะในขณะนี้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังหรือเสียงแผ่วเบา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าจิตกำลังแยกออกร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นกับประสาทสัมผัสทางกายอีกแล้ว แต่เป็นความรู้สึกสงบสุขกับประสบการณ์ใหม่ และจะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดอีกเลย (Raymond Moody อ้างถึงในจงรัก อธิฐรัตน์, 2524: 26)

จากความต้องการดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่ประกอบไปด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งออกจากกันได้ (Caine, 1989; Maynard, 1988; Soeken, 1987 cite in Stepnick & Perry, 1992: 17) แม้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรทอดทิ้ง หรือมุ่งตอบสนองแต่ความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความล้มเหลวในการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้มากกว่านี้อีกแล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. การพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวในลักษณะที่คำนึงถึง คนทั้งคน เป็นหน่วยเดียว นั่นคือ ยึดหลักการเป็นปัจเจกบุคคล หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536) ซึ่งนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านได้กล่าวถึงลักษณะการพยาบาลที่เน้นถึงการดูแล จริยธรรมและจิตวิญญาณ ดังนี้

Leininger (1994) กล่าวถึงการดูแล ว่าเป็นส่วนที่ฝังลึกอยู่ในการพยาบาล เป็นส่วนประกอบที่เกิดขึ้นในการพยาบาลเพื่อผู้ป่วย การดูแลเป็นการรับรู้ถึงการแสดงการกระทำของมนุษย์ และกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้อื่น (Assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (supportive) และการเอื้ออำนวยความสะดวก (facillitative) ให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชนด้วยความสนใจเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลจะสนองตอบความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทั้งในการดำเนินชีวิตและความตายที่พึงพอใจของบุคคล

Watson (1985, 1989) เป็นทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นความเป็นมนุษย์แบบองค์รวมที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกายจิตและจิตวิญญาณ การบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของ กาย จิต จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิต

การดูแลจะเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดี และเหมาะสมที่สุด

Blattner (1981 อ้างในพวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2536: 10, 2538: 41) เป็นนักศึกษายาบาลอธิบายถึงการดูแล ว่าเป็น กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ สร้างความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดีได้ด้วยวิถีของความเข้าใจกันและกัน การเปิดเผยตนเองของพยาบาลต่อผู้รับบริการ

Peplau (1952 อ้างใน พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2533: 9) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการพยาบาลเป็นการให้ความรู้และแรงเสริมที่เหมาะสมช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาบุคลิกภาพได้ดี โดยมีกลวิธีของการใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

จากลักษณะของการพยาบาลและการดูแลที่กล่าวข้างต้นนี้ จะเห็นว่า การพยาบาลและการดูแลมีความหมายเดียวกัน ในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีการดูแลเป็นแก่นหรือสาระที่สำคัญที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตรงกับ Watson (1985, 1989: 140) ที่กล่าวว่า ความตระหนักในเชื้อชาติและจิตวิญญาณนั้นเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล ซึ่งควรจะชื่นชมยินดี และยอมรับความหมายทางจิตวิญญาณในชีวิตของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกอย่างรวมทั้งร่างกาย จิตใจและวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับให้ความรู้ตัวอย่างที่ดี เน้นการให้สุศึกษาและการป้องกันสุขภาพอย่างมีความสำคัญเท่ากัน การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การดูแลสิ่งแวดล้อมจะให้ความสำคัญทางด้านสังคมและจิตวิญญาณเหมือนด้านร่างกาย และให้บริการสุขภาพแก่ครอบครัว ชุมชนเท่าเทียมกับบุคคลด้วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Barr, 1989 อ้างถึงใน รสพร ประทุมวัน, 2534: 39) หรืออาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ได้เผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอด 24 ชั่วโมง (รสพร ประทุมวัน, 2534: 2) ภารกิจหลักของพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคลแต่ละคนทั้งผู้ป่วยและคนปกติ โดยปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตามที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรคเร็วหรือตายอย่างสงบ

3.1 จริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่จำเป็นต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวมเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น ๆ แล้ว ในการปฏิบัติกรพยาบาลแต่ละวันแล้ว ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติกรพยาบาล นั่นคือหลักของจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วยสถานการณ์และประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาการ พยาบาลต้องเผชิญกับการตัดสินใจซึ่งมีผลลึกซึ้งต่อชีวิตของผู้ป่วย, ครอบครัว, ตนเอง และเพื่อนร่วมงาน โดย ANA Nurse' Code กล่าวถึงหลักจริยธรรมพื้นฐานที่ได้พัฒนามาจากทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมต่าง ๆ ซึ่งประเด็นจริยธรรมหลัก ๆ ได้นำมาเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถึงซึ่งความเป็นองค์รวม หลักศีลธรรม หรือประเด็นจริยธรรมพื้นฐานได้รับการยอมรับจากบุคคล (ANA, 1985;p1 cite in Kemp, 1955: 88) ประกอบด้วยหลักการของ

- 1) การเคารพสิทธิของปัจเจกบุคคล (autonomy) สิทธิของผู้ป่วยในความหมายเป็นบุคคล
- 2) ปฏิบัติดีหรือเมตตากรุณา (beneficence) ดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
- 3) ให้การพยาบาลโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (nonmaleficence)
- 4) การบอกความจริง (varacity or truth-telling)
- 5) การรักษาความลับ (confidentiality) การเคารพในข้อมูลส่วนบุคคล
- 6) ความซื่อสัตย์ (fidelity) การรักษาสัญญา
- 7) ความยุติธรรม (justice) ให้การพยาบาลทุกคนเท่าเทียมกัน

นอกจากหลักจริยธรรมดังกล่าวจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ที่ให้การดูแลต้องตระหนักถึงนั้น สิทธิผู้ป่วยยังเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศไทยได้ทำการมีการบัญญัติ สิทธิผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเฉพาะ

สิทธิผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลต้องรู้ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม หันตแพทยสภา ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังนี้ (จิฑูร อึ้งประพันธ์, 2538)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิที่จะขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 11 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ประเด็นปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ANA Nurse' Code (cite in Kemp, 1995: 88) ที่ยากต่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับ สิวลี ศิริไล (2535: 31, 2539: 223) พบว่าประเด็นทางจริยธรรมที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีดังต่อไปนี้

1. การบอกความจริง (Truth Telling) เป็นปัญหาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ในส่วนของการพิจารณาปัญหาว่าควรบอกความจริงแก่ใคร บอกแล้วจะเกิดอะไรต่อผู้ป่วย

2. การรักษาความลับผู้ป่วย (confidentially) หมายถึง เรื่องราวเกี่ยวกับโรค อาการ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวผู้ป่วยเองจะรู้หรือไม่รู้ว่า ตนกำลังจะตาย ซึ่งโดยทั่วไปมีผู้เข้าใจว่า ผู้ป่วยอาจไม่รู้ว่าตนเองกำลังจะตายถ้าไม่มีใครบอก จึงพยายามปลอมโยน หรือหลอกผู้ป่วย

3. เมตตามรณะ หรือการตายอย่างสงบ เชื่อมโยงกับปัญหาการขอลอความตาย การให้ เวลารับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ และช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับความตายอย่างสงบ ไม่เจ็บป่วยทรมาน

4. การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งได้แก่ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอวัยวะบางอย่าง

โดยสรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการเผชิญประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่หลากหลายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว หลักจริยธรรมพื้นฐานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต้องมีหลักดังกล่าวเป็นพื้นฐานของพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งหลักดังกล่าวนี้ ได้แก่ สิทธิผู้ป่วย การเคารพสิทธิของปัจเจกบุคคล การปฏิบัติที่ดี ให้การพยาบาลโดยไม่เกิดอันตรายต่อชีวิต ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ควบคู่ไปกับการพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้วิจัยได้นำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการสอนการพยาบาลในภาควิชา

3.2 ความหมายและองค์ประกอบของจิตวิญญาณ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คำว่า จิตวิญญาณ ใช้แทนภาษาอังกฤษที่ว่าด้วย Spiritual มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ทัศนาศา นุญทอง (2533: 22) ได้ให้ความหมายของ จิตวิญญาณ หมายถึง ความเป็นตัวตน ของมนุษย์ในส่วนที่ลึกที่สุด เป็นส่วนที่เป็นเฉพาะเจาะจงของบุคคลนั้น ๆ โดยจิตวิญญาณที่มนุษย์แสดงออกเป็นแต่ละบุคคลในด้านความคิด ความรู้สึก ความตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรต่าง ๆ จิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจให้มนุษย์มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักและรับความรักจากผู้อื่น และเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ได้สัมผัสกับพระเจ้า และพึงพอใจในธรรมชาติ และสิ่งต่าง ๆ รอบตัวทั้งที่สวยงามและเจ็บปวดรวดร้าวในบางครั้ง

มิติจิตวิญญาณ (Spiritual dimention) ได้ถูกอธิบายในแนวทางที่หลายหลายดังนี้ (Ross,1995:458; พรจันทร์ สุวรรณชาติ,2533:1)

- 1) เป็นการค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตอยู่

2) เป็นสิ่งนำไปสู่ภาวะเหนือตนเองและเป็นการค้นหาพลังอำนาจที่สูงขึ้นหรือพระเจ้า หรือบางสิ่งที่ยิ่งใหญ่มากกว่าตัวเอง

3.) เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกต่าง ๆ แรงจูงใจและความหวัง ต่อบุคคลไปยังคุณค่า ของความรัก ความจริงใจ สิ่งสวยงาม ความไว้วางใจและสิ่งที่สร้างสรรค์

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539:5) ให้แนวคิดจิตวิญญาณ ว่า เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ โดยที่ซึมซับอยู่ในทุกส่วนของชีวิตซึ่งมีอิทธิพลต่อเจตคติ ความเชื่อ และสุขภาพของบุคคล เป็นส่วนที่จำเป็นต่อการฟื้นหายจากความเจ็บป่วยและความผาสุก กระบวนการฟื้นหายจะไม่เกิดขึ้นถ้าความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่ได้รับการตอบสนองและจิตวิญญาณเน้นที่การให้ความหมายชีวิตและแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล

อวยพร ตัณมุขยกุล(2533:37) ได้แสดงความคิดเห็นต่อ จิตวิญญาณ ว่าเป็นมิติหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล เป็นมิติที่เป็นแกนกลางของสิ่งมีชีวิต เป็นชุมพลังกำกับกายให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ และมีการปรับปรุง พัฒนา ให้มีความสลับซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ (Negenotropy) トラบเท่าอายุขัยของบุคคลนั้น

กล่าวได้โดยสรุปได้ว่า จิตวิญญาณหรือมิติจิตวิญญาณ เป็นส่วนสำคัญของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล บันดาลให้เกิดพลังอำนาจที่จะต่อสู้ชีวิต ความหวัง การสร้างสรรค์ต่อการดำรงชีวิตอยู่ สิ่งนี้จะมีผลต่อเจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา และภาวะสุขภาพของบุคคล มิติจิตวิญญาณสามารถพัฒนาสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุขัยของบุคคล

3.2 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs)

จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งในบุคคล เมื่อพิจารณาจากความต้องการของ Maslow จะพบว่า ชั้นความต้องการสูงสุดของมาสโลว์ นั่นคือ ความต้องการถึงซึ่งความสำเร็จแห่งตน (Self actualization) เป็นความหมายที่ลึกซึ้งและรวมความไปถึง ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ลึกซึ้งและละเอียดอ่อน เป็นสิ่งที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ มีนักวิชาการได้ให้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (แสง จันทร์งาม,2534; บุญผา ชอบใช้, 2537; ทัศนาศ บุญทอง, 2533) คือ

1. ความต้องการด้านปรัชญาชีวิต (Need for principle of life) เป็นความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ความหมายแห่งชีวิตของตนเอง ทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย

2. ความต้องการสิ่งที่ดี (Need for the good) ในยามปกติสุขและยามเจ็บป่วย ยามเจ็บป่วยต้องการพยาบาลที่ดี เข้าใจความต้องการของตน ให้การดูแลด้วยความเมตตากรุณาห่วงใย อาหาร ต้องการให้ญาติมาเยี่ยมเยียนเพื่อเป็นกำลังใจ สร้างความหวังและพลังต่อสู้กับโรคต่อไป

3. ความต้องการความสุขขั้นสูง (Need for higher happiness) เป็นความสุขที่เกิดจากผลของความสำเร็จ เมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่แต่ละคนกำหนด

4. ความต้องการความสมบูรณ์ (Need for perfection) ได้แก่ความสุขสมบูรณ์ความเที่ยงแท้ ความสุขอันประเสริฐ ในบุคคลที่นับคือศาสนา และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาจนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ตามหลักศาสนานั้น ๆ จะได้พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีความเป็นนิรันดร์

5. ความต้องการที่พึ่งอันประเสริฐ (Need for supreme refuge) เมื่อรู้ตัวว่าป่วยเป็นมะเร็งจะต้องพบกับ ภาวะวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งล้วนล่อแหลมให้ได้รับอันตรายที่อาจเกิดได้ ซึ่งได้แก่ความพิการความสูญเสีย เป็นต้น ดังนั้นมนุษย์จึงต้องหันไปพึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวที่นอกเหนือกฎเกณฑ์ เช่นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ช่วยจัดปัดเป่า ตลบั่นดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคามนั้นได้ ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ

Highfield and Cason (1983 cite in Carson, 1989) ได้อธิบายว่า มนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4 ด้านด้วยกัน รวมทั้งยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออกในพฤติกรรมดังกล่าวด้วย ความต้องการ 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Need for meaning and purpose in life) และพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออกคือ

- ดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง
- แสดงออกซึ่งความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

2. ความต้องการได้รับความรัก (Need to receive love) พฤติกรรมที่แสดงคือ

- แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับความรักเมตตา การจากผู้อื่นและพระผู้เป็น

เจ้า

- แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับการให้อภัยจากผู้อื่นและพระผู้เป็นเจ้า

3. ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (Need to give love) พฤติกรรมที่แสดงออกคือ

- แสดงความรักต่อผู้อื่นโดยการกระทำ

-แสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น

4.ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ (Need for hope and creativity)

พฤติกรรมที่แสดงออกคือ

-ตั้งความหมายในชีวิตที่พอเหมาะพอควรและมีความเป็นไปได้ เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ

-ให้ความสำคัญต่อความเป็นบุคคลมากกว่ารูปร่างหน้าตา

ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามแนวคิดของ Baylor University School of Nursing, 1991; Canrad, 1985; Levine, 1984 cite in Kemp, 1995: 44 ประกอบด้วย

1. ความต้องการความหมาย จุดมุ่งหมายของชีวิต ความเชื่อในชีวิต
2. ความต้องการความหวัง
3. ความต้องการแสดงความผูกพันต่อความเชื่อทางศาสนา
4. ความต้องการได้รับการยอมรับ
5. ความตระหนักในตนเอง

กล่าวโดยสรุปว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลประกอบไปด้วยความต้องการความหมายและเป้าหมายของชีวิต ความต้องการได้รับความรักและแสดงความรักต่อผู้อื่น และความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ จากลักษณะความต้องการนี้ ผู้วิจัยได้นำไปเป็นแนวคิดในการสร้างแผนการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วย

3.4 การประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

การประเมินสภาพที่มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องประเมินคนทั้งคน โดยใช้แนวทางการประเมินคนทั้งคน การประเมินสภาพผู้รับบริการด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นจะต้องทราบประเภทผู้รับบริการที่มักมีปัญหา ด้านจิตวิญญาณระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพภาวะจิตวิญญาณ

- 1.ประเภทผู้รับบริการที่มักมีปัญหาด้านจิตวิญญาณ

-ผู้ป่วยใกล้ตาย

-ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งทางกายและจิต

-ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสีย เช่น สูญเสียอวัยวะร่างกาย สูญเสียเลือดเนื้อเชื้อไข หรือญาติสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน ทั้งแบบชั่วคราวและถาวร เป็นต้น

-ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลการผ่าตัดที่ชัดเจนได้ ผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง หญิงตั้งครรภ์ หญิงในระยะคลอด เป็นต้น

-ญาติหรือบุคคลที่มีความผูกพันกับบุคคลที่อยู่ในภาวะต่าง ๆ ดังกล่าว

2.ระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคล

มนุษย์ทุกคนต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ คือ การตอบสนองความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันต้องการรับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น ระดับภาวะจิตวิญญาณของบุคคลขึ้นกับปริมาณการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลนั้น

ภาวะจิตวิญญาณของบุคคล มีทั้งภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ตามแกน Health - illness continous (Carson, 1989: 9) สามารถจัดระดับภาวะจิตวิญญาณออกเป็น 3 ระดับคือ

1.ภาวะการมีชีวิตผาสุก สงบเยือกเย็น สมอง (Spiritual health ,spiritual well being) เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่น หัวเราะเป็น สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่น อย่างจริงใจ โดยการกระทำ ขณะเดียวกันสามารถตอบสนองการแสดงความรักของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มักเป็นผู้ที่กินง่าย นอนง่าย สร้างสรรค์ สามารถแสดงความพึงพอใจหรือชื่นชมในประสบการณ์ของตน และสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ที่มีค่านิยมในความเป็นคนของตนมากกว่ารูปลักษณ์หรือส่วนประกอบภายนอก

2.ภาวะที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณไม่เพียงพอ (spiritual need deficit) บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ จัดเป็นประเภทที่ "อยาก" หรือ "ได้ไม่รู้จักพอ" มีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงระดับมาก บุคคลที่ได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ มาก ๆ มีการแสดงออกหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวงผู้อื่น รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ว่างเปล่า ยอมกระทำทุกสิ่งทุกอย่างทั้งคำพูด และการกระทำเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ อาจทุ่มเททุกอย่างเพื่อกิจกรรมทางศาสนา รวมทั้งมีความพยายามอย่างสูงที่จะชักชวนผู้อื่นเลื่อมใส หรือในทางตรงข้าม อาจปฏิเสธหรือไม่ยอมรับสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า เป็นต้น บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี มักมีภาวะ

จิตวิญญาณในระดับที่ได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ ปานกลาง-เล็กน้อย ถึงระดับได้รับการตอบสนองที่สมบูรณ์หรือภาวะ spiritual health

3.ภาวะขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หรือภาวะขาดการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) บุคคลเหล่านี้มักอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง หือแท้ น้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกอับโชคความขาดขวัญกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้มักปรากฏอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย เป็นต้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีหลายรูปแบบ เช่น ก้าวร้าว แยกตัว ซึมเศร้า แสวงหาพิธีกรรมทางศาสนา หรือไสยศาสตร์อย่างคลั่งไคล้ หรือตัดขาดจากกิจกรรมทางศาสนาที่เคยปฏิบัติ เป็นต้น

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณ

ภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ การประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณ จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณ มี 2 วิธี คือ การสังเกต และการสัมภาษณ์

1.การสังเกต พยาบาลสามารถสังเกตห่าง ๆ หรือขณะปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ให้แก่ผู้บริการ บางครั้งอาจต้องมีสัมภาษณ์ร่วมด้วย ข้อมูลที่พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมได้โดยวิธีสังเกต ได้แก่

การสังเกตท่าทางพฤติกรรมของผู้รับบริการแสดงออก ได้แก่ สีหน้า ท่าทางการแสดงอารมณ์ เช่น ว่างเปล่า โกรธ ซึมเศร้า หงุดหงิด เป็นต้น กิจกรรมที่ผู้รับบริการปฏิบัติ เช่น สวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ อ่านพระคัมภีร์ เป็นต้น

การสังเกตพฤติกรรมทางวาจาของผู้รับบริการ เช่น การบ่นเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ อาการทางกายอื่น ๆ การพูดเน้นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ลักษณะคำพูดที่ใช้ตลอดจนน้ำเสียง เมื่อพูดถึง พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนเอง ความหมาย และเป้าหมายชีวิตของคน ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

การสังเกตสัมพันธภาพของผู้รับบริการกับผู้อื่น เช่น มีผู้มาเยี่ยมในโรงพยาบาลหรือไม่ ผู้มาเยี่ยมมีพฤติกรรมอย่างไร เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือไม่ เนื่องจากการพูดคุยมีลักษณะอย่างไร ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยอื่นอย่างไร

การสังเกตสิ่งแวดล้อม เช่น หนังสือทางศาสนา การสวมวัดตุ้มงคลต่าง ๆ วิธีการปฏิบัติศาสนกิจ การใช้วัตถุทางศาสนา ในขณะที่ปฏิบัติศาสนกิจ เมื่อมีปัญหา มีการใช้สิ่งใดเพื่อปลอบใจ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว เป็นต้น

2.การสัมภาษณ์ บางครั้งใช้ร่วมกับการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องหัวข้อการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ แหล่งสร้างกำลังใจ และความหวังในชีวิตของผู้รับบริการ การปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น

ตัวอย่างการซักถามเพื่อให้ได้แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ศาสนาหรือพระเจ้า มีความสำคัญต่อผู้รับบริการอย่างไร การสวดมนต์ภาวนาช่วยให้ผู้รับบริการดีขึ้นอย่างไร เทพเจ้า พระเจ้า มีส่วนกำหนดหรือลิขิตชีวิตอย่างไร วัตถุประสงค์ที่สวดมนต์ช่วยป้องกันภัยอันตรายอย่างไร เป็นต้น

พยาบาลอาจซักถามผู้รับบริการเกี่ยวกับบุคคลสำคัญในชีวิตผู้รับบริการ บุคคลหรือแหล่งสร้างขวัญ กำลังใจเมื่อมีปัญหา บุคคลที่ให้การสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้รับบริการ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสร้างกำลังใจ และความหวังในชีวิตของผู้รับบริการ

ภาวะทางจิตวิญญาณของบุคคล อาจแสดงออกโดยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติศาสนกิจ การซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจหรือพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ความสำคัญของการปฏิบัติศาสนกิจ ต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ของผู้รับบริการความต้องการประกอบศาสนกิจในขณะที่เจ็บป่วย เป็นต้น จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบกับข้อมูลอื่น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในด้านจิตวิญญาณให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

แนวทางการประเมินสภาพคนทั้งคน สามารถใช้แนวทางได้หลากหลาย เช่นทฤษฎีระดับความต้องการของมาสโลว์ หรือแนวทางจากพื้นฐานทฤษฎีทางการพยาบาล ที่สังเคราะห์ขึ้นมาใหม่ เช่นทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แต่แนวทางการประเมินสภาพโดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เป็นพื้นฐานนี้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจในแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) ของกอร์ดอน (Gordon ,1987) เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการประเมินสภาพผู้รับบริการ ซึ่งเป็นแบบแผนทางสุขภาพ มีทั้งสิ้น 11 แบบแผนดังนี้

การรับรู้สภาพ และการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สถิติปัญญา และการรับรู้ การรับรู้ตนเอง บทบาทและสัมพันธภาพ เพศ และเพศสัมพันธ์ การปรับตัวกับความเครียด ค่านิยม

แบบสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผน มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ภาวะที่เป็นปัญหา หรือภาวะที่เป็นลักษณะดี ของแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง อาจเป็นเหตุหรือเป็นผล ของภาวะที่เป็นปัญหา หรือภาวะที่เป็นลักษณะดีของอีกแบบแผนหนึ่งได้

โดยสรุปการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสภาพด้านจิตวิญญาณ ต้องใช้ทักษะ การสังเกต และการสัมภาษณ์ และบางครั้งต้องอาศัยเวลา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง การศึกษา หาความรู้เกี่ยวกับค่านิยม ศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการพัฒนาทักษะการสังเกต และการสัมภาษณ์ จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะจิตวิญญาณของผู้รับบริการได้ แม่นยำยิ่งขึ้น

3.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ในการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่มุ่งไปที่ความต้องการเฉพาะด้าน โดยมีค่านึงถึงหลักจริยธรรมที่สำคัญของ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ลลอ นูตางกูร, 2525: 73, ฟาริดา อิบราฮิม, 2532 อ้างถึงใน รสพร ปทุมวัน, 2534: 40; ประคอง อินทรสมบัติ, 2534: 58; Kemp, 1995: 45 – 61) มีลักษณะ ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ให้ความเคารพ และดำรงไว้ซึ่งคุณสมบัติของ มนุษย์อย่างครบถ้วน
2. ให้ผู้ป่วยได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
3. ให้ผู้ป่วยได้รับความรักและผลประโยชน์เหมือนกับที่เขายังมีสมรรถภาพเยี่ยง คนปกติ ครอบครัวและเพื่อนฝูงควรมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความมั่นใจ
4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเกิด ตามมาภายหลังที่ผู้ป่วยจากไปแล้วอย่างไม่มีวันกลับ
5. ให้ผู้ป่วยได้ตายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย หรือในบรรยากาศที่คล้ายคลึงกัน
6. ให้ครอบครัวได้มีโอกาสแสดงความรัก อาหาร ห่วงใยต่อผู้ป่วย
7. ให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพ คือ ได้แสดงความปรารถนาและความรู้สึก รักใคร่ต่อคนที่เขารัก
8. ให้ผู้ป่วยได้ขจัดความขัดแย้งทางจิต สังคม และวิญญาณ

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถ ผสมผสานการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้ดังนี้ (Pickett, 1993: 104; Stiles 1990: 245; อวยพร ตัณมขยกุล, 2533: 45)

1 อยู่กับผู้ป่วย (being with) พร้อมทั้งสัมผัสผู้ป่วย

2. การนั่งเจียบ พร้อมทั้งฟังและสังเกต เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึก ทั้งวาจา ท่าทาง และพฤติกรรมการกระทำ
3. การแสดงความรู้สึกห่วงใย อาหาร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้รับบริการ
4. รวมมีประสบการณ์กับผู้ป่วย เรียนรู้ ศึกษา และรับรู้ต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วย
5. เข้าผู้รับบริการทันทีเมื่อต้องการ ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีพยาบาลอยู่เคียงข้าง เป็นที่พึ่งได้ยามที่ต้องการ
6. ช่วยผู้ป่วยให้พบเป้าหมายชีวิต คุณค่าของชีวิต ความหมายของความทุกข์ ทรมาน และความตาย โดยต้องอาศัยการเรียนรู้ ปรัชญา ค่านิยม ความเชื่อ จากประสบการณ์ชีวิต พยาบาลก่อน โดยพยาบาลต้องค้นหาการนับถือศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย
7. ขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ ในการแก้ไขปัญหาด้านจิตวิญญาณที่ซับซ้อนของผู้ป่วย
8. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ด้วยการให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ความสำเร็จในชีวิต พุดคุยถึงสิ่งที่ดีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือในการปฏิบัติกิจกรรม
9. เข้าใจและเคารพต่อภูมิหลังทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมหรือปฏิบัติตามความเชื่อของเขา
10. นำผู้ป่วยเข้าระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ให้ผู้ป่วยใช้เวลาที่เหลืออย่างมีคุณค่าและมีความสุขเมื่อต้องเผชิญกับความตาย
11. พยาบาลควรเคารพความศรัทธา ความเชื่อมั่นในสิ่งยึดถือของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำพิธีกรรมทางศาสนาของเขา
12. การสวดมนต์ภาวนาให้ กิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ต้องเน้นการกระทำเพื่อให้ผู้รับได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจไม่ใช่ให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง เนื่องจากคิดว่าจะเกิดอิทธิปาฏิหาริย์ จากการที่พยาบาลสวดมนต์ภาวนาให้ หรือกระทำเพื่อตัวพยาบาลเอง
13. การใช้หนังสือธรรมะ คัมภีร์ สื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ
14. การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย หรือรับบริการ ได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการสวดมนต์ภาวนา การเชิญพระ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนา มาพุดคุย การเปิดโอกาสให้ไปวัด - โบสถ์ เพื่อประกอบศาสนกิจ เป็นต้น

15. การเปิดโอกาสให้พระ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย เช่น การประพรมน้ำมนต์การสวดมนต์ หรืออ่านคัมภีร์ เปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงจิตใต้สำนึก (subconscious)

16. การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวของคน เมื่อการรักษาในสถาบันบริการทางสุขภาพ ขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวของคนควรวางวิธีการรอมชอมให้มากที่สุด เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามสิ่งยึดเหนี่ยว และรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

กล่าวโดยสรุปกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ระลึกถึงสิทธิผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องหลักการดูแลของ Watson (1993) 10 ประการ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Program Cave) (NHO in Beave, 1990: 438; Sheehan & Forman, 1996: 65 - 66) ซึ่งมีทั้งจุดประสงค์การรักษา การดูแล การร่วมทำงานเป็นทีมของผู้อยู่ในวิชาชีพและอาสาสมัครหลักการรับผู้ป่วยเข้าฮอสปิตส์ การติดตามการดูแลที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งมีหลักการเพื่อช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวสำหรับการตายของผู้ป่วย เน้นการบรรเทา มากกว่าการรักษา

วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักของฮอสปิตส์ (Sheehan & Forman, 1996: 65 - 65)

1. ดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (individual care)

2. ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค การบอกถึงผลการวินิจฉัยต้องอาศัยความระมัดระวัง ในที่นี้จึงรวมถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือน ทั้งร่างกายและจิตใจ

3. ควบคุมความเจ็บปวด ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บปวดทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น การเจ็บปวดด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ซึ่งมีหลักในการควบคุม ดังนี้

3.1 ควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดก่อนจึงให้ยา เพราะจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความ

กลัวและกังวลว่าความเจ็บปวดจะกลับมาอีก ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากขึ้น

3.2 ให้ผู้ป่วยตื่นอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับ

3.3 ให้มีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ พยายามให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

3.4 ให้ผู้ป่วยสะดวกสบายมือสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปาก หรือยาเหน็บทางทวารหนัก

4. ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง ฟังและให้ความช่วยเหลือ

5. ให้การดูแลครอบครัวในกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแล ทั้งก่อนผู้ป่วยสิ้นชีวิตและหลังจากผู้ป่วยสิ้นชีวิตแล้ว

6. ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ การที่สมาชิกในทีมสุขภาพต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการประคับประคองดูแลให้กำลังใจและช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับภาวะเครียด เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปได้

3.5.1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Fawcett, 1993: 223) มีพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับ ผู้ได้รับการดูแล ในแนวคิดถึงระดับจิตวิญญาณ คือช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเอง ให้มีดุลยภาพ(Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตน การเยียวยาเองที่เกิดขึ้น จึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ซึ่งมีปัจจัยการดูแลดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยประการแรกที่สำคัญที่สุด ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลควรมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม

และปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพน่ารังเกียจสักเพียงใด ออดทนและรอคอยเวลาให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเอง ยอมรับต่อสภาพของตนตามที่เป็นจริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักและความเมตตาอย่างมากจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลต้องคงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิต ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และพยาบาลต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ สำหรับความศรัทธาในศาสนา พยาบาลควรประเมินดูว่า มีความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ส่งเสริมความเชื่อพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในแนวทางศาสนา ยอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อของเขา เช่น การสวดบทคาถาอาคม สายสิญจน์ ไช้กลาง เป็นต้น และต้องหมั่นสร้างความศรัทธาเชื่อถือที่ผู้ป่วยพึงมีให้กับตน โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนกับผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วย กิริยาสงบ และมีท่าทางเชื่อมั่น ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ทักษะ และสามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3. ใฝ่ต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญ พยาบาลควร จะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ใฝ่ต่อความรู้สึกของตนและผู้อื่น คือ การตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอ ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนในขณะนั้น ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง และรับรู้ตนเองตามสภาพที่เป็นจริง พยาบาลที่มีการพัฒนาตนเองให้ใฝ่ต่อการรับรู้ตนเอง จะใฝ่ต่อการรับรู้ผู้อื่นด้วย และมองโลกของผู้อื่นได้ดีขึ้น เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และค่านิยมของผู้ป่วย

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ด้วยวิธีการ

4.1 สื่อสารอย่างมีคุณภาพ การบอกกล่าวที่มากหรือน้อยเกินไป จะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยได้ง่าย บางครั้งผู้ป่วยอาจพบความขัดแย้งระหว่างความต้องการ กำสัจใจจากการสนทนา และความต้องการที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นคงทางจิตใจ แต่ถ้าช้าเกินไป ผู้ป่วยอาจสงสัยหรือ

ทราบได้เองจากอาการที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ เป็นจริง กับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนอง ที่เหมาะสม มีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (congruence) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึก ของตนเองและกล้าเปิดเผยความรู้สึกออกมาจะยิ่งกระชับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้รู้จักกันและปรับตนให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกทางด้านลบอื่น ๆ ยิ่งเป็นอุปสรรคต่อ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาใน หลายรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยพัก หรือแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเลี่ยงการ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

4.3 ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการรับสัมผัส กับโลกภายในของผู้ป่วย เสมือน หนึ่งว่า เป็นโลกภายในของตน รู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน เพื่อจะรับรู้ ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย นั้นมีความรู้สึกอย่างไร เมื่อต้องประสบกับความตาย จะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.4 ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นใจระหว่างพยาบาลกับ ผู้ป่วยจะส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่น โดยแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงเหมาะสม ยิ้ม แย้ม มีท่าที่เป็นมิตร เปิดเผย ผ่อนคลาย เป็นต้น

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และ พฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลควรได้มีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ที่เป็น ความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง จะทำให้พยาบาลพัฒนาการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับการแสดง ออกของผู้ป่วยได้อย่างจริงใจ สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วย และเข้าใจความรู้สึก ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ ยอมรับการระบายความรู้สึกของ ผู้ป่วย ไม่ตำหนิตีติเตียนหรือตัดสิน ให้เวลาและโอกาสกับผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งขณะที่ ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาด้านวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับความตายอย่างสงบ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายมักมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยการถามพูดคุย และสังเกตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวม และนำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ และความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งความหวังและกำลังใจสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้น นำแผนที่วางไว้ มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สามารถยอมรับความจริงได้และจากไปอย่างสงบ

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคิดเกี่ยวกับความตายได้ 2 ทาง คือ การยอมรับและปฏิเสธ หรือเกิดขึ้นทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การให้ข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการประคับประคองดูแล จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน พยาบาลจะทราบปัญหาของผู้ป่วย โดยการสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วย และการเข้าไปมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8. ประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคลส่วนจิตและจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายนอกและภายใน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแล ครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สะอาด ปลอดภัย จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งภายในและภายนอก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อตนเอง เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่ประคับประคองของพยาบาล สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจท่านอน ลักษณะของเตียง และการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก

8.2 บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น การประคบร้อน เย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้นยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี สนทนากับผู้ป่วยอื่น เป็นต้น

8.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ซึ่งสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่า ตนเองยังมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น และให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ในการอยู่กับครอบครัว หรือในการผ่อนคลายอารมณ์

8.4 ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพจิตใจ เช่นอุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบอกข่าวสารที่กระทบกระเทือนจิตใจ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

8.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีสีสันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการเช่นบุคคลทั่วไป แต่มีความแตกต่างตรงที่ ความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีมาก(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522: 3-7) และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง(Highfield, 1992:1-8; Reed, 1991: 122-128) การให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก และพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และจากไปอย่างสงบ

สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เพราะผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ความสะอาดของปากฟัน ผิวหนัง กล้ามเนื้อ การหายใจ โดยเฉพาะการขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยไม่อาจควบคุมได้

9.2 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิต-สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นต้น

9.3 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ให้ครอบครัวและผู้ที่อยู่ป่วยรัก มาดูแลเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังโศกเศร้า เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

9.4ตอบสนองความต้องการภายในบุคคลภายในบุคคลและระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลกจักรวาล กับผู้อื่น และกับสิ่งสิทธิ์ที่ตนนับถือ

10.เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักจะมีความสับสน ว่าวุ่นวิตกกังวล ต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักจะมาตัวตาย หรือปฏิเสธความตายจนถึงวาระสุดท้ายของ พยาบาลต้องค้นหาความหมายของชีวิตจากประสบการณ์ของตนในแต่ละวัน มีความเข้าใจในชีวิตและความเป็นไปของโลก มีพลังสติปัญญา พลังจิต และพลังกายที่ได้จากปรัชญา ความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษา และประสบการณ์ชีวิต สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ ช่วยผู้ป่วยให้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ตั้งาม ไน้นำให้ผู้ป่วยค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ที่เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ นำให้ผู้ป่วยค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน ค้นพบสัจธรรมของชีวิต และนำเข้าสู่การใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า

จากแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังกล่าวนี้ สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก เนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย และจากความห่อหุ้มสิ่งหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอดได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เป็นเป้าหมายประการแรกของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

4.1 จุดประสงค์และวิธีการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีวิทยาการทางการแพทย์และการพยาบาล มีผลทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยถูกยืดระยะเวลาการดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนานมากขึ้น ทำให้ระยะเวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงเวลาที่บุคคลากรทางการแพทย์และทางการพยาบาลต้องให้ความสนใจใส่ใจเพิ่มยิ่งขึ้น ในช่วงระยะเวลาบุคคลต่าง ๆ อาจจะดำเนินชีวิตได้ในทั้งที่บ้าน ใน

โรงพยาบาลหรือในชุมชน ขึ้นอยู่กับภาวะวิกฤต ถึงแม้ว่าจะอยู่ที่ใด สิ่งที่ไม่ควรละเลยและควรกระทำ คือการดูแลเอาใจใส่ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีความสุข คุณภาพชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่ดี

การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่สำคัญต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพของความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว ต่อความตายที่กำลังจะมาถึงในไม่ช้า พยาบาลที่เป็นผู้ให้การดูแลพยาบาลอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องใส่ใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เพียงอย่างเดียวไม่ได้ หากต้องมีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคลด้วย ซึ่งเป็นความต้องการของชีวิตเป็นหลักของชีวิต ความหมายของการมีชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้รับบริการทุกคน ทุกวัย และทุกระยะของชีวิต ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายในปัจจุบันมักจบชีวิตลงที่โรงพยาบาล มีการพึ่งพาระบบเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้น ซึ่งการพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่มีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณเช่นเดียวกับผู้ป่วยระยะอื่น ๆ จะเห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวมเช่นกันนี้ มีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนเป็นอย่างยิ่ง เพื่อคุณภาพของการพยาบาลและมาตรฐานทางวิชาชีพ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

4.1.1 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย ในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล มีการจัดการเรียนการสอนเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) การเรียนการสอนภาคทฤษฎี จะมุ่งเน้นให้ความรู้เนื้อหาวิชา ปูทางพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและการทำงาน การเรียนการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายและสาธิต เมื่อสิ้นสุดการเรียน ผู้เรียนจะมีความรู้ ความสามารถ และความพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ระดับหนึ่ง

2) การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นการนำความรู้ที่ได้จากห้องเรียนมาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการจัดโอกาสเวลา สถานที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ผู้เรียนจะได้เห็น ได้สังเกต ได้สัมผัส ได้เรียนรู้และรับรู้ได้โดย ทางประสาทสัมผัสทุก ๆ ส่วน ถือว่าเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534)

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล จึงมีการนำหลักทฤษฎีการเรียนรู้ต่าง ๆ นำมาใช้ สามารถจัดรูปแบบได้หลายรูปแบบ (สมคิด รักษาสัตย์, 2532: 11, Mellish and Brink, 1990; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534: 17) ได้ดังนี้

1) การสอนสาธิต(Demonstration)

เป็นการแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน มุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะในเรื่องอื่น ๆ อาจทำร่วมกับการสอนอื่น ๆ เช่น การบรรยาย การสอนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย จำนวนผู้เรียนที่เหมาะสมขึ้นกับ ผู้เรียนจะต้องสามารถเห็นการสาธิตของผู้สอนได้อย่างทั่วถึง การสาธิตในสภาพการณ์จริงที่แสดงกับผู้ป่วย อาจจะไม่ต้องการให้ผู้สังเกตการณ์หลายคน ผู้สอนอาจต้องสาธิตให้ผู้เรียนเป็นรายบุคคล ผู้เรียนสรุปเนื้อหาที่เป็นหลักสำคัญ มีเวลาให้ผู้เรียนซักถามหลังการสอน

2) การประชุมเพื่อการปรึกษาหารือเป็นรายบุคคลหรืออภิปรายกลุ่ม(Individual Group Conference)

มีการประชุมปรึกษาหารือแสดงความคิดเห็นเพื่อหาทางปฏิบัติที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วย เริ่มต้นจาก ผู้เรียนนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้สมาชิกของกลุ่มทราบ สมาชิกกลุ่มมีการอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา เลือกวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักทฤษฎีวิชาการ ผู้สอนให้ข้อคิดในสิ่งที่ควรเรียนรู้เพิ่มเติม การประชุมปรึกษาหารือจะให้ก่อนการพยาบาลหรือภายหลังจากการให้การพยาบาลก็ได้ (Pre-Post Conference)

3) การสอนเป็นรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน (Bedside teaching)

เป็นการสอนตามสภาพความเป็นจริงที่กำลังประสบอยู่ ในขณะที่ปฏิบัติงานของผู้เรียนเป็นการสอนระหว่างกรณีเหตุการณ์ปฏิบัติงานของผู้เรียน กระตุ้นและนำผู้เรียนให้ศึกษาข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏขณะที่ผู้เรียนเผชิญอยู่ ผู้เรียนจะต้องรู้เหตุที่มาของปัญหา ศึกษาวิธีแก้ปัญหา วิธีปฏิบัติอย่างมีหลักการและเหตุผลในการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

4) การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล (Case assignment)

ผู้สอนจะมอบหมายผู้ป่วยให้นักศึกษาดูแลล่วงหน้า ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอต่อผู้สอนก่อนที่จะให้การพยาบาล ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอต่อผู้สอนก่อนที่จะให้การพยาบาล ซึ่งผู้สอนจะให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้เรียนเป็นรายบุคคลในเรื่องของการประเมินปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา ผู้สอนจะใช้ร่วมกับการนิเทศการปฏิบัติงานของนักศึกษาที่รับผิดชอบ มีการสอน การประเมินในทักษะการปฏิบัติการดูแล ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย

5) การสอนโดยการศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง (Nursing clinics)

เป็นการสอนโดยการเลือกผู้ป่วยเฉพาะรายที่กลุ่มสนใจ และเลือกมาเป็นรายที่จะศึกษามาสอนในกลุ่ม มักจะใช้ร่วมกับการประชุมเพื่อการปรึกษา (conference) การบรรยายหรือสัมมนาก็ได้ โดยผู้สอนจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้ผู้เรียนไปศึกษาผู้ป่วยที่เตียงหรือนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องเรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้สังเกตผู้ป่วยในสภาพการณ์จริง หลังจากนั้นอาจจะให้ผู้เรียนอภิปรายสรุปเรื่องที่ได้เรียนมา การประเมินผู้ป่วย และการให้การพยาบาล

6) การสอนเฉพาะกรณี (Case study)

ผู้สอนจะมอบหมายให้ผู้เรียนทำการศึกษาคู่มือผู้ป่วยเฉพาะราย เขียนรายงานและเสนอรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยให้กลุ่มผู้เรียนด้วยกันทราบ ผู้สอนอาจจะช่วยเหลือในการลำดับเนื้อเรื่อง จัดเนื้อหา และรายละเอียดต่าง ๆ ที่ควรให้กับผู้เรียนอื่น ๆ ได้เรียนรู้ ผู้เรียนจะต้องศึกษาผู้ป่วยที่กำหนดให้อย่างรอบด้านตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยปัจจุบัน และอาจจะวางแผนต่อเนื่องภายหลังจากที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งผู้เรียนที่ทำการศึกษาคู่มือจะต้องนำเสนอต่อผู้เรียนในกลุ่ม ผู้สอนกระตุ้นให้มีการเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม มีการซักถามปัญหา เพื่อให้ผู้เรียนขบคิดและคิดเห็นในแนวทางการแก้ปัญหา

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จากการทำทบทวนเอกสารงานวิจัย Beck (1997: 441); Copp (1994: 552) นักศึกษาพยาบาลการเรียนเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยสอดแทรกเข้าไปในวิชาต่าง ๆ ขณะที่ทำการสอน ควรมีการให้กำลังใจ เพื่อตรวจสอบความรู้สึกของผู้เรียนในการสอนแบบบรรยาย แบบสัมมนา เช่น ความต้องการของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ในวิชาการพยาบาลเด็ก เนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และควรจัดให้นักศึกษามีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติต่อผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้ายจริง เพื่อให้ผู้เรียนมีแนวทางของการคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสอนการพยาบาลระยะสุดท้ายในต่างประเทศ ตั้งแต่ปี 1960 มีวิธีการเรียนการสอนหลายวิธี และการจัดเนื้อหาหลักสูตรที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่วิธีการสอนของ Degner & Gow, (1988: 168) ด้วยการผนวกเนื้อหาเกี่ยวกับความตายไปในห้องเรียน

ตลอด 4 ปี กับการจัดเนื้อหาวิชาการดูแลแบบประคับประคองในชั้นปีที่ 4 สอน 8 ชั่วโมง/หน่วยกิต ทำการสอน 6 หัวเรื่อง ได้แก่ กรอบแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง การมีชีวิตช่วงภาวะใกล้ตาย การควบคุมความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ประสิทธิภาพของการบำรุงอาหาร สภาพร่างกาย และความเศร้าโศก และการสูญเสีย ต่อมา Lockard (1989) ได้จัดหน่วยงานที่แนะนำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้นักศึกษาพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นและระยะเวลาที่นานขึ้น หลังจากนั้น Stewin (1990: 30) ได้จัดการสอนให้ความสนใจนักศึกษาด้วยการฝึกความตระหนักต่อความตาย การใช้ดนตรี การวาดรูป การเผชิญหน้าของนักศึกษา กับการสอนในห้องเรียนด้วยการอภิปรายกลุ่ม การบรรยายในหัวข้อเรื่องความตายในสังคม การพัฒนามุมมองด้านจิตใจของความตาย ขบวนการตาย กิจกรรมของการตาย และคุณค่า ค่านิยมของความตาย

สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรนำมาใช้เป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยนำไปสอนในวิชาที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นการฝึกประสบการณ์จริงต่อผู้ป่วยช่วยให้มีแนวคิดการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

4.1.2 การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวิทยาลัยพยาบาลสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้มีการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยแบ่งการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนี้

1.วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (ภาคทฤษฎี 4 หน่วยกิต)

ลักษณะวิชา

แนวคิดและหลักการในการให้การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงวัยผู้ใหญ่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู คอ จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ระบบทางเดินอาหาร โลหิตและต่อมน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้ายและการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนวิชานี้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายแนวคิดในการดูแลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงวัยผู้ใหญ่ ที่มีภาวะสุขภาพเป็ยงเบนได้
2. บอกแนวทางในการประเมินสุขภาพของบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้
3. อธิบายกลไกการเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับปัญหาของบุคคลในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงผู้ใหญ่ได้
4. บอกหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และบำบัดรักษาทั้งทางยา และการผ่าตัดได้
5. อธิบายการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู คอ จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ระบบทางเดินอาหาร โลหิตและต่อมน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ได้
6. อธิบายหลักการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจาก อุบัติเหตุ และสาธารณภัยได้
7. อธิบายบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในด้านการส่งเสริม ป้องกันดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ของผู้ป่วยอย่างสอดคล้องปัญหาของบุคคลในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้

หัวข้อการเรียนการสอน

บทที่ 1 แนวคิดในการดูแลบุคคลที่อยู่ในรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพเป็ยงเบน 2 ชั่วโมง.

บทนำ

บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพเป็ยงเบน

- ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน
- ผู้ป่วยระยะเรื้อรัง
- ผู้ป่วยระยะวิกฤต
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การตอบสนองของบุคคลวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงวัยผู้ใหญ่ต่อภาวะ
สุขภาพที่เป็ยงเบน(ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิต
วิญญาณ)

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของบุคคลในวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงวัยผู้ใหญ่
ประเด็นทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์บาลผู้ใหญ่

บทที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ

2 ชั่วโมง

หลักการประเมินภาวะสุขภาพ

การซักประวัติ

การตรวจร่างกาย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หลักการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ

บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา 6 ชั่วโมง

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของ
เซลล์ 4 ชั่วโมง

บทนำ

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็ง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์

ผลกระทบของมะเร็งต่อบุคคลด้านร่างกาย จิต สังคม และจิต
วิญญาณ

บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
มะเร็ง (การป้องกัน การรักษา การผ่าตัด การใช้รังสีบำบัด การใช้เคมี
บำบัด การใช้ภูมิโน การฟื้นฟูสภาพ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย)

บทที่ 5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบผิวหนัง 4 ชั่วโมง

บทนำ

แนวทางการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการ และอาการแสดงที่พบบ่อย (คัน ผื่น ต่างขาวกลุ่มอาการ
สตีเวน)

การพยาบาล และบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ :-

การติดเชื้อ

บทที่ 6 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก 8 ชั่วโมง

บทนำ

แนวทางการประเมินสภาพ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับตา :-

(การติดเชื้อ การบาดเจ็บ อื่น ๆ)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหู :-

(การติดเชื้อ การบาดเจ็บ เนื้องอก อื่น ๆ)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับช่องคอ :-

(การติดเชื้อ เนื้องอก)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับจมูก :-

(การติดเชื้อ การบาดเจ็บ เนื้องอก อื่น ๆ)

บทที่ 7 การพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเขตร้อน โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ 4 ชม.

บทนำ

กระบวนการเกิดโรคติดต่อ

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ

โรคเขตร้อน และโรคติดต่อ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรค

ไม่ติดต่อ

บทที่ 8 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร 8 ชั่วโมง

บทนำ

แนวทางการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย (คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

กลืนลำบาก ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ :-

(การติดเชื้อ การบาดเจ็บ เนื้องอก อื่น ๆ)

บทที่ 9 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโลหิตและต่อมน้ำเหลือง 6 ชม.

บทนำ

แนวทางการประเมินสภาพกลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย
(ซีด, เลือดออกง่าย)

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
เม็ดเลือดแดง

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเกร็ด
เลือดและปัจจัยที่มีเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
ระบบน้ำเหลือง

อื่น ๆ

บทที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะ

บทนำ

แนวทางการประเมินอาการแสดงที่พบบ่อย

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย (การถ่ายปัสสาวะผิดปกติ
ความผิดปกติในส่วนประกอบของปัสสาวะ ภาวะความไม่สมดุลของ
น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ปัสสาวะเป็นพิษ (Urchitis))

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ (การ
ติดเชื้อ การบาดเจ็บ เนื้องอก)

อื่น ๆ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต (Dialysis)

บทที่ 11 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

บทนำ

แนวทางประเมินสภาพ

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย

ความผิดปกติของกระดูก

การมีเลือดออกผิดปกติจากมดลูก (Dysfunctional uterine
bleeding)

การพยาบาลและการบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี

(การติดเชื้อ, การบาดเจ็บ, เนื้องอก, อื่น ๆ)

บทที่ 12 การพยาบาลบุคคลที่ได้รับการยืนยันตรวจจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย 4 ชม.

บทนำ

หลักการคัดกรองผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย

หลักการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน

หลักการช่วยฟื้นคืนชีพ

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย
3. สาธิต
4. สถานการณ์จำลอง
5. ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

สื่อการเรียนรู้การสอน

1. สไลด์
2. วิดีทัศน์

2.วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต)

ลักษณะวิชา

ฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลบุคคลวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และบำบัดรักษาทางยา และการผ่าตัด ซึ่งมีปัญหาสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู คอ จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ระบบทางเดินอาหาร โลหิตและต่อมน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย

วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนจบวิชานี้ นักศึกษาสามารถ

1. ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลบุคคลวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตของเซลล์ ระบบผิวหนัง ตา หู คอ จมูก โรคเขตร้อน โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ระบบทางเดินอาหาร โลหิตและต่อมน้ำเหลือง ทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและสาธารณภัย

2. ปฏิบัติหัตถการในการบำบัดทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขได้

3. ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ ได้สอดคล้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้

4. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

กิจกรรมผู้เรียน ฝึกประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 180 ชั่วโมง การศึกษาภาคปฏิบัติได้ให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ ดังนี้

1. ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพทางด้านอายุกรรม ศัลยกรรมโดยสอดคล้องกับทฤษฎี
2. ฝึกปฏิบัติหัตถการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
3. ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการประชุมปรึกษา

กิจกรรมการสอน

1. นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
2. สอนในคลินิก
3. ประเมินผลการเรียน

การวัดและประเมินผล

1. การปฏิบัติการพยาบาล
2. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
3. การปฏิบัติหัตถการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

3. วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 (ภาคทฤษฎี 3 หน่วยกิต)

ลักษณะวิชา

การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในทุกระยะของการดำเนินโรค และการบำบัดทางการพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนจบวิชานี้ นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายกลไกการเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ได้สอดคล้องกับปัญหา
2. อธิบายนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหายใจ ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้
3. อธิบายหลักการบำบัดทางการพยาบาลได้
4. บ่งชี้ถึงความสำคัญของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้ายได้

บทที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของกระดูก และกล้ามเนื้อ 9 ชม.

บทนำ

แนวทางในการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการ และอาการแสดงที่พบบ่อย (ปวดคอ,ปวดหลัง,ปวดข้อ, อัมพาตจากปัญหาระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ) การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของกระดูกและกล้ามเนื้อ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ เกี่ยวกับการเผาผลาญ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดจากความเสื่อมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ เกี่ยวกับการเจริญเติบโตผิดปกติของกระดูก

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

บทที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหายใจ

บทนำ

แนวทางในการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย (ไอ,ไอเป็นเลือด,หายใจลำบาก,เจ็บหน้าอก)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของทางเดินหายใจ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยขาดเจ็บทรวงอก

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการขยายตัวของปอด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของระบบหายใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือด

9 ชม.

บทนำ

แนวทางในการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการ และอาการแสดงที่พบบ่อย (อ่อนล้า เป็นลม ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชี้ออก)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบของหัวใจ (Carditis)

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของหลอดเลือด

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤตของระบบหัวใจและหลอดเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ (Heart Surgery)

บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบต่อมไร้ท่อ

6 ชม.

บทนำ

แนวทางในการประเมินสภาพ

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของต่อมใต้สมอง

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ
ต่อมไทรอยด์

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ
ต่อมหมวกไต

การพยาบาลผู้ป่วยและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ
ของตับอ่อนส่วนไร้ท่อ

การพยาบาลผู้ป่วยและบำบัดเบื้องต้นสำหรับที่มีภาวะวิกฤตของต่อม
ไร้ท่อ

บทที่ 5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาท 9 ชม.

บทนำ

แนวทางในการประเมินสภาพ

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย

การพยาบาลและบำบัดเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของ
สมองและไขสันหลัง

บทที่ 6 การบำบัดทางด้านศัลยกรรม 3 ชม.

บทนำ

บทบาทของพยาบาลในการทำหัตถการตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข

แนวทางการประเมินสภาพ

บทบาทของพยาบาลในการทำหัตถการ

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. ภิปราย
3. สาธิต
4. ถานการณ์จำลอง
5. .ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

สื่อการเรียนการสอน

1. สไลด์
2. วีดิทัศน์
3. หุ่นจำลอง

4. ภาพโตอะแกรม
5. เอกสารประกอบการสอน
6. หนังสืออ่านประกอบ

การวัดและประเมินผล

1. การสอนกลางภาค และปลายภาค
2. รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
3. ความสนใจในชั้นเรียน

4. วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 4 (ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต)

ลักษณะวิชา

จะฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลการพยาบาลบุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย จนถึงผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และฝึกปฏิบัติการบำบัดการพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนจบวิชานี้ นักศึกษาสามารถ

1. ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลบุคคลวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย

2. ปฏิบัติหัตถการในการบำบัดทางการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขได้

3. ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูสภาพ ได้สอดคล้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้

4. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

กิจกรรมผู้เรียน ฝึกประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 180 ชั่วโมง การศึกษาภาคปฏิบัติได้ให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ ดังนี้

1. ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพทางด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมโดยสอดคล้องกับทฤษฎี

2.ฝึกปฏิบัติหัตถการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

3.ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการ
ประชุมปรึกษา

กิจกรรมการสอน

1.นิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

2.สอนในคลินิก

3.ประเมินผลการเรียน

การวัดและประเมินผล

1.การปฏิบัติการพยาบาล

2.การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล

3.การปฏิบัติหัตถการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัด
สถาบันพระบรมราชชนกนั้น นักศึกษาจะได้รับการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ภาคทฤษฎีก่อน
แล้ว หลังจากนั้นจึงขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง โดยการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษานั้น จะ
ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะรายวิชา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จะทำการ
ทดลองในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 มาแล้ว

จากการศึกษาแผนการศึกษาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ทั้งภาคทฤษฎีและภาค
ปฏิบัติพบว่า การเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีสอดแทรกในการเรียน
การสอนในแต่ละโรค เมื่อนักศึกษาได้ศึกษาในภาคทฤษฎีแล้ว จะมีการเรียนในภาคปฏิบัติแล้วให้
นักศึกษาสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีการเจ็บป่วยในระยะต่าง ๆ ได้ ใน
การศึกษาแต่ละส่วน ไม่ได้ระบุถึงการสร้างความรู้สึกร่วมใจ และความสามารถในการแก้ปัญหา
ทางการพยาบาลในเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งในความเป็นจริงการให้การพยาบาลบุคคลนั้นจะ
ต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ

การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ (ธนบุรี) มหาวิทยาลัยสยาม พ.ศ.2538

ปรัชญาของหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์ (ธนบุรี) มหาวิทยาลัยสยาม มีความเชื่อว่า หลักสูตรการศึกษาพยาบาลประกอบด้วยวิชาทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ โดยมุ่งให้นักศึกษานำหลักวิชาทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์สาขาต่าง ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่บุคคลทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย ตลอดจนครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพโดยมีเป้าหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

การจัดการเรียนการสอนในวิชาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการพยาบาลผู้ใหญ่ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยการในภาคทฤษฎี 2 รายวิชา ภาคปฏิบัติ 2 รายวิชาดังนี้

1. การพยาบาลผู้ใหญ่ ภาคทฤษฎี 4 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยในผู้ใหญ่และการดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางด้านอายุกรรมและศัลยกรรมในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังไม่ซับซ้อน ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล

2. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ภาคปฏิบัติ 2 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพทางด้านอายุกรรมและศัลยกรรมในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ภาคทฤษฎี 2 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทางอายุกรรมและศัลยกรรม การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ผู้ป่วยหนักหรือในภาวะวิกฤต การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพ

4. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ภาคปฏิบัติ 2 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนทางอายุกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยหนักหรือในภาวะวิกฤต ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพ

จากหลักสูตรที่ผู้วิจัยได้ศึกษาในรายละเอียดของหลักสูตรที่ผ่านมา เห็นได้ว่า การเรียนการสอนไม่ได้แยกการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมาเด่นชัด จะเป็นการสอนโดยรวมในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุ ทำให้นักศึกษาไม่เห็นความเฉพาะเจาะจงของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องมีการกล่าวถึง ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจริยธรรมของการดูแล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นว่า ควรจะมีการสอนการพยาบาลแนวระดับประคับประคองอาการผู้ป่วย (Palliative Care) หรือ Hospice Care ในหลักสูตรพยาบาล เพื่อให้ศึกษามีรูปแบบการพยาบาลให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ในการเรียนการสอนควรมีการสอดแทรกประเด็นทางจริยธรรมในการพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน เช่น การยึดชีวิตผู้ป่วยหนัก การให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงบสุข (euthanasia) สิทธิของผู้ป่วยที่จะรู้เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ความตาย การเขียนพินัยกรรมขณะมีชีวิตอยู่ มีรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายวิธีเพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่ตัดสินใจ เป็นการส่งเสริมประสบการณ์ด้านจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องมีการฝึกฝนบ่อย ๆ เพื่อให้พยาบาลเข้าใจถึงพฤติกรรมของตนเองตามขอบเขตของชีวิตจริง รู้ว่าตนเองมีอำนาจในการตัดสินใจเพียงใด (Nursing Development Conference Group, 1973 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญาบุกรักษ์, 2537: 13)

5. การสอนนักศึกษาเพื่อพัฒนาจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

วิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ต้องทำงานกับมนุษย์ กับคนที่เกี่ยวกับความเป็นความตาย จุดเน้นของวิชาชีพ การพยาบาลเน้นการกระทำที่มีผลต่อผู้อื่นและสังคมมากกว่าตนเอง ดังนั้นการเป็นพยาบาล จำเป็นต้องมีจริยธรรมค่อนข้างสูงกว่าคนในวิชาชีพอื่น ความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาจริยธรรม เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

5.1 ทฤษฎีการพัฒนาจริยธรรม

จริยธรรมเป็นความเชื่อและการปฏิบัติทางศีลธรรม ธรรมเนียมปฏิบัติหรือความเชื่อของกลุ่มจริยธรรมรวมถึงมาตรฐานและพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังจากสมาชิกกลุ่ม เหมือนกับหลักกาปฏิบัติทางวิชาชีพ มีกฎเกณฑ์ที่ระบุว่าคุณปฏิบัติกรรมใดผิดหรือถูก จริยธรรมของมนุษย์ในการพยาบาลผู้รับบริการเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย Fry (1994) ได้แสดงความคิดเห็นว่าการใช้ทฤษฎีทางจริยธรรมเพื่อชี้แจงให้เหตุผลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีการใช้อภิปรัชญา (metaethics) ใช้อธิบายความหมายชี้แจงเหตุผลของการปฏิบัติการ

พยายาม อธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ พฤติกรรมทางศีลธรรม (Frankena, 1973 cite in Fry, 1994) และตรวจหาเหตุผล รูปแบบการใช้เหตุผลและการตัดสินใจทางจริยธรรม การพยาบาล .

จากที่กล่าวมาข้างต้น จริยธรรมที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น สามารถพัฒนาได้โดยการส่งเสริมพัฒนาการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม สามารถอธิบายได้โดย Fry, (1994: 34 – 40) คือ

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของ Kohlberg (1981) เป็นผู้นำทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและพัฒนาการทางจริยธรรมของ Piaget มาใช้ โดยมีพื้นฐานในแนวคิดว่าการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งย่อมมีเหตุผลในการกระทำ การพิจารณาการทางจริยธรรมของบุคคล ต้องตรวจสอบที่เหตุผลในการตัดสินใจกระทำ Kohlberg แบ่งพัฒนาการทางจริยธรรม เป็น 3 ระดับ 6 ขั้น ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับมีจริยธรรมก่อนกฎเกณฑ์ (Preconventional level)

ขั้นที่ 1 หลักการหลบหลีกการถูกลงโทษ

ขั้นที่ 2 หลักการแสวงหารางวัล

ระดับที่ 2 ระดับมีจริยธรรมตามกฎเกณฑ์ (Conventional level)

ขั้นที่ 3 หลักการทำตามผู้อื่นเห็นชอบ

ขั้นที่ 4 หลักการทำตามกฎระเบียบของสังคม

ระดับที่ 3 ระดับมีจริยธรรมเหนือกฎเกณฑ์

ขั้นที่ 5 หลักการทำตามคำมั่นสัญญา

ขั้นที่ 6 หลักการทำตามอุดมคติสากล

จากแนวคิดของ Kohlberg พัฒนาการทางจริยธรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นและพัฒนาตามลำดับ โดยผ่านการพัฒนาทางสติปัญญา กระบวนการทางสังคม และการฝึกฝนตนเอง การพัฒนาจะไม่ข้ามขั้นตอนแต่สามารถถดถอยได้ การพัฒนาทางจริยธรรมและอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องกระทำอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ การได้เรียนรู้แบบอย่างที่ดีและนำไปปฏิบัติตาม การให้แรงเสริมและกระตุ้นให้ปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดเป็นค่านิยมที่ยึดถือจะทำให้บุคคลนั้นบรรลุวุฒิภาวะทางจริยธรรม การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ตามแนวทางการพัฒนาจริยธรรมของ Kohlberg นี้ จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางจริยธรรม และการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาลได้ โดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้รับบริการและพัฒนาคุณภาพวิชาชีพเป็นหลัก

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของ Gilligan (1982 อ้างถึงใน Fry, 1994: 36 – 38) Gilligan ได้ศึกษาวิจัยการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยใช้เครื่องมือตามแนวคิดของ Kohlberg พบว่า คะแนนของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย การวิจัยนี้พบว่า ผู้หญิงใช้แนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่แตกต่างกัน โดยให้ความสำคัญกับธรรมชาติของการดูแลและความรับผิดชอบในการสร้างสัมพันธภาพ มีจุดมุ่งหมายที่จะดำรงรักษาความผูกพันที่เกี่ยวข้องกันตนและความสุขสมบูรณ์ของตนเอง ในงานวิจัยนี้ไม่ได้อธิบายถึงความขัดแย้งของสิทธิว่าเป็นปัญหาจริยธรรม แต่บอกว่าปัญหาจริยธรรมเป็นผลมาจากบริบทในธรรมชาติของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการรับรู้หน้าที่ของตนเองในความสัมพันธ์นั้น พัฒนาการของ Gilligan ประกอบด้วยพัฒนาการ 3 ระดับ แต่ละระดับประกอบด้วย 2 ขั้นตอน เกี่ยวข้องกับการดูแลและความรับผิดชอบในสัมพันธภาพระหว่างผู้หญิงกับผู้อื่น

	ระดับ 3 การกระทำเพื่อควมมี ศีลธรรมถูกต้อง	
	ระดับ 2 การทำดีเพื่อเสียสละ ความสุขส่วนตัว	ความจริง (Truth) ↑ ความดี (Goodness)
ระดับ 1 การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อการอยู่รอด	ความรับผิดชอบต่อ ↑ ความเห็นแก่ตัว (Selfishness)	

รูป 1 รูปแบบของพัฒนาการจริยธรรมของ Gilligan (1982)

การพัฒนาจริยธรรมตามแนวทางนี้ จะนำไปสู่ความสุขสมบูรณ์ในชีวิต และการดูแลบุคคลที่ไม่ละเลยสัมพันธภาพของเขากับบุคคลอื่น การอธิบายพัฒนาการทางจริยธรรมตามทฤษฎีนี้สอดคล้องกับการปฏิบัติวิชาชีพ ซึ่งเน้นที่ความสำคัญของการดูแลและสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้อื่น เช่น ผู้รับบริการ และผู้ร่วมทีมสุขภาพ จะนำไปสู่ค่านิยมสำคัญของวิชาชีพที่ส่งเสริมความมีจริยธรรม คือ ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีผู้รับบริการ

5.2 เทคนิคการสอนจริยธรรม

ในการเสริมสร้างจริยธรรม ซึ่งมีแนวคิดของการสอนและพัฒนาจริยธรรม (สมคิด อิศระวัฒน์, 2537: 42; พรทิพย์ บุญพวง, 2538: 13) โดยสรุปดังนี้

1. สิ่งที่ควรปลูกฝัง ควรจะเป็น ความรู้ความเข้าใจในจริยธรรมที่จำเป็นของพยาบาล
 2. การปลูกฝังศรัทธา ศรัทธาจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสนใจและเร้าให้เกิดความรู้สึกที่อยากมีส่วนร่วมในทางปฏิบัติ การปลูกฝังจริยธรรมจะไม่ทำไปตามสามัญสำนึก แต่จะมีหลักการและเหตุผล
 3. การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาจริยธรรม เพื่อสิ่งที่รู้จะได้คงอยู่
 4. วิธีการสอน เพื่อพัฒนาจริยธรรม ไม่ควรใช้วิธีการบรรยายเพียงอย่างเดียว ต้องเน้นการปฏิบัติ และการคิดให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน การสอนต้องเน้นการปฏิบัติยิ่งกว่าทฤษฎี ต้องให้นักศึกษาได้ฝึกอย่างสม่ำเสมอในทุกโอกาส ต้องนำไปสอนให้สัมพันธ์กับประสบการณ์ในกลุ่มวิชาอื่น ถ้าฝึกฝนอยู่เป็นนิจ จริยธรรมด้านต่าง ๆ จะเกิดขึ้น (สมคิด ไชยยันนุรณ, 2535) ตรงกับที่อำไพ สุจริตกุล (2525); สมคิด อิศราววัฒน์ (2537:43) กล่าวว่า วิธีสอนที่ผู้สอนใช้จะเป็นแบบใดก็ได้ แต่ต้องช่วยให้ผู้เรียนได้รู้ ได้ดู(ทำให้ดู) และเห็นประโยชน์จริง ๆ จะช่วยให้เห็นความจริง ทำให้เกิดความอยากประพฤติปฏิบัติตาม เร้าใจให้กล้า
 5. เทคนิคของการสอน ควรกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และไม่เบื่อหน่าย ควรเน้นการได้ปฏิบัติอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ
 6. การทำให้ผู้เรียนเห็นประโยชน์ คุณค่าของจริยธรรม ซึ่งควรให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญด้วยตนเอง เห็นสิ่งที่เรียนด้วยตนเองหรือสังคม
 7. การสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดเจตคติหรือความมีน้ำใจที่ดีงามและเหมาะสม คือให้ผู้เรียนได้กระทำอย่างมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และควรเริ่มจากสถานการณ์ที่เป็นข้อปัญหาต่าง ๆ ของสังคมมาพิจารณา ขึ้นต่อไปช่วยกันแนะแนวทางแก้ปัญหโดยระดมความคิดของผู้เรียน
 8. ผู้สอนต้องมีหลักการของตน ต้องเข้าใจหรือรู้วิธีการว่าควรทำอย่างไรการสอนจึงจะได้ผล ผู้เรียนจะเกิดความซาบซึ้ง
- กล่าวโดยสรุปจากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เทคนิคการสอนจริยธรรมนั้นต้องคำนึงถึงผู้เรียน ผู้สอน รวมไปถึงเทคนิค ซึ่งได้แก่ วิธีการเรียนการสอน การนำเสนอความรู้ที่ต้องเน้นการปฏิบัติมากกว่าทฤษฎี ซึ่ง สุมน อมรวิวัฒน์ (2524; 94) เสนอแนวทางการปลูกฝังจริยธรรมจะกระทำไปตามสามัญสำนึก แต่จะมีหลักการและเหตุผล นั่นคือ การสอนเพื่อสร้างศรัทธา เป็นสำคัญ ซึ่งผู้สอนจะต้องเป็นผู้ทำให้เกิดศรัทธานั้น ต้องใช้การสอนด้วยการอธิบาย ชักถาม แสดงผลและการเปรียบเทียบ เพื่อให้การสอนน่าสนใจและก่อให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น

5.3 รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาจริยธรรม

การจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลนั้น มีแนวปฏิบัติหลายรูปแบบด้วยกัน ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (สถาบันพัฒนากำลังคนด้าน สาธารณสุข, 2537) พบว่ามีการสอนในวิชาปรัชญา จริยศาสตร์ วิชาจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล วิชาพัฒนาทางการพยาบาล ในแต่ละวิชาจะมีเนื้อสารมากน้อยแตกต่างกันไป การจัดเนื้อหายังไม่มีการเน้นพัฒนาที่ชัดเจน มีนักการศึกษาได้ให้แนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนา จริยธรรมไว้ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2533) เสนอรูปแบบของการเสริมสร้างจริยธรรมในหลักสูตรพยาบาลไว้ 6 รูปแบบดังนี้

1) ชุดการสอนจริยธรรมเป็นโครงสร้างเบ็ดเสร็จตลอดหลักสูตรพยาบาล กำหนดให้มีหน่วยกิตจำนวนหนึ่ง แล้วจัดเป็นโครงการย่อย

2) วิชาจริยธรรม เป็นการจัดวิชาด้านจริยศาสตร์ จริยศึกษา หรือจริยธรรมเชิงชีวภาพ จะจัดให้เป็นวิชาบังคับในหลักสูตรพยาบาล ควรอยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีครูพยาบาลรับผิดชอบ มุ่งให้มีสาระทางจริยธรรมเชิงชีวภาพ และมีการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ไม่ให้แต่สาระทางทฤษฎีด้านจริยธรรมเท่านั้น

3) จัดเนื้อหาจริยธรรมในวิชาเฉพาะ โดยผนวกจริยธรรม สาระ และการปฏิบัติในขอบเขตของจริยธรรมเชิงชีวภาพเข้าไปในแต่ละรายวิชา เช่น การพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ ผนวกจริยธรรมเรื่องการยืดชีวิตผู้ป่วยหนัก การให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงบสุข (euthanasia) สิทธิผู้ป่วยที่จะรู้เรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ความตาย การใส่อวัยวะทดแทน (transplantation) การบอกความจริง การเขียนพินัยกรรมขณะมีชีวิตอยู่

4) การศึกษาเฉพาะกรณีในคลินิก เป็นการสอนที่จัดไว้ในแต่ละสาขาวิชาเฉพาะในโอกาสต่าง ๆ กันในคลินิก เช่น ขณะเยี่ยมตรวจ

5) แบบบูรณาการ การสอนจริยธรรมอาจผสมผสานเข้าไปได้กับหลักสูตรแบบบูรณาการ โดยต้องกำหนดไว้ในปรัชญาวัตถุประสงค์ชัดเจน

6) สาระทางจริยธรรมจากการวิเคราะห์เชิงปรัชญา โดยพิจารณาการพยาบาลตามหลักปรัชญา พยาบาลต้องเข้าใจพฤติกรรมของตนเองตามขอบเขตของวิชาชีพ รู้ถึงอำนาจตัดสินใจของตนเอง วุฒิภาวะตนเองของพยาบาล

5.3.1 ลักษณะรูปแบบของการสอนเพื่อพัฒนาจริยธรรม

ในรูปแบบแต่ละวิธี จะมีความเหมาะสมต่อลักษณะเนื้อหาที่ต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับ การจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาความรู้ที่ต้องการพัฒนา (พรทิพย์ บุญพวง, 2537: 13 - 14 , Thompson and Thompson, 1989; Fry, 1994)

1) การบรรยาย และการใช้โสตทัศนูปกรณ์ เหมาะสมในการนำเสนอทฤษฎี ทางจิตศาสตร์ การอภิปรายถึงประสบการณ์ชีวิตจากปัญหาของนักศึกษา เช่นการข้อโกง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ลูกกับพ่อแม่ จนถึงหญิงกับชาย ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความ ซื่อสัตย์ สถานการณ์ หรือประสบการณ์โดยทั่วไป ที่ร่วมกันอภิปรายระหว่างอาจารย์และ นักศึกษาสามารถอภิปรายเข้ากับหลักทฤษฎีทางจิตศาสตร์ เป็นการให้นักศึกษารับจากสิ่งที่คุ้น เคยมากไปสู่สิ่งใหม่ที่มีความคุ้นเคยน้อย หรือจากสิ่งที่รู้จักไปสู่ไม่รู้จัก จะทำให้คนมีโอกาส มี พัฒนาการทางจริยธรรมสูงขึ้น

2) การประชุมปรึกษาในคลินิก (Clinical Conference) จะสอนเกี่ยวกับการเสนอ ประเด็นทางจริยธรรมในการพยาบาลผู้ป่วย เช่น การสิ้นสุดการรักษา โดยอภิปรายในลักษณะ บูรณาการกับบริบทต่าง ๆ ประเด็นอภิปรายเกี่ยวข้องกับจริยธรรม กฎหมาย สังคม และเกี่ยวข้องกับ กับบทบาทของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ การตัดสินใจจะเกี่ยวข้องกับการรักษา และนโยบายที่ จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นสถานการณ์ผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วย

3) การเสนอการศึกษาเฉพาะกรณี (the case study presentation) สอนในกลุ่ม เล็ก ๆ ผู้สอนต้องมีประสบการณ์ในคลินิก มีความรู้เรื่องจริยธรรม การเลือกกรณีศึกษา อาจารย์ ควรเป็นผู้เลือกให้นักศึกษาทำการศึกษา ในประเด็นปัญหาทางจริยธรรม ค่านิยมของผู้ป่วยและค่า นิยมของพยาบาล จะนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ นักศึกษาได้เรียนรู้บทบาทที่ถูกต้องที่ควรปฏิบัติ แล้วนำกรณีและการตัดสินใจปฏิบัติมาเสนอต่อกลุ่มพร้อมทั้งอธิบายเหตุผล

4) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในประเด็นทางจริยธรรม (ethics rounds) วิธีการสอนนี้จะ เน้นประเด็นทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการวินิจฉัย และการรักษาสุขภาพผู้ป่วย การ เรียนการสอนพิจารณาประยุกต์การสอนกรณีศึกษา โดยศึกษาผู้ป่วยหลาย ๆ คน มากกว่าศึกษา คนเดียว และผู้ป่วยมีโอกาสเสนออภิปรายขณะตรวจเยี่ยม ผู้สอนมีบทบาทสรุปประเด็นปัญหา สามารถนำความเห็นของพยาบาลมาพิจารณาตัดสินใจ การสอนลักษณะนี้มีข้อดีคือ เพิ่มทักษะ ทางจริยธรรม ทักษะความสามารถการตัดสินใจกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ สามารถลดความตึง เครียดที่นักศึกษาต้องเผชิญและปฏิบัติ

5) การสอนกระจ่างค่านิยม (Value clarification) (King; 1993: 48, Quinn, 1990) คือ กระบวนการที่จะส่งเสริมให้บุคคลค้นพบเอกลักษณ์ ค่านิยมของตนเอง ได้แก่ ความเชื่อ ความ

สวยงาม ความคิดที่มีค่า เป้าหมาย และพฤติกรรมของตน ขตั้งการกระจำงค่านิยมจะทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ เลือกสิ่งที่มีความหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง ทำโดยการอภิปรายกลุ่มในประเด็นที่กำหนดให้แต่ละคน เปิดเผยค่านิยมของตนที่แตกต่างออกไป ซึ่งช่วยให้บุคคลเข้าใจผู้อื่น และมองเห็นค่านิยมที่ตนเองชื่นชอบอย่างชัดเจน ทำได้โดยการสะท้อนจากการตอบสนองของบุคคลต่อผู้รับบริการ หรืออภิปรายความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยตามลักษณะวัฒนธรรมหรือกลุ่มอายุมากกว่าตามนักศึกษา

6) การสอนโดยใช้วรรณกรรม (Stowe and Igo, 1996) เสนอวิธีการสอนผสมผสานด้านศิลปะและวรรณกรรมเข้าไปในหลักสูตรพยาบาล ได้แก่ การเรียนการสอนโดยให้อ่านนวนิยายเรื่องสั้น ชมละครการแสดง และโคลงกลอน ลักษณะการเรียนการสอนนี้จะกระตุ้นให้ผู้เรียนพิจารณาหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ การตัดสินใจแบบใหม่และช่วยให้เกิดความเมตตา กรุณา เอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจตนเองและโลก เหล่านี้จะทำให้ นักศึกษามีความสุข ยินดี และผ่อนคลาย

จากแนวทางลักษณะการสอนจริยธรรมที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า การสอนการพยาบาลสำหรับการเน้นจริยธรรม ควรนำประสบการณ์จริงเป็นส่วนหนึ่งของการสอน พร้อมกับมีการใช้สื่อที่เป็นเสียงภาพ หลังจากนั้นมีการอภิปรายร่วมกันถึงประเด็นจริยธรรมในการพยาบาล จึงได้นำมาเป็น แนวคิดของวิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในงานวิจัยนี้

5.4 การสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

จากการทบทวนการศึกษาพยาบาลในต่างประเทศ แนวทางการพัฒนาการสอนการดูแลด้านจิตวิญญาณในหลักสูตร ได้เริ่มมานานแล้วแต่มักจะรวมอยู่ในการพยาบาลแขนงอื่น ๆ นักศึกษาพยาบาลได้รับการสอนว่าจะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณปฏิบัติได้อย่างไร โดยจากการใช้กระบวนการพยาบาลและต้องสอนเข้าไปในนักศึกษา และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ที่เป็นนักศึกษา และขณะที่ทำงาน ตามที่ได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อเสนอแนะว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณควรสอนต่อพยาบาล(cite in Ross,1995) และในโครงการปี 2000นั้น การสอนการดูแลด้านจิตวิญญาณในการศึกษาพยาบาล ควรมีลักษณะดังนี้

- 1.ส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถ อธิบายความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาลดูแลด้านจิตวิญญาณได้ ให้ความช่วยเหลือการปฏิบัติพยาบาลและประเมินผลด้วยความยินดีพร้อมที่ยึดหลักการกระบวนการพยาบาล

2.พยาบาลควรจะมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและ ประเมินผลการดูแลความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคล ครอบครัวและเพื่อนด้วย

Piles (1990, cite in Price, 1995: 7) ยืนยันว่า การศึกษาพยาบาลมีการเตรียมวิธีการ ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจ แต่การ เตรียมทักษะการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณต่อประสบการณ์ของพยาบาลนั้นยังมีการพัฒนา น้อยมาก และจากการศึกษาของ Piles ปี 1980 ในโปรแกรมการศึกษาพยาบาล พบว่า ประเด็น ทางด้านจิตวิญญาณนั้นจะอยู่ในส่วนของการพยาบาลทางจิตและยังมีเนื้อหาส่วนนี้น้อย นอกจากนี้ ยังมี Hamner (1990 cite in Price, 1995) ได้ระบุว่า มีโรงเรียนทางการพยาบาลบางแห่งที่นำ หลักสูตรส่วนของเนื้อหาทางจิตวิญญาณ และการเข้าถึงภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ ภาวะบีบ คั้นทางจิตวิญญาณ แต่มีการนำเข้าไปสอนนาน ๆ ครั้ง

แนวทางการสอนการดูแลด้านจิตวิญญาณ(Hitchen, 1988; Harrison, 1993; Price, 1997; Ross, 1995; ฟาริดา อิบราฮิม, 2533) สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1.การศึกษาพยาบาลต้องเป็นภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย นอกเหนือ จากนั้นเนื้อหาการดูแลด้านร่างกายและจิตใจแล้ว จะต้องรวมถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วย ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจของการดูแลทางจิตวิญญาณนั้นจะต้องสอดแทรกเข้าไปในหลักสูตร
- 2.นักการศึกษาพยาบาลต้องเป็นผู้อำนวยความสะดวกในเนื้อหาสาระของการ ดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อที่จะถ่ายทอดถึงความไวต่อความรู้สึกที่เหมาะสมต่อผู้เรียน
- 3.การพยาบาลต้องอธิบายถึงความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางจิต วิญญาณ และลักษณะของจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลต่อผู้ป่วยเป็นแบบองค์รวม
- 4.งานวิจัยด้านภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ต้องได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางในประเด็นที่เป็นไปได้
- 5.แนวทางที่จะแก้ปัญหาภาวะพร่องทางจิตวิญญาณในหลักสูตร ทำได้โดยใส่ เนื้อหาของลักษณะทางจิตวิญญาณเข้าไปในกระบวนการการพยาบาล
- 6.ใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณหรือภาวะ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
- 7.นักการศึกษาอาจช่วยพยาบาลได้นำลักษณะทางจิตวิญญาณเข้าไปในการ ปฏิบัติงานในคลินิกโดยการเพิ่มความรู้อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจในแนวคิดของลักษณะจิตวิญญาณ ความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและได้ส่งเสริม เปิดโอกาสให้พยาบาลแนะนำการดูแลทางด้าน จิตวิญญาณต่อผู้ป่วย

8. ควรสอนให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม เข้าใจ โครงสร้างทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

9. สอนให้พยาบาลรู้จักตนเอง คือ มีพื้นฐานจริยธรรม สำรวจตัวเอง และพัฒนา ตนเอง เผื่อสังเกตความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ปรับตัวด้วยความรู้ความสามารถ ปรับบทบาทให้ เหมาะสม กับสถานการณ์ ปรับพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับของตนเองและผู้อื่น

10. ควรปลูกฝังความศรัทธาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ความรู้ความเข้าใจใน ศาสนา จะช่วยนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี ปฏิบัติชอบ สร้างเจตคติที่ดี

11. วิธีการสอนที่จะช่วยในเรื่องของการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้น คือการสอนโดย การอภิปรายในกรณีผู้ป่วยที่มีปรากฏอยู่จริง

โดยสรุปจะเห็นว่าเรื่องจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อบุคคลมากมาย การพัฒนา คนให้มีความเจริญในจิตวิญญาณ พร้อมกับความเจริญสมบูรณ์ในกายและจิตสังคม จึงมีความ สำคัญควรได้มีการสอนและปลูกฝังในเรื่องของการดูแลด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ให้บริการทาง สุข ภาพ คือพยาบาลนั่นเอง โดยจะต้องมีการพัฒนาส่งเสริมในเรื่องของพัฒนาการทางวิญญาณ ตั้ง แต่ในขณะที่ทำการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล จนกระทั่งสำเร็จไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ และตลอด ระยะเวลาที่อยู่ในวิชาชีพด้วย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้เลือกใช้กรณีศึกษาที่ใช้การสอน โดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วย ซึ่งเป็นสถานการณ์การ พยาบาลที่ผู้วิจัยจัดเตรียมขึ้น มีประเด็นสำคัญในสถานการณ์คือ ปัญหาความขัดแย้งเชิงจริย ธรรมที่พยาบาลต้องตัดสินใจกระทำพฤติกรรม จริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย การ รักษาสิทธิความเป็นมนุษย์ การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น สิทธิการตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี เมตตามรณะ และการดูแลบุคคลแนวองค์รวมที่ครอบคลุมการตอบสนองความ ต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อ ค่านิยม และจิตวิญญาณ

6. รูปแบบสอนโดยใช้กรณีศึกษา

6.1 การพัฒนารูปแบบการสอน

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสอนต่างๆพบว่า ยังมีผู้ที่เสนอภาพที่ชัดเจนของรูป แบบการสอนไว้น้อย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่สำคัญจากคำอธิบายรูป แบบการสอนของนักการศึกษา ได้ข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการสอนตามหัวข้อดังนี้

1. รูปแบบการสอนกับการออกแบบการสอน มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะรูปแบบการสอนเป็นผลของการออกแบบการสอน กล่าวคือ การออกแบบการสอนเป็นในการจัดองค์ประกอบต่างๆของการสอน เช่น จุดมุ่งหมาย เนื้อหา กระบวนการสอน ให้เป็นระบบระเบียบสัมพันธ์กันตามแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเพื่อสะดวกในการนำไปใช้ และส่งผลดีต่อผู้เรียนตามต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนการจัดองค์ประกอบนี้จะต้องมีการนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากขึ้น แผนการจัดองค์ประกอบที่ได้นี้เรียกว่า รูปแบบการสอนและการจัดทำรูปแบบการสอนจะเรียกว่า การพัฒนารูปแบบการสอน

2. ความหมายของรูปแบบการสอน มีนักการศึกษาเสนอความหมายของรูปแบบการสอนไว้ต่างกันสรุปได้ดังนี้คือ

รูปแบบการสอนคือ แนวคิดรวบยอดสำหรับการสอนทั่วไปซึ่งจัดได้จากหลักปรัชญา ทฤษฎีการศึกษา หลักการ แนวคิด หรือความเชื่อ ข้อตกลงพื้นฐานต่าง ๆ โดยอาศัยวิธีการสอน และเทคนิคการสอนต่าง ๆ เข้าช่วยให้ลักษณะการเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์ที่ยึดถือ โดยรูปแบบการสอนนี้จะต้องมีการวางแผน การใช้สอน บางครั้งต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนนั้นให้มากขึ้น (Joyca and Weil, 1986:10)

3. ลักษณะสำคัญของรูปแบบการสอน จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนควรมีลักษณะสำคัญดังนี้

3.1 มีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐาน รูปแบบการสอนจะต้องมีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐาน อาจมาจากแนวคิดทางการศึกษา เช่น เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ รูปแบบการสอนหนึ่งๆอาจจะมีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐานเพียงอย่างเดียว

3.2 มีองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ต้องกำหนดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ให้เป็นไปอย่างมีเหตุผลสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐาน การกำหนดขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ ความละเอียดรอบคอบของผู้พัฒนา โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของการสอนโดยทั่วไป และองค์ประกอบของการสอนเฉพาะสาขา เช่น สาขาวิทยาศาสตร์ สาขาภาษาศาสตร์ เป็นต้น และจะต้องพิจารณาเลือกกำหนดองค์ประกอบให้เหมาะสมคือมีความสัมพันธ์ และส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

3.3 มีการพัฒนาหรือออกแบบอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็น จัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบให้สอดคล้องสัมพันธ์

กัน นำแผนการจัดองค์ประกอบไปทดลองใช้สอนจริงในห้องเรียนจริง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และยืนยันผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนว่า สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการได้จริง จึงจะยอมรับได้ว่าการจัดองค์ประกอบนี้เป็นรูปแบบการสอนที่มีประสิทธิภาพ

4. กระบวนการ ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอน กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอนนี้ ยังไม่มีผู้ใดเสนอไว้โดยตรงอย่างชัดเจน จากการศึกษาถึงที่มาของรูปแบบการสอนที่จอยซ์และเวล (1986) ได้กล่าวถึง พอจะสรุปกระบวนการ และขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอนได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 ศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวกับการสอน สิ่งที่ต้องการเป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงประเด็นสำคัญ สำหรับนำมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการสอนที่จะพัฒนาขึ้น

4.2 กำหนดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบการสอนเป็นการระบุงองค์ประกอบ ที่ผู้พัฒนาเห็นว่ามีความสำคัญ จำเป็นต่อผลการเรียนรู้สิ่งนั้นๆของผู้เรียน เช่น จุดหมาย เนื้อหา กระบวนการสอน และเป็นการกำหนดความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบ ให้สอดคล้องกันตามแนวคิดหรือหลักการพื้นฐานที่ใช้

4.3 ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการสอน เพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์มายืนยันว่า แผนการจัดองค์ประกอบต่างๆที่พัฒนาขึ้นอย่างมีระบบนี้ มีคุณภาพและประสิทธิภาพจริงคือสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ และเกิดผลต่อผู้เรียนตามต้องการ หรือที่ได้กำหนดจุดมุ่งหมายไว้ การหาข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ ทำโดยการนำแผนการจัดองค์ประกอบนี้ไปทดลองใช้ในห้องเรียนตามระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ยอมรับกันโดยทั่วไป และสามารถยืนยันด้วยตัวเลขได้ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้การตรวจสอบเชิงประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องได้ในทางปฏิบัติการตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการสอน จะเริ่มจากการตรวจสอบเชิงประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขแผนการจัดองค์ประกอบให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ในห้องเรียน

6.2 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา

เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง (2534) กล่าวว่า "กรณีศึกษา" เป็นเรื่องจริง เป็นการเรียบเรียงให้เกิดความสะดวกในการที่จะสามารถติดตามเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่อยู่ในกรณีศึกษาจะไม่ใช้ถ้อยคำหรือคำพูดเพียงอย่างเดียว อาจเป็นข้อมูลในลักษณะอื่นก็ได้ เช่น ตัวเลข รูปภาพ สัญลักษณ์ แผนภูมิ เป็นต้น กรณีศึกษาที่ใช้ในห้องเรียนนั้น ตั้งใจสร้างขึ้นมาเพื่อให้เป็นเครื่องมือหรือเป็นสื่อสำหรับการอภิปราย แสดงความคิดเห็น จึงไม่มีการเสนอความ

เห็นใด ๆ ในกรณีศึกษา ไม่มีการวิเคราะห์ ไม่มีการเปรียบเทียบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ก็ ไม่มีการประเมินหรือแปลความ เป็นเพียงการนำมาแสดงไว้ตามความเป็นจริง เท่านั้น

ประกอบ คูปริตน์ (2537) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับ กรณีศึกษา ว่าหมายถึง การนำเสนอพฤติกรรมของมนุษย์ที่ได้ประสบมาอาจจะเป็นในรูปของแต่ละบุคคล กลุ่มคน หรือองค์การ เป็นการพรรณนา สถานการณ์จริง ในสภาพแวดล้อมที่จำเป็นต้องมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบ เป็นการกระตุ้น และเปิดโอกาสให้มีการมองในหลายแง่มุม เป็นการสอนที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง ผู้เรียนจะมีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ารอฟังสิ่งที่ผู้สอนป้อน หรือรอ เพียงจดจำหรือ ทำความเข้าใจ การเรียนการสอนในลักษณะนี้ต้องการให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา อันจะนำไปสู่ทักษะในการทำงานในชีวิตจริงเพื่อเขาต้องเข้าไปมีบทบาทเป็นนักวิชาชีพทั้งหลาย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้แสดงความคิดเห็นว่า กรณีศึกษา คือข้อมูลที่รวบรวมขึ้นตามแบบองค์รวม เกี่ยวกับ คน เหตุการณ์ หน่วยงาน องค์การหรือบริษัทที่มุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ใช้เพื่อการเรียนรู้อย่างมุ่งหมาย

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) ได้เขียนถึงกรณีศึกษา ว่าเป็นการสอนโดยอ้อมที่ผู้สอนจัดเตรียมกรณีของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือกรณีในลักษณะอื่น ในสถานการณ์บริหารการพยาบาล หรือสถานการณ์การพยาบาลศึกษา พร้อมกำหนดแนวทางการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือเรียนรู้พร้อมกับเพื่อนผู้เรียนด้วยกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งอาจเป็นการเรียนรู้ในห้องเรียนโดยครูเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้โดยตรง หรือผู้เรียนทำกรณีศึกษาด้วยตนเองนอกห้องเรียนก็ได้ กรณี(case) ที่ใช้ในการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลทางคลินิกนั้น หมายถึง ข้อมูลจริงหรือเกือบเหมือนสถานการณ์จริง ที่มีการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์การพยาบาลในขณะใดขณะหนึ่ง หรือการดูแลผู้ใช้บริการรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้

De Young S. (1990) ได้กล่าวถึงกรณีศึกษาในการสอนทางการพยาบาลศาสตร์ ว่าเป็นการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการตัดสินใจและแก้ปัญหา กรณีศึกษาเป็นเรื่องราวที่บรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสุขภาพ การดำเนินการจัดการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเตรียมในรูปแบบง่าย ๆ สั้น ๆ ไปจนถึงกรณีที่ยาว มีความซับซ้อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้และ

ประสบการณ์ของผู้เรียน จุดประสงค์คือ ให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ มีการแก้ปัญหา และเผชิญกับข้อมูลต่าง ๆ ที่จะพบในการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้ความเป็นนักวิชาชีพมาแก้ปัญหา

สรุปได้ว่า กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์ที่มีสภาพการณ์ที่เหมือนจริง หรือที่เป็นจริง มีการจัดทำรูปแบบการนำเสนอได้หลายรูปแบบ นำมาใช้ในการเรียนการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์ วิจัยในประเด็นของกรณีศึกษา ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญหน้ากับเหตุการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกับกรณีศึกษาที่ผ่านมา

6.3 รูปแบบและประเภทของกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่นำมาใช้ในการเรียนการสอน มีหลากหลายรูปแบบ การเลือกมาใช้ในการเรียนการสอนจะมีความเฉพาะและเหมาะสมกับการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การนำกรณีไปสอน หรือรูปแบบการนำเสนอที่ผู้สอนต้องการ รูปแบบและประเภทของกรณีศึกษาสามารถจัดแบ่งได้หลายลักษณะ (เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534; ประกอบ คุปรัตน์; 2537; พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ; 2537)

1) แบ่งตามลักษณะสภาพการณ์ของกรณีศึกษา (เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534)

1.1) กรณีศึกษาที่เป็นจริง (Real Cases) เป็นกรณีศึกษาที่เขียนขึ้นจากเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงในองค์กรหรือกิจการนั้น ๆ เขียนขึ้นจาก ข้อมูลที่ผู้เขียนได้รวบรวมมาด้วยตนเอง บรรยายให้เห็นถึงลักษณะของการบริหาร การดำเนินงานและสิ่งที่เกิดขึ้น

1.2) กรณีศึกษาที่ไม่เป็นจริงหรือเพื่อฝัน (Armchair cases) เป็นกรณีศึกษาที่ผู้เขียนมโนภาพหรือวาดภาพขึ้นเอง ไม่ได้เขียนจากข้อมูล ที่ได้รวบรวมมา แต่เป็นการจินตนาการขึ้นมาเอง หรือด้วยการประมวลเหตุการณ์ที่ได้จากการศึกษาที่พบเห็นมาบ้าง แล้วปะติดปะต่อสร้างขึ้นมาให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง

2) แบ่งตามลักษณะการนำเสนอหรือลักษณะการเขียนที่นิยมใช้กันมากมี 5 รูปแบบคือ

2.1) กรณีศึกษาแบบวิกฤตการณ์ (Critical incident case) เป็นการนำเสนอกรณีปัญหา หรือวิกฤตการณ์ที่น่าสนใจ นำเสนอไปที่ละขั้นตอนของเหตุการณ์

2.2) กรณีแบบบอกเล่าทิ้งไว้แล้วทิ้งประเด็น ให้ขบคิด (Next stage case) เป็นการเล่าให้ฟังถึงข้อมูลสภาพความเป็นจริง นำไปสู่สภาพปัญหาบางประการ ผู้เรียนจะต้องเป็นคนแสวงหาคำตอบ การเล่าจะไม่ได้บอกข้อมูลทั้งหมด แต่จะค่อย ๆ เผยข้อมูลเพิ่มเติมทีละขั้น ผู้สอนจะตั้งคำถามทิ้งไว้ว่า "แล้วอะไรจะเกิดขึ้นต่อไป" และหรือ"ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น" จึงไปสู่ขั้น

ตอนต่อไปแต่ละชั้นตอนผู้ฟังจะต้องร่วมติดตาม ตั้งคำถาม หรือคาดการณ์พร้อมอธิบาย การคิดของตนเอง

2.3)กรณีศึกษาที่ใช้เหตุการณ์หรือของจริง (Live case) เป็นการนำเสนอข้อมูลตามที่เป็นข่าวอยู่ในขณะนั้น มีการอภิปรายคาดการณ์หรือลองปล่อยให้ผู้เรียนได้ตัดสินใจ แล้วจะมีความจริงหรือการตัดสินใจจริงที่เกิดขึ้นหรือคลี่คลายในบางกรณี กรณีศึกษาที่ต้องใช้เหตุการณ์ หรือ กรณีทางวิชาชีพที่ผู้สอนได้สัมผัส และให้ผู้เรียนได้ทดลองวิเคราะห์วิจารณ์เหมือนเข้าไปอยู่ในบทบาทนักวิชาชีพนั้น แต่ไม่ได้ต้องลงไปตัดสินใจจริง

2.4)กรณีศึกษาแบบสมบูรณ์ที่เต็มไปด้วยข้อมูล (Major issue case or comprehensive case) นำเสนอได้ในรูปแบบที่เพียบพร้อมไปด้วยข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด มีสถิติ การให้หาข้อมูลรากฐาน ข้อมูลที่เป็นคอมพิวเตอร์และอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวาง นอกจากมีกรณีศึกษาที่เขียนเอาไว้แล้ว อาจต้องมีสื่อในรูปแบบอื่นเสริมด้วย เช่น การให้ดูสไลด์ ภาพยนตร์ วิดิทัศน์ ของตัวอย่างในบางกรณีการมีความสมบูรณ์มาก ถ้าได้ฝึกปฏิบัติครบกรณีกรณีศึกษาเช่นนี้ มีความยาวมาก เพราะต้องการข้อมูลที่ค่อนข้างสมบูรณ์ ทำให้ผู้อ่านหรือศึกษาได้มีโอกาสใช้ความสามารถในการวิเคราะห์อย่างมากเพียงพอ

2.5)กรณีศึกษาแบบในตะกร้า(In-basket case) เป็นการสร้างกรณีจำลองการทำงานของผู้บริหารที่ต้องประสบกับการตัดสินใจหลายชนิดในกิจวัตรแต่ละประจำวัน กรณีศึกษาแบบในตะกร้าเป็นงานที่อาจจะสะท้อนภาพงาน ๆ เดียวในตะกร้าเดียวแต่มีเรื่อง (Cases)หลาย ๆ เรื่องที่แตกต่างกันออกไป

6.4 ประโยชน์ของกรณีศึกษาในการเรียนการสอน

จินตนา ยูนิพันธ์, 2536; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2537; ประกอบ คุปรัตน์, 2537; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537; Mellish and Brink, 1990 กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้กรณีศึกษาในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้เรียนในด้านการเรียนรู้ลักษณะต่าง ๆ กัน และด้านอื่น ๆ ดังนี้

1.ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การเรียนรู้เชิงการคิด (Cognitive learning) ซึ่งเป็นความคิดเชิงวิเคราะห์ (Critical thinking) อย่างมีเหตุผล เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือเป็นการเรียนรู้แบบสืบค้นด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่เหมือนชีวิตจริง โดยครูเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ ระดับของการเรียนรู้เชิงการคิดที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนการเรียนรู้ของบลูม จะเป็นการเรียนรู้ ในระดับสูง คือระดับการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมิน

1.2 การเรียนรู้เชิงเจตคติ (Affective learning) เนื่องจากในกระบวนการเรียนโดยให้กรณีศึกษา นี้ ผู้เรียนต้องมีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มโดยมีครูเป็นผู้ตั้งคำถามในกระบวนการเรียนรู้ หากผู้สอนจะกระตุ้นการเรียนรู้เชิงเจตคติ ผู้สอนจะตั้งคำถาม และเมื่อผู้เรียนได้คิดได้แสดงความคิดเห็น มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น จะช่วยให้เกิดการรับรู้ ค่านิยม พื้นฐานของตนเองและของเพื่อนผู้เรียน ตลอดจนเรียนรู้การแสดงออกที่สอดคล้องกับค่านิยมอื่นๆ ในสถานการณ์ที่เหมือนสถานการณ์จริง ซึ่งถือว่าเป็นระดับขั้นของการเรียนรู้เชิงเจตคติที่สำคัญ

1.3 การเรียนรู้การตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision making and problem solving) กรณีศึกษาเป็นข้อมูลที่แสดงถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการตัดสินใจและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง หากผู้เรียนได้มีโอกาสตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับการตัดสินใจจะทำให้แก้ปัญหา และแสดงบทบาทของตนเองได้ดีขึ้น

2.ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาลักษณะเฉพาะ (Attribute) ของผู้ประกอบการวิชาชีพที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงในปัจจุบัน ที่ต้องเผชิญเมื่อสำเร็จการศึกษา ผู้เรียนได้มีโอกาสตรวจสอบสภาพการณ์เหมือนจริงในกรณีศึกษา และมีโอกาสได้คิดและแสดงบทบาทเพิ่มเติมจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ และพัฒนาลักษณะเฉพาะโดยเฉพาะด้านการคิด ตัดสินใจแก้ปัญหา เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ใช้บริการจริง และเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพที่ดีต่อไป

3.ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในสภาพการณ์ที่ประหยัด ไม่เสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจริง การใช้กรณีศึกษาเป็นการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การตัดสินใจแก้ปัญหาทางสุขภาพ มีโอกาสทดลองแสดงบทบาทในสภาพการณ์ที่ผู้สอนจัดขึ้นทั้งในห้องเรียน และในการศึกษาด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางไปยังแหล่งฝึก เป็นการประหยัด รวมทั้งลดอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากนักศึกษายังตัดสินใจไม่เหมาะสม และการที่ผู้สอนมีจำนวนน้อยไม่ได้มีการดูแลนิเทศการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างใกล้ชิด

4.ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการสร้างลักษณะนิสัยสำคัญของความเป็นนักวิชาการ โดยที่ผู้สอนตั้งคำถาม ผู้เรียนสืบค้นด้วยตนเอง หรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ เมื่อสืบค้นทางเลือกอื่นที่มีความเป็นไปได้แล้ว ทั้งผู้สอนและผู้เรียนให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างจริงจัง มีการสนับสนุน ปรึกษาประคองให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5.ช่วยให้ผู้เรียนขยายขอบเขตความรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. ช่วยให้ผู้สอนมีการควบคุมกำกับกับการเรียนรู้ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น และสอดคล้องกับระดับของผู้เรียน

7. ผู้สอนใช้กรณีศึกษาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการเรียนรู้ที่ครบถ้วนได้ การนำเสนอกรณีเป็นตัวอย่างกระตุ้นให้นักศึกษาคิด และแสดงออกถึงวิธีการปฏิบัติในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นการเรียนหรือการปฏิบัติจริง ๆ จะเป็นการตรวจสอบหรือประเมินผล

6.5 การนำเสนอกรณีศึกษา

จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536: พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2537 : อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2537 ; ประกอบ คุปรัตน์, 2537 ได้กล่าวถึง วิธีการนำเสนอกรณีศึกษา พอสรุปได้เป็น 4 รูปแบบคือ

1. กรณีในแบบเขียน เป็นการจัดเรียงข้อมูล แล้วนำเสนอแก่ผู้เรียนในลักษณะที่มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้เรียนใช้การอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในกรณีนั้น ๆ รูปแบบการเขียนนี้จัดเตรียมได้ง่าย ราคาถูก แต่คุณค่าของการกระตุ้นความสนใจ การคิดและรู้ความรู้อีกของผู้เรียนจะไม่สูง

2. กรณีในแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอแก่ผู้เรียนในรูปแบบของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้เรียนจะศึกษาวิเคราะห์จากคอมพิวเตอร์และตอบสนองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้เป็นการเรียนรู้ ในลักษณะที่ใช้เทคโนโลยีช่วยเสริมการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ แต่ต้นทุนการผลิตสูงกว่ารูปแบบอื่น และการใช้ อาจจะไม่กว้างขวางในสถาบันการศึกษาที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวนจำกัด

3. กรณีแบบเทปโทรทัศน์ เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอเป็นเทปโทรทัศน์ ซึ่งรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจนทุกลักษณะ มีการเคลื่อนไหวให้เห็นลักษณะท่าทาง รวมทั้งสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมาก แม้ว่าต้นทุนการผลิตและการใช้จะสูงกว่าแลลการเขียน แต่ก็ต่ำกว่าแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ทั้งยังมีคุณค่าของการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้อย่างดีมากกว่าด้วย นอกจากนี้ผู้เรียนยังสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้

4. กรณีในแบบการเขียนผสมสื่อภาพหรือเสียง เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอข้อมูลเป็นส่วน ๆ บางส่วนบรรยายโดยการเขียน บางส่วนอาจเป็นชุดสไลด์ประกอบเทปบันทึกเสียงอย่างเดียวหรือเทปโทรทัศน์ การนำเสนอในแบบผสมนี้มีทั้งข้อดี กล่าวคือ นำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล และเป็นการเพิ่มการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้มากพอควร รวมทั้งต้นทุนการผลิตไม่สูงมากนัก แต่อาจจะมีข้อยุ่งยากเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์บ้าง

รูปแบบกรณีศึกษาแต่ละรูปแบบหรือสื่อการสอนแต่ละชนิดให้คุณค่าแตกต่างกัน การเลือกใช้รูปแบบใดในการเสนองกรณีศึกษาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิชานั้น และเหมาะสมสภาพการณ์ของผู้เรียนและของสถาบันการศึกษานั้น ๆ ด้วย

6.6 การสร้างกรณีศึกษา

การสร้างกรณีศึกษาที่ดีนั้นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำให้เกิดขึ้น และได้กรณีศึกษาที่ดีออกมา ประกอบ คูปรัตน์ (2537) ได้กล่าวถึงลักษณะกรณีศึกษาที่ดี ไว้ดังต่อไปนี้

1. มีความหมายและมีความสำคัญ

ต้องพิจารณาเลือกในสิ่งที่มีความหมาย และมีความสำคัญต่อการเรียนการสอนนั้น นำเสนอแล้วตรวจสอบจุดตามวัตถุประสงค์ ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ เกิดข้อคิดแก่ผู้เรียน

2. ความสมจริง(realistic)

อาจเป็นเรื่องจริงหรือสร้างขึ้น แต่เมื่อเขียนออกมาแล้วมีความสมจริง มีข้อมูลที่ก่อให้เกิดการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสมกับกาลเวลาและสถานที่ กรณีที่ดีนั้นควรนำเสนออย่างเป็นไปตามข้อเท็จจริง หรือตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง

3. ความสอดคล้องกับบทเรียนที่จะสอน (relevance)

4. มีความสนใจในการนำเสนอ (interesting)

5. เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้เรียน(educational)

ประกอบ คูปรัตน์ (2537) พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) ได้แสดงความคิดเห็นต่อส่วนประกอบของกรณีศึกษาที่สอดคล้องกันว่า ประกอบด้วยสิ่งเหล่านี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจเห็นประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยก็ได้ประกอบด้วยอาการ อาการแสดง รวมถึงความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความปรารถนา และการแสดงออกของผู้ป่วยที่รวบรวมไว้อย่างชัดเจน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลผู้ให้บริการ ได้แก่ ลักษณะของพยาบาล จุดประสงค์และพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออก ขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ใช้บริการ และผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของพยาบาลทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและพยาบาลเอง

ในสถานการณ์จริง พยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาล ผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำและการตัดสินใจของบุคลากรในทีมทุกคนในขณะนั้นด้วย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสถานการณั้ขณะนั้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพห้องสถานที่ เครื่องตกแต่ง การถ่ายเทอากาศ เสียง และสิ่งที่มีอยู่ในขณะนั้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณั้ๆ

6.7 การใช้กรณีศึกษาในการสอน

การใช้กรณีศึกษาเป็นสื่อก็ได้ ใช้เป็นเครื่องมือที่แสดงเนื้อหาวิชา จึงเหมือนเอกสารเนื้อหาวิชา กรณีศึกษาเป็นข้อมูลที่ผู้สอนจัดเตรียมไว้ให้ผู้เรียนได้ศึกษา คิดวิเคราะห์เพื่อค้นหาคำตอบจากสถานการณั้ที่เหมือนของจริง รวมถึงค้นหาแนวปฏิบัติเพิ่มเติมร่วมกับผู้สอนหรือผู้เรียนได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2536: 47) ซึ่งได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2536, ประกอบ คุปรัตน์, 2537; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537; Jordan, 1997: 386 – 393)

ข้อดีของการใช้กรณีศึกษา

1. กรณีศึกษาเป็นการนำเสนอข้อมูลจากสถานการณั้ที่คล้ายสภาพการณั้จริง มีคำตอบครบถ้วนในกรณีที่น่าเสนอ
2. ข้อมูลที่น่าเสนอในกรณีศึกษา มีทั้งข้อมูลสถานการณั้ และข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและผลลัพธ์ของการตัดสินใจในสภาพการณั้ๆ จนครบถ้วน
3. สามารถกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อการคิดวิเคราะห์หรือคิดวิจารณ์ญาณได้หรือจัดให้มีการแสดงบทบาทจริงเพิ่มเติม เพื่อสร้างประสบการณ์ให้มากขึ้นได้
4. เป็นวิธีที่ประหยัด มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกประสบการณ์ ในสภาพการณั้จริงสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลได้
5. กรณีศึกษาเป็นวิธีการสอนที่รวบรวมความคิดเห็นที่แตกต่างกันของผู้สอน นักเรียนและผู้ควบคุมหลักสูตร ได้ข้อสรุปที่มีประโยชน์
6. การใช้กรณีศึกษาที่ดี ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงประเด็นที่ต้องการศึกษา
7. กรณีศึกษา นอกจากจะช่วยส่งเสริมเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้แล้ว ยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกที่ติดต่อวิชาที่ผู้เรียนไม่ชอบ

ข้อจำกัด

1. ผู้สอนต้องมีประสบการณ์ทางคลินิก และมีความรู้ทางวิชาการมาก
2. การให้ข้อมูลในกรณีศึกษาต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริงมากที่สุด เพราะ ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาจะมีผลมากต่อการเรียนการสอนของนักศึกษา
3. ต้องมีแหล่งข้อมูลสำหรับการเตรียมเนื้อหาของกรณี เช่น ตำราเรียน หนังสือวารสาร หนังสือพิมพ์

4. การให้ข้อมูลในกรณีศึกษาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้เรียนถูกชักจูง หันเหไปจากประเด็นการพยาบาลได้

การวางแผนการสอน

ในการวางแผนการสอนนั้น เพื่อจะสอนแบบกรณีศึกษานั้น ควรจะมีการเตรียมพร้อมในอย่างน้อย 4 ด้าน คือ

1. เตรียมตัวทางด้านความเข้าใจในทุกแง่มุมของกรณีศึกษา สมมติจะใช้กรณีศึกษาเกี่ยวกับบริษัทสักแห่งหนึ่ง เราต้องมีความเข้าใจมากมายเกินกว่ากระดาษเพียง 3-10 หน้าที่แจกไปยิ่งเรามีพื้นภูมิล่วงเกี่ยวกับเรื่องนี้มากเท่าใดก็ยิ่งดี

2. เตรียมใจ การมีบทบาทในฐานะผู้ฟังที่ดี ฟังและต้องรับประเด็น ไม่เหม่อลอย เวลาถามให้ผู้เรียนตอบ ต้องมีสมาธิที่จะรับฟัง เตรียมที่จะพบแง่มุมการตอบที่อาจจะไม่คาดคิดมาก่อน และเตรียมที่จะรับคำถามที่อาจไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะถูกถาม

3. เตรียมคำถามให้ดี การจะกระตุ้นให้ผู้เรียนได้แสดงการรับรู้ออกมามากที่สุด คือการทำให้เขาเป็นผู้ตอบ และผู้สอนแทนที่จะเป็นผู้บอกหรือระบายแก้เปลี่ยนเป็นผู้ถาม แต่ถ้าไม่เตรียมคำถามที่ดีเอาไว้ เป็นการถามตามสัญชาตญาณ เช่น "มีใครไม่เข้าใจบ้าง หรือ "มีใครสงสัยอะไรอีกบ้าง"

4. เตรียมกิจกรรมให้เหมาะสม เพราะการสอนแบบกรณีศึกษานั้น เป็นกระบวนการกระตุ้นให้คิด ผู้สอนจะต้องรู้จักกระบวนการกลุ่ม (Group dynamics) ที่จะทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากเพื่อนร่วมเรียน การทำงานเป็นกลุ่ม การตัดสินใจในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการสอน

การดำเนินการสอนโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

1. การนำเข้าสู่บทเรียน
2. การดำเนินการสอน
3. การสรุป

แต่การสอนแบบกรณีศึกษานั้นโดยทั่วไป อาจจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การนำเสนอกรณีศึกษา ซึ่งอาจจะมีวิธีการได้หลายรูปแบบ
2. การให้ผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการศึกษากรณี การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ ซึ่งอาจกระทำเดี่ยวหรือทำเป็นกลุ่ม
3. การที่ผู้เรียนนำเสนอ

4. การให้ข้อคิดเห็นและการเสนอข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้เรียนจากผู้สอน

นอกจากนี้ Mellish and Brink (1990) ได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนการเรียนรู้โดยวิธีกรณีศึกษาไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 นักศึกษาอ่านทำความเข้าใจกรณีและเตรียมการวิเคราะห์กรณี

ขั้นที่ 2 นักศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์กรณีร่วมกับนักศึกษาในกลุ่ม เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้ในระหว่างนักศึกษาอาจต่อต้านข้อคิดเห็นใหม่ๆ ที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตน

ขั้นที่ 3 นักศึกษาเปรียบเทียบการวิเคราะห์ของตนเองกับการวิเคราะห์ของกลุ่ม

ขั้นที่ 4 นักศึกษาผสมผสานประสบการณ์ความรู้ใหม่และความรู้เดิมเข้าด้วยกัน

ขั้นตอนการนำกรณีศึกษามาใช้ในการสอน

ในการวิจัยครั้งนี้ การสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึงรูปแบบการสอนภาคปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย ผู้เรียนจะเรียนรู้การใช้ความรู้ในศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแล มีการนำเสนอกรณีศึกษาที่สร้างขึ้นด้วยวิธีทัศน์และแบบเขียน แล้วผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในกรณีศึกษาที่น่าเสนอ มี 3 กรณีศึกษา โดยในแต่ละกรณีศึกษาใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการสอน มีขั้นตอนการสอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนำเสนอกรณี (ใช้เวลา 10 นาที) ขั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นนำและขั้นสอนของรูปแบบการสอนแบบปกติ คือผู้สอนมีบทบาทในการทำความเข้าใจกับผู้เรียน ชี้แจงกิจกรรมแบ่งกลุ่มผู้เรียนให้มีขนาดกลุ่ม 3-4 คน หลังจากนั้นนำเสนอกรณีศึกษาด้วยวิธีทัศน์

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์กรณี (ใช้เวลา 30 นาที) ขั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นสอนของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนมีบทบาทใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกรณีศึกษา โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ผู้เรียนมีบทบาทในการกำหนดบทบาทสมาชิกให้มีผู้นำการอภิปราย ผู้บันทึกข้อตกลงในกลุ่ม หลังจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกลุ่มย่อย 15 นาที หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มย่อยเสนอผลการอภิปรายต่อกลุ่มใหญ่โดยจำกัดเวลากลุ่มละไม่เกิน 5 นาที

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์วิจารณ์ (ใช้เวลา 10 นาที) ขั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นสรุปของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปข้อความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ขั้นที่ 4 ขั้นค้นหาแนวทางการนำความรู้ไปใช้ ขั้นนี้จะตรงกับขั้นสรุปของรูปแบบการ
สอนแบบปกติ ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนทั้งหมดได้ร่วมกันวางแผนการดูแลหลังจากนั้นนำไป
ปฏิบัติจริง ใช้เวลาในการค้นหาแนวทาง 10 นาที

ขั้นที่ 5 ขั้นลงมือปฏิบัติ (ใช้เวลา 1-2 วัน) ซึ่งจะตรงกับขั้นนำไปปฏิบัติของรูปแบบการ
สอนแบบปกติ ผู้สอนมีบทบาทในการนิเทศและผู้เรียนนำการวางแผนในการดูแลไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 6 ขั้นสรุปการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของขั้นนำไป
ปฏิบัติจริงของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้จากการ
ปฏิบัติจริงและหาแนวทางการแก้ไข

ความแตกต่างระหว่างการสอนแบบปกติกับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา คือ ในขั้นการ
สอนจะเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้วิเคราะห์วิจารณ์กรณีศึกษา ได้เสนอความคิดเห็น โดยใช้
กระบวนการกลุ่มและการอภิปรายกลุ่มย่อย นอกจากนี้ในขั้นสรุปจะมีการสรุปความรู้ที่ได้และมี
การค้นหาแนวทางเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้เรียนเห็นแนวทางในการปฏิบัติจริง

7.แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

ทักษะในการตัดสินใจมีความสำคัญต่อบุคคลทั้งส่วนของชีวิต หน้าที่และการทำงาน ในวิชาชีพ
พยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้การทักษะในการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา (สุลักษณ์
มีชูทรัพย์ , 2539) การตัดสินใจจำเป็นต้องถูกต้องทันต่อเหตุการณ์จึงจะสามารถช่วยและป้องกัน
ชีวิตของผู้ป่วยได้ การตัดสินใจเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และฝึกให้เกิดความชำนาญได้ การตัด
สินใจที่ดีจะช่วยแก้ปัญหาต่างๆทำให้งานบรรลุตามเป้าหมาย ประหยัดเวลา แรงงานและ
ทรัพยากร ช่วยลดความขัดแย้ง และยังส่งผลต่อบุคคล สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ

ท่ามกลางความเจริญของโลกยุคปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนการและพัฒนาไปอย่าง
รวดเร็ว ทำให้มีผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของบุคคลในสังคมตลอดเวลา ขณะเดียวกัน
การพัฒนาก้าวหน้าในศาสตร์ทางการแพทย์และการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น มีผลต่อการ
มีชีวิตรอยู่ของมนุษย์ พยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจกับสภาพการเปลี่ยนแปลง ผลกระทบของ
การเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติหน้าที่ สามารถตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ปรับตนให้ทันต่อการเปลี่ยน
แปลงการปฏิบัติงานด้านพยาบาลเกี่ยวกับข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรงที่มีจิตใจ อารมณ์ มีการ
เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากการเปลี่ยนแปลงโลกยุคปัจจุบัน มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติงานด้าน

การพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางการพยาบาลต่างๆเพิ่มมากขึ้น การที่พยาบาลจะปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพนั้น พยาบาลต้องใช้สติปัญญาในการคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงเหตุและผลใช้การวิเคราะห์ และตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย; 2538: 21) การตัดสินใจต้องมีหลักการและอาศัยข้อมูลต่างๆเพื่อประกอบการพิจารณาโดยใช้วิจารณญาณ และความรอบคอบที่มีเหตุมีผล (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

มีผู้ที่มีความหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจไว้หลายท่านดังนี้

Swansburg and Swansburg (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึงกระบวนการเลือกทางเลือกจากทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามทางเลือกนั้น

Gillies (1994) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่ปรารถนาจากหลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่างๆการตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเพื่อเลือกหนทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

กล่าวโดยสรุป ความหมายของการตัดสินใจ (รตนา อัคระกิจ, 2539; สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ 2539; Swansburg and Swansberg, 1995) ได้ว่า เป็นกระบวนการเลือกทางปฏิบัติจากหลาย ๆ แนวทางโดยมีขั้นตอนได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติ และการประเมินผล

7.1.1 กระบวนการตัดสินใจ

ทักษะการตัดสินใจ เป็นกระบวนการที่มีวิธีการเป็นระเบียบ และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตามลำดับขั้นตอนจากการวิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อปฏิบัติที่เหมาะสม กระบวนการตัดสินใจมีหลายรูปแบบ (Swansurg; 1995; Leigh and Doherty, 1986) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การระบุทางเลือก
3. การเลือกทางปฏิบัติ
4. การปฏิบัติตามทางเลือก

รศนา อัชชาภิก (2539) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของการตัดสินใจอย่างชัดเจน
2. กำหนดทางเลือกเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจ
3. ตรวจสอบเพื่อหลีกเลี่ยง หรือยอมจำนนต่อข้อจำกัด
4. ดำเนินการวิเคราะห์การตัดสินใจ
5. ตัดสินใจโดยยึดวัตถุประสงค์

Jones and Beck (1996) Swansburg (1995) และ Ward and Price (1991) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือก
3. จัดเรียงทางเลือก และดำเนินการเลือก
4. ปฏิบัติตามทางเลือกให้ทันกับเวลาที่กำหนด
5. ประเมินผล

จากกรอบแนวคิดและรูปแบบการตัดสินใจที่ผู้วิจัยได้เสนอไปแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Leigh and Doherty (1986); Jones and Beck, (1996); Swansburg, (1995); ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และการนำไปในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537) และในพยาบาลประจำการ (เพ็ญศรี รักสละ; 2539) มาสรุปกระบวนการตัดสินใจ เป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเป็นการรวบรวมหลักฐาน ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาหรือสถานการณ์
3. การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นการพิจารณาเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุด
4. การตัดสินใจปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ดุลยพินิจเลือกทางปฏิบัติ เลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติ
5. การประเมินและการสรุปผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่พิจารณาผลของการปฏิบัติ

7.2 ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพทางการปฏิบัติที่มีความหมายและต้องการบุคคลที่สามารถระบุและแสดงศักยภาพของสภาพปัญหาทางสุขภาพผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังระบุถึงวิธีการการ

แก้ปัญหาหรือตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และประกอบกับระดับของความรับผิดชอบที่เพิ่มสูงรวมถึงความเฉพาะเจาะจงและเทคโนโลยีแล้วจึงมีความต้องการพยาบาล ที่เป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Boney, and Baker, 1997 : 16) การปฏิบัติการพยาบาลยุคปัจจุบันต้องเผชิญปัญหาทุกวัน การปฏิบัติการพยาบาลต่างๆต้องพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจ (Fry, 1994 : 82-83)

การตัดสินใจในการพยาบาลหรือทางคลินิกเป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยลักษณะปัญหาเป็นเหตุการณ์ สถานการณ์หรือสภาพของผู้รับบริการที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการที่จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สมศรี สัจจะสกุลวงศ์, 2537 : 26-27) รวมถึงปัญหาสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ได้มาถึงคุณภาพที่ผู้รับบริการเห็นคุณค่า ด้วยเหตุนี้การพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางการพยาบาลมีความสำคัญ ควรได้รับการพัฒนา

7.2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความสามารถในการตัดสินใจ

ความสามารถในการตัดสินใจเป็นความสามารถทางสติปัญญา สามารถสอนได้ในกระบวนการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ (Tschikota, 1993: 389; Jenks, 1993; 399) มีผู้ให้ความหมายกับ Decision Making in nursing ดังนี้

Grobe (1991 cite in Tschikota, 1993: 390) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการตัดสินใจเป็นประสบการณ์ของพยาบาลใช้พิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลและปัญหาผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน โดยมีการใช้เหตุผล ระหว่างการวางแผนพยาบาล ซึ่งต้องเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้เมื่อเผชิญปัญหาทำการศึกษาด้วยกระบวนการวางแผนและการวินิจฉัยที่มีเหตุผล

Klassens (1988) กล่าวถึง ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลว่าเป็นประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตัดสินใจที่สลับซับซ้อน

Muzio (1985 cite in tschikota, 1993: 389) เสนอว่าความสามารถในการตัดสินใจเป็นวิธีในการพยาบาลการที่มีเหตุผลและมีรูปแบบการใช้

Benner (1984 cite in Boney & Baker, 1997) อธิบายความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการของทักษะที่ได้จากพยาบาลซึ่งถึงพัฒนาการของความสามารถในการตัดสินใจ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์การตัดสินใจ การกำหนดการหาเหตุผลเชิงอนุมาน

องค์ประกอบของการตัดสินใจ

จากรายงานการวิจัยของ Tschikota (1993) พบว่าองค์ประกอบของการตัดสินใจมีดังนี้

1) การบอกเป็นแนว (cue) เป็นส่วนของการให้ข้อมูลในสถานการณ์ชนิดที่กระตุ้นการพยาบาล

2) สมมติฐาน (hypothesis) โครงการหรือข้อคิดเห็นที่เป็นไปได้ สมมติฐานอาจเกี่ยวข้องกับ สิ่งที่เกิดสำหรับผู้ป่วยคืออะไร สิ่งใดที่พยาบาล แพทย์ ผู้ป่วยอาจจะคิด หรือรู้สึก หรือ คำสั่งที่เป็นไปได้ของแพทย์คืออะไร ซึ่งสมมติฐานจะเป็นการชี้นำต่อกลุ่มตัวอย่างที่อาจเป็นไปได้

3) ความรู้พื้นฐาน (Knowledge Base) ข้อมูล ความถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งใช้เป็นเหตุผลอันสมควร

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลที่เห็น การปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลในวิธีการรวบรวมข้อมูล การดูแลร่างกาย การสอนผู้ป่วย สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด(การสื่อสารกับผู้ป่วย) และการทำงานร่วมกับผู้อื่น, หรือการจัดหาให้, สัมพันธภาพกับครอบครัว สังคม

5) การค้นหา (Search) การชี้แนะความปรารถนาข้อมูลสนับสนุนที่เพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย

6) การหาข้อสรุป (Assumption) ข้อสรุปที่มองเห็น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ให้มีประสิทธิภาพต่อการกระตุ้นสถานการณ์ผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล เป็นกระบวนการใช้ความคิดเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ ขั้นการรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหา การพิจารณาทางเลือก การตัดสินใจ ปฏิบัติ และการสรุปและประเมินผล

ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล หมายถึง การบ่งชี้ว่าในสถานการณ์นั้นมีข้อมูลอะไรที่เกี่ยวข้องกับปัญหาบ้าง เช่น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร โดยหาความหมายของปัญหา กำหนดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการด้านพื้นฐานของมนุษย์ในสถานการณ์ที่กำหนดให้

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา เป็นการรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมหรือไม่อย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาให้ชัดเจน อธิบายได้ว่าใครมีบทบาทในการตัดสินใจ ผู้ที่ได้รับผลจากการตัดสินใจ ระบุ

ปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นปัญหาอะไร ระบุความขัดแย้งในค่านิยมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ เพราะเหตุใดจึงเป็นปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ หมายถึง การระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดีและผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจปฏิบัติ หมายถึง การระบุว่า ถ้านักศึกษาอยู่ในสถานการณ์นั้นจะปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินและสรุปผล หมายถึง การพิจารณาการกระทำและผลลัพธ์ของการกระทำที่ตัดสินใจ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ซึ่งช่วยให้นักศึกษามีแนวทางในการตัดสินใจว่า เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวอีก นักศึกษาจะทำอย่างไร โดยนำผลการตัดสินใจไปสถานการณ์ไปใช้

7.2.2 การวัดความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยต่างๆ พบว่าการศึกษาศาสนาความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลส่วนใหญ่นั้นเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น โดยทั่วไปการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาที่มีการใช้แบบทดสอบทางสติปัญญา จะวัดพฤติกรรมและการแก้ปัญหาได้ (จำเนียร ช่วงโชติ, 2521 อ้างใน ทองสุข คำธนะ, 2538) ต่อมามีการพัฒนาการใช้แบบทดสอบแนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เรียก The Balance Problem Test (BPT) ใช้วัดแนวคิดในการแก้ปัญหา ซึ่งได้พัฒนาเป็นแบบทดสอบความสามารถในการแก้ปัญหาต่อมา ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการตัดสินใจ พัฒนาเครื่องมือวัดการตัดสินใจเมื่อเผชิญกับความขัดแย้ง โดยใช้แนวคิดจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา เช่น งานของ Swider, McElmurry และ Yoring (1985 อ้างใน ศรีประภา ปิยะศิริศิลป์, 2539) ศึกษาการตัดสินใจของนักศึกษา 775 คน ในสถาบันการศึกษาพยาบาล 16 แห่ง พบว่านักศึกษาตัดสินใจโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 9% เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง 19% และเน้นความคิดตามระบบราชการ 60%

การวิจัยพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดความสามารถการตัดสินใจมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีการใช้แนวคิดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของ Piaget มาสร้างเครื่องมือการวัดการตัดสินใจต่อสถานการณ์ และผลกระทบของการพัฒนาความรู้ แต่ละขบวนการ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมีการพัฒนาตลอดมา เครื่องมือที่ใช้วัดในการศึกษาที่ใช้วัดความสามารถ

ในการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ ได้แก่ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย และข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก; 2532) โดยมีการใช้ในงานวิจัยของทองสุข คำธนะ (2538) ชัญญมล สุริยานิมิตรสุข (2539) และเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดคือ แบบสอบถามวัดแบบ 3 ชั้น (Triple Jump Exercise) รองลงมา คือแบบสอบถามเอ็มอีคิว (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจนั้น ยังไม่เคยมีการวัดความสามารถการตัดสินใจมาก่อนเลย

การใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล การวัดความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล แต่เดิมนิยมใช้เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยการสร้างคำถามในสิ่งที่ต้องการวัดความรู้ ทักษะและความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และถือว่าคะแนนที่ได้จากการสอบเป็นตัวแทนของความรู้และความสามารถที่ต้องการทราบ รวมทั้งสามารถจำแนกระดับความสามารถตามผลของคะแนนด้วย (เพ็ญนภา แดงด้อมฤทธิ์, 2539 : 5)

ช่วงต่อมามีการใช้เครื่องมือวัดรูปแบบอื่นๆมากขึ้น เช่น การวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของสมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) และเพ็ญศรี รักสละ (2539) โดยมีโครงสร้างเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) ตามคุณลักษณะของ McGuire (1967 อ้างในสมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537 : 87; พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532:19) และใช้สถานการณ์จำลองปัญหาผู้ป่วยเป็นกรอบของแบบทดสอบการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลหรือของอาภรณ์ ชูดวง (2534) ได้ใช้แบบแสดงเอ็มอีคิว (MEQ = The Modified Easy Questions) เป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นการเสนอกกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ แล้วแทรกคำถามเป็นระยะๆ ผู้ตอบต้องคิดหาคำตอบเองอย่างมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลจริง ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วสามารถจัดกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ลักษณะของสถานการณ์รวมทั้งข้อความ มีความใกล้เคียงถึงสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย โดยทองสุข คำธนะ (2538) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้สูงอายุ และเพ็ญนภา แดงด้อมฤทธิ์ (2539) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการกระบวนการพยาบาลต่อมา จากการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง เห็นได้ว่า แบบสอบเอ็มอีคิวที่สร้างขึ้น สามารถตรวจสอบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้

ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว

ลักษณะของแบบสอบถาม เอ็ม อี คิว ซึ่งผู้เริ่มใช้คือราชเวชปฏิบัติทั่วไป กำหนดรูปแบบไว้ว่า เป็นข้อสอบที่นำเสนอกฎนิศึกษาซึ่งเป็นเรื่องจริงตามลำดับขั้นตอนการเกิดเหตุการณ์ แต่ไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดครั้งเดียวเหมือนแบบสอบเรียงความแต่ให้ข้อมูลเป็นตอน ๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะ ๆ ข้อมูลที่ให้นั้น อาจเกี่ยวข้องกับคำถามมากน้อย หรือไม่สัมพันธ์กันเลย ผู้ตอบต้องตัดสินใจเลือกข้อมูลมาสังเคราะห์คำตอบเพื่อตอบคำถามปลายเปิดเอง การตอบค่อนข้างอิสระแต่ต้องอยู่ในกรอบของข้อมูลที่กำหนดให้ คำถามแต่ละข้อเป็นอิสระจากกัน ถ้าผู้ตอบตัดสินใจผิดและตอบคำถามข้อข้างหน้าผิดไปแล้ว ข้อต่อไปผู้ตอบจะได้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้สอบจึงสามารถคิดแก้ปัญหาหรือตัดสินใจใหม่ที่ถูกต้องได้และจะทราบว่าคำตอบที่ถูกต้องของคำถามข้อหน้าเป็นอย่างไร ดังนั้น ข้อสอบเอ็ม อี คิว จึงกำหนดให้ผู้สอบทำข้อสอบเฉพาะในหน้านั้น ๆ มิให้ย้อนกลับไปแก้คำตอบที่ทำไปแล้วหรือเปิดดูข้อมูลข้างหน้า (Knox, 1975: 5.4-5.7 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532: 28)

การที่แบบสอบเอ็ม อี คิว ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบสอบเลือกตอบ ผู้สอบจะต้องวิเคราะห์คำถามและสังเคราะห์คำตอบเอง แบบสอบนี้จึงสามารถประเมินกระบวนการคิดตลอดจนเจตคติของผู้ตอบได้ด้วย (Knox, 1975: 5.4-5.7 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532: 28) ดังนั้น จึงเป็นการวัดความสามารถของวัตถุประสงค์การศึกษาทั้ง 3 ด้าน คือทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ(พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

หลักทั่วไปในการสร้างข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532; อารมณ์ รูดวง, 2534)

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนทั้งเนื้อหาและระดับความสามารถที่ต้องการ
2. ตั้งโจทย์สั้น ๆ เป็นตัวอย่างผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติการจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยโจทย์จะต้องเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการออกสอบและครอบคลุมวัตถุประสงค์
3. สร้างคำถามตามวัตถุประสงค์การจัดที่ตั้งไว้ คำถามเป็นแบบสอบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้คิดตั้งสมมติฐาน และการตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไปโดยผู้สอบเตรียมคำตอบของตนเองไว้
4. จำนวนข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต่ 5 - 35 ข้อ (Feletti, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

5. การทำโมเดลคำตอบและการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ทำข้อสอบเพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์มากจะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

6. ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน เพื่ออภิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันกับคำตอบที่ควรเป็น และกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถามให้ชัดเจนเพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด

7. กำหนดเวลาในการตอบแต่ละคำถาม โดยทั่วไปมักจะแบ่งช่วงละ 5 นาที แต่อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่จะต้องตอบ

8. จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์จะจัดพิมพ์เป็นเล่มโดยการเรียงหน้า คำถามใดที่อาจจะเป็นแนวทางให้คำตอบแรก ควรจะพิมพ์ในหน้าต่อไป เพื่อให้ไม่ให้นักศึกษาเดาคำตอบได้

ควรพิมพ์คำแนะนำในการตอบไว้บนแผ่นหน้าขวาของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบายชักชวนความเข้าใจกับนักศึกษา ถ้าวิธีการตอบคำถามและคะแนนที่จะได้ก่อนทำการสอบเสมอ

9. ทดลองใช้สอบกับนักศึกษาและอาจารย์ แล้วปรับปรุงคำถามและคำตอบเพิ่มเติมให้ดีขึ้น

จุดเด่นของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. สร้างให้ค่อนข้างง่ายคล้ายกับการสร้างข้อสอบแบบอัตนัย
2. เป็นเครื่องมือที่ประเมินได้ทั้งแบบประเมินผลความก้าวหน้า และการประเมินผลรวมยอด
3. สามารถใช้ประเมินนักศึกษาได้ครั้งละจำนวนมาก โดยอาจดัดแปลงการใช้แบบทดสอบด้วยการฉายบนเครื่องฉายข้ามศีรษะ แล้วให้คำตอบทีละคำถามแทนการพิมพ์เป็นเล่ม
4. ใช้ทดสอบความสามารถในการหาข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่า
5. สามารถวัดเจตคติได้
6. ให้คะแนนได้คงที่

จุดอ่อนของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. มีความยุ่งยากในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
2. ครอบคลุมเนื้อหาได้ไม่กว้างเท่าข้อสอบแบบปรนัย
3. นักศึกษาอาจแอบพลิกกระดาษไปข้างหน้าหรือย้อนหลังได้

4. ใช้เวลาในการตรวจสอบค่อนข้างมาก
5. คำตอบที่กำหนดไว้อาจไม่เจาะจง ประกอบกับนักศึกษาไม่ทราบว่าจะต้องตอบลึก ซึ่งมากนักน้อยเพียงใด

คุณภาพของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

Feletti (1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยภนง, 2532) ได้คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Coefficient Alpha ของครอนบาค พบว่า มีค่าระหว่าง 0.57 ถึง 0.91 และหาค่าความตรงตามโครงสร้างพบว่า มีค่าระหว่าง 0.34 ถึง 0.87 Startford and others (1985 อ้างใน ทองสุข คำธนะ, 2538; เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2539) รายงานว่าค่าความเที่ยงแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่มีจำนวนคำถาม 25 คำถาม มีค่าเท่ากับ 0.63 และถ้าแบบสอบอัตนัยประยุกต์มีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจนจะมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.73 ถึง 0.83 ทั้งนี้ค่าความเที่ยงจะมากขึ้นอยู่กับจำนวนคำถาม ตัวคำถามมีมากข้อค่าความเที่ยงจะยิ่งสูง

7.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล ต้องเกิดขึ้นขณะมีการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ในการตัดสินใจต้องมีการประยุกต์ความรู้ในการพยาบาล โดยใช้แนวทางการระบวนการพยาบาล และต้องประเมินผลตลอดเวลาว่าผลของการปฏิบัติเป็นอย่างไร

ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายส่วน จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง) งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Jenks (1993) ศึกษารูปแบบของความรู้ส่วนบุคคลในความสามารถในการตัดสินใจในคลินิก พบว่า ปัจจัยความรู้ส่วนบุคคล มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญ พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เมื่อมีการตัดสินใจเกิดขึ้น ถ้าพยาบาลรู้ในตัวผู้ป่วยจะทำให้การตัดสินใจง่ายขึ้น พยาบาลจะต้องรู้ในตัวผู้ป่วยด้วยการรายงานแฟ้มประวัติ
- 2) ความรู้ของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ของพยาบาล ถ้าพยาบาลมีความรู้และผ่านประสบการณ์มาก่อน จะมีผลต่อการตัดสินใจ
- 3) ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ การร่วมงาน สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลกับผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถในการตัดสินใจ

8.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการใช้กรณีศึกษา

ประทีน ศรีเงิน (2534) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการสอนโดยใช้บทบาทสมมติกับการสอนตามปกติ เพื่อพัฒนาทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์สุจริตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ดำเนินการโดยให้นักเรียนซึ่งมี 3 ห้อง ทำแบบสอบทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์สุจริตแล้วเลือก 2 ห้อง ที่มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงสุ่มห้องหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ใช้การสอนโดยบทบาทสมมติ ห้องหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุมใช้การสอนตามปกติทำการวัดทัศนคติเชิงจริยธรรม ด้านความซื่อสัตย์สุจริต ก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยแบบสอบวัดทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์สุจริตพบว่า ทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์สุจริตในระยะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการสอน โดยบทบาทสมมติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Adum (1992) ได้ศึกษานผลของการสอนโดยกรณีศึกษา ในวิชาสังคมของนักศึกษาเกรด 11 ทำการศึกษาเพื่อทดสอบว่าการสอนโดยกรณีศึกษา และหาความสัมพันธ์กับการเรียนการสอนที่มีการแบ่งเป็นชั้น ๆ จำนวน 27 คน ที่เรียนวิชาสังคมใน Harvard Business School โดยการเขียนกรณีศึกษาแล้วใช้เป็นเครื่องมือในการสอนภายใต้สิ่งสำคัญ คือการใช้ปฏิสัมพันธ์ของครูและนักศึกษาในชั้นเรียน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีเครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามนักศึกษา แบบสัมภาษณ์ครู และวิเคราะห์จากเทปบันทึกเสียงในการทำกลุ่มอภิปรายของนักศึกษา พบว่านักศึกษามีการพัฒนาการคิดวิจารณ์ญาณมากขึ้น มีการใฝ่รู้ มีมุมมองที่กว้าง พัฒนาความเชื่อ และเจตคติมีการค้นคว้ามากขึ้นทั้งในและนอกชั้นเรียน ตลอดจนมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอว่า ควรจะนำการสอนโดยกรณีศึกษาในชั้นมัธยมและใช้ในการเรียนการสอนที่แบ่งเป็นเกรดได้

Tillman(1992) ศึกษาการใช้กรณีศึกษาในนักศึกษาครุศาสตร์ก่อนสำเร็จการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาโดยให้นักศึกษากลุ่มที่หนึ่ง เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ศึกษาโดยการบรรยายและอภิปราย นักศึกษากลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน ศึกษาโดยกรณีศึกษา ซึ่งมี 4 คำถามการวิจัยเกี่ยวกับ

- (1) การวัดความรู้ด้านเนื้อหา
- (2) ความสามารถในการวิเคราะห์กรณี

(3) แนวโน้มและประสบการณ์ของหลักสูตร ซึ่งทำให้ได้สมมติฐานว่า ความรู้ที่ได้รับจากการสอนในสองกลุ่ม ต่างกันหรือไม่ รวบรวมข้อมูลโดยการทำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการทดลอง และแบบวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้สึกก่อน และหลังการทดลองและวัดปฏิบัติการมีส่วนร่วม โดยแบบสอบถาม ผลการทดลองไม่พบความแตกต่างของสองกลุ่มในการวัด

ความรู้แต่พบความสามารถในการแก้ปัญหาในกลุ่มที่เรียน โดยกรณีศึกษาดีกว่าและพบว่าแนวโน้มการมีส่วนร่วมในกลุ่มที่เรียนโดยกรณีศึกษาสูงกว่า

Powell (1994) ได้ศึกษาการใช้วิธีการสอนแบบกรณีศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในแผนกสัตวแพทย์ ซึ่งดัดแปลงจากที่ใช้ในการเรียนการสอนของคณะครุศาสตร์เริ่มใช้ในวิชาพิษวิทยาได้โดยผู้วิจัยได้เข้าสังเกตในชั้นเรียนตลอดภาคการศึกษาในเรื่องการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน การฟัง การอภิปราย การตั้งคำถาม-คำตอบในกลางภาคการศึกษาเป็นวิธีการสอนที่องค์ประกอบมาก ต้องใช้การเตรียมตัวมาก เพื่อความสามารถในการคิดได้ แต่จะให้เนื้อหาได้น้อยกว่าและแบบบรรยาย ด้านนักศึกษาต้องมีการเตรียมตัวในการเรียนต้องมีส่วนร่วมในการอภิปราย ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการเรียนการสอน ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีประโยชน์อย่างมากในการฝึกให้นักศึกษาฝึกแก้ปัญหาสะท้อนความคิดซึ่งกันและกันในการอภิปราย นักศึกษาจึงได้รับความรู้ และฝึกการแก้ไขปัญหาผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการใช้กรณีศึกษาในการเรียนการสอนต้องได้รับการศึกษาอย่างระมัดระวังและมีหลักสูตรอย่างถูกต้องต่อไป

กนกอร ชาวเวียง (2539) ได้ศึกษาการใช้กรณีศึกษาในการสอนภาคปฏิบัติวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่มีต่อความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และเมื่อเปรียบเทียบกับการสอนแบบปกติพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าที่ได้รับการสอนตามปกติ

กาญจนา ปัญญานนท์วาท (2539) ได้ศึกษาผลของการใช้กรณีศึกษา ในการสอนทางคลินิกที่มีต่อความตั้งใจสร้างพฤติกรรมจรรยาบรรณ ในการปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจรรยาบรรณ ในการปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการสอน โดยใช้กรณีศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับการสอนและความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยกรณีศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ ผลของการใช้กรณีศึกษาในการสอนทางคลินิกที่มีต่อความตั้งใจสร้างพฤติกรรมจรรยาบรรณ ในการปฏิบัติการพยาบาล

ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข (2539) ได้ทำการศึกษากกรณีศึกษาในการพยาบาลผู้คลอดคุณภาพของการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความรู้และคุณภาพของ

การดูแลผู้คลอด ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอด ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดของกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยกรณีศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.05 แต่ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้คลอด หลังจากทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการแก้ปัญหาและความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

อาภรณ์ ชูดวง (2534) ได้ทำการสร้างแบบทดสอบเอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลและศึกษาคุณภาพของแบบทดสอบในด้านความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัย ความเที่ยงและความเป็นปรนัยในการตรวจให้คะแนน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2534 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 60 คน แบบสอบเอ็ม อี คิว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ประกอบด้วย 5 กรณีศึกษาที่เป็นสถานการณ์จำลองปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอายุ 20-60 ปี แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม มีจำนวนข้อกระทง 28 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า แบบสอบเอ็ม อี คิว มีความตรงตามโครงสร้าง มีความร่วมสมัย มีความเที่ยง มีความเป็นปรนัย และนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีผู้ใดสามารถแก้ปัญหาทางการพยาบาลผ่านเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิกำหนดไว้

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการแก้ปัญหา ที่กล่าวมาพอจะชี้ให้เห็นว่า

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการแก้ปัญหา ในเชิงนิมาน

2. การจัดการเรียนการสอนได้แก่ เทคนิควิธีการสอนของอาจารย์ บรรยากาศในชั้นเรียน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา เป็นต้น มีส่วนส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา

Tschikota (1993) ได้ศึกษากระบวนการตัดสินใจในคลินิกของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 โดยมีสถานการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กระตุ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหญิง จำนวน 2 กลุ่ม โดยมีการควบคุมปัจจัยภายในและภายนอก ผลการศึกษาเชิงพรรณนานี้ได้อธิบายถึงส่วนประกอบของการตัดสินใจ 6 ขั้นตอน และกระบวนการตัดสินใจ 8 ขั้นตอนและรูปแบบกระบวนการตัดสินใจที่ใช้บ่อยพบว่ามี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มและ

ภายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการใช้กระบวนการและส่วนประกอบของการตัดสินใจในลักษณะตามบุคลิกภาพของผู้ฝึกหัดและสนับสนุนกรอบแนวคิดของทฤษฎีกระบวนการสื่อสาร

Jenks (1993) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษารูปแบบของความรู้ส่วนบุคคล ในความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล ผลของการอธิบายรูปแบบ ความรู้ส่วนบุคคลในความสามารถในการพยาบาล ข้อมูลของพยาบาลจัดเป็นรูปแบบของความรู้ส่วนบุคคล คือมีความรู้ และอธิบายความสำเร็จในการตัดสินใจในการพยาบาลจะสูงขึ้นขึ้นอยู่กับคุณภาพสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย การมองดูพยาบาลประจำการและผู้เชี่ยวชาญ ความไม่คงที่ของสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลและความยากในการกำหนดและอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญในความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร (2518) ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลศิริราชต่อผู้ป่วยใกล้มรณะ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ และขาดความรู้ที่จะนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจาก มีความรู้เกี่ยวกับความตายและการพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะไม่เพียงพอ ไม่ประสบการณ์และขาดการฝึกหัดการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะ การวิจัยนี้เสนอแนะไว้ว่า วิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใกล้มรณะมากขึ้น ฝึกการใช้เครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วย มีการสอนภาคทฤษฎีเพิ่มมากขึ้นในหลักสูตร และมีการเตรียมจิตใจของนักศึกษาให้พร้อมและยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตาย

บงกช พึ่งพุทธรักษ์ (2521) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความตายกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยศึกษากับกลุ่มอาชีพ 4 กลุ่ม คือ นักศึกษาพยาบาลพยาบาล นิสิตนักศึกษา และครู ผลปรากฏว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไม่แตกต่างกัน

Yeaworth, Kapp และ Wingget (1970:20) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเปรียบเทียบทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 กับนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้าย พบว่านักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายยอมรับต่อความและสนใจต่อความรู้สึกและท่าทีของผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่านักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 ผลการศึกษานี้ได้สรุปว่าทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้ป่วยใกล้ตายขึ้นอยู่กับการศึกษาและการอบรมที่ทางสถาบันให้จัดให้

นักศึกษา และผู้ทำการศึกษากล่าวเน้นว่า หักคนคิดที่มีต่อผู้ป่วยใกล้ตายนี้อาจเป็นผลจากการได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยใกล้ตาย

จงรักษ์ อีฐรัตน์ (2524) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่องิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน และผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายในด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกายแตกต่างกัน ยกเว้นกิจกรรมสนองความต้องการด้านจิตใจอารมณ์ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน

สุภาพร ดาวดี (2537) ได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสันศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 3 ราย ที่ปฏิบัติงานในรพ. เซนต์หลุยส์ คามิลเลียน เซนต์แมรีและซานคามิลโล 149 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ความตระหนักในตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ มีคะแนนความตระหนักในตนเองและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างไปด้านสูง แต่มีพฤติกรรมการดูแลในปัจจุบันส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอนและเสริมสร้างจิตวิญญาณ ซึ่งมีค่าคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

Golub And Reznikoff (1971: 503-508) ได้ศึกษาทัศนคติต่อความตายโดยเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 และพยาบาล ในเรื่องของความหวังเกี่ยวกับความตายของตนเองนั้น พบว่า จำนวนพยาบาลที่ต้องการให้แพทย์ผ่าตัดพิสูจน์ว่าตนเองตายจากสาเหตุใดมีมากกว่านักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า พยาบาลอาจได้อิทธิพลจากการร่วมงานกับแพทย์ซึ่งจะทำการตรวจศพเพื่อการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ อันเป็นความรู้สึกที่ได้จากการเรียนรู้

Milton (1984: 298-301) ได้ศึกษาความสนใจของนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายในครอบครัว มีผลต่อความสนใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายในทางบวก ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า หลักสูตรการศึกษาพยาบาลควรจะเน้นขั้นตอนในการที่จะช่วยประคับประคองด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยใกล้ตายและความเศร้าโศกของครอบครัวให้มากกว่านี้

Piles (1987) ได้ทำการศึกษาการเตรียมการดูแลจิตวิญญาณในพยาบาลประจำการ ภายหลังจากการศึกษาในหลักสูตรแล้ว ว่ามีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณ การวางแผนการพยาบาลและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยสุ่มพยาบาลจากภาคต่าง ๆ 300 คน ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ด้านใหญ่ ๆ คือด้านการปฏิบัติ ด้านความสามารถ ด้านการศึกษา ด้านความคิดเห็นว่ามีคุณค่า และด้านอุปสรรคต่าง ๆ ผลพบว่า พยาบาล 95% ให้การพยาบาลครบในแบบองค์รวม 87.5 % เห็นว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณควรเป็นหน้าที่ของนักบวชหรือนักสอนศาสนา 65.9% รู้สึกว่าได้รับการเตรียมตัวไม่เพียงพอที่จะเกิดทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณได้ เช่น ทักษะในการประเมินได้แก่ จะประเมินอะไรจากการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย 57.9% อยากทราบถึงความแตกต่างของการประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ 62% อยากให้มีการสอนเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณในชั้นเรียน 13% บอกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ สัมพันธ์กับการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่มีเวลาในการดูแล ไม่มีความรู้ ควรมีการเตรียมการในเรื่องนี้ตั้งแต่อยู่ในชั้นเรียน และควรรวมการดูแลด้านจิตวิญญาณไว้ในการพยาบาลพื้นฐานทุกวิชา และผู้ศึกษาได้สรุปในอภิปรายผลการศึกษาไว้ว่า ต้องมีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการประเมินภาวะทางจิตวิญญาณและการให้การพยาบาลและจะต้องให้คำจำกัดความภาวะทางจิตวิญญาณให้มีความชัดเจน

Sodestrom & Martison (1987) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้กลวิธีทางจิตวิญญาณ (เฉพาะในส่วนของความเชื่อ ความศรัทธาต่อศาสนา) : มุมมองของพยาบาลและผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 25 คน และพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านั้น 25 คน รวมเป็น 25 คู่ ผู้ป่วยและพยาบาลจะถูกแยกกันเวลาที่มีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยใช้แหล่งในการเผชิญปัญหาตามลำดับ คือครอบครัว 92% นักบวช 76% เพื่อน 68% แพทย์ 24% และพยาบาล 8% ส่วนกิจกรรมทางจิตวิญญาณที่ใช้ตามลำดับ คือ การสวดมนต์อธิษฐาน 87% ขอร้องให้คนอื่นสวดอธิษฐานให้ตน 84% ขอร้องให้คนอื่นสวดอธิษฐานร่วมกับตน 64% อ่านคัมภีร์ 52% ไปโบสถ์ 52% อ่านหนังสือศาสนา 40% สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสิ่งสำคัญและเหมาะสมที่ต้องการให้พยาบาลปฏิบัติในเรื่องการดูแลจิตวิญญาณ ได้แก่ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงและหรือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพระเจ้าและรับฟังอย่างตั้งใจ 19 ราย พาไปพบนักบวชเพื่อสวดมนต์พบปะพูดคุย 14 ราย แนะนำสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อสวดมนต์ภาวนาและช่วยเหลือผู้ป่วยในการสวดมนต์ภาวนา ถ้าผู้ป่วยขอร้อง 13 ราย เรียนรู้และยอมรับความเชื่อ และ/หรือศาสนาของผู้ป่วย 11 ราย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการอ่านคัมภีร์เมื่อต้องการ 11 ราย ให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย เช่น มีน้ำใจ สุภาพ ให้การดูแลอย่างดี 8 ราย ในกลุ่ม

พยาบาลพบว่า 44% สามารถบอกศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือได้ถูกต้อง 76% รู้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการเกี่ยวกับพระเจ้าและใช้กิจกรรมทางจิตวิญญาณในการเผชิญปัญหา เช่น สิ่งที่เป็นตัวแทนทางศาสนา เพลงคัมภีร์ไบเบิล การสวดมนต์อ้อนวอนโดยใช้ผู้อื่นให้ช่วยสวดหรือสวดร่วมกัน การพาไปโบสถ์ ผลการวิจัยด้านการให้คำจำกัดความของคำว่าจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาได้สรุปไว้ว่าเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาจะใช้บุคคลภายในครอบครัวเป็นแหล่งที่จะช่วยเหลือได้ดีกว่าพยาบาล เพราะถือว่า บุคคลเหล่านั้นเป็นบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยและพยาบาลมีบทบาทที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางจิตวิญญาณได้

Reed(1991) ได้อ้างผลการวิจัยในบทความของเธอว่า แก่นที่ฝังใจในมิติจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสุดท้าย คือศาสนา และสรุปในบทความว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติศาสนกิจในชุมชนลดลง เช่น การไปโบสถ์ร่วมกับคนอื่น ๆ การมีส่วนร่วมทางศาสนกิจในสังคม แต่การปฏิบัติศาสนกิจที่เป็นการส่วนตัวมีมากขึ้น เช่น การสวดมนต์ตามลำพัง การนั่งสมาธิ การอ่านหนังสือทางศาสนา เป็นต้น สาเหตุอาจเนื่องมาจากปัญหาทางสุขภาพ และยังคงกล่าวต่อไปว่า ผู้สูงอายุสุดท้ายที่แสดงออกถึงการมีสุขภาพจิตดี เช่น ดูท่าทางมีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในชีวิต พบว่า สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติศาสนกิจตามรูปแบบที่ตนเชื่อถือ และยกตัวอย่างการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุในกลุ่มชาวฮิวที่นับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 800 คนที่ปฏิบัติศาสนกิจเป็นการส่วนตัวและเข้าร่วมการประกอบศาสนกิจกับผู้อื่น พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการมีสุขภาพดีและความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าการปฏิบัติศาสนกิจทั้งในชุมชนและเป็นการส่วนตัว รวมทั้งการนำหลักศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการเผชิญปัญหา ทำให้มีภาวะสุขภาพดี นอกจากนี้ยังรายงานว่า จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพวก Nova Scotian พบบันทึกคำตอบในแบบสอบถามว่า ศาสนาช่วยส่งเสริมและเป็นพลังอันมั่นคงที่ช่วยให้เผชิญภาวะวิกฤตทางสุขภาพได้ดี คำถามที่ใช้ในครั้งนี้เป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทางศาสนา เช่น การอ่านหนังสือและเกี่ยวกับศาสนา ดูทีวี การไปโบสถ์ การบริจาคเงินทำบุญ การสวดมนต์ภาวนา เป็นต้น Reed ได้สรุปในท้ายของรายงานว่า จิตวิญญาณในส่วนของความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์อย่างมากทั้งต่อตนเอง และสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นแม่ม่าย

Highfield (1992) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเนื้องอก : ในมุมมองของผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อที่จะศึกษาดูว่า พยาบาลจะประเมินภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีความแตกต่างจากผู้ป่วยประเมินหรือไม่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมิน มีระดับการวัด 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

จำนวน 27 คน และผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 23 คน ได้วิเคราะห์แบบประเมินที่ถูกต้อง จำนวน 21 คู่ ผลปรากฏว่าพยาบาลและผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพจิตวิญญาณของคนอยู่ในเกณฑ์สูง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ และการมีสุขภาพดี ส่วนพยาบาลในกลุ่ม Afro-American และ Caucasian ประเมินภาวะสุขภาพจิตวิญญาณของผู้ป่วย สูงกว่าพยาบาลที่มาจากเอเชียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลไว้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษานี้มีการประเมินภาวะสุขภาพจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ซึ่งตรงข้ามกับรายงานการวิจัยของคนอื่น ๆ ที่รายงานไว้โดยอธิบายว่า ผู้ป่วยอาจเคยใช้แหล่งจิตวิญญาณในการเผชิญปัญหาอย่างได้ผลขณะมีภาวะวิกฤตและได้รับการคุกคามด้านร่างกายในระดับค่อนข้างต่ำ ทำให้มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณดี หรืออาจไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงประเมินภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าความจริง สำหรับกลุ่มพยาบาลที่ให้คะแนนค่อนข้างต่ำ และมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด อาจมาจากพยาบาลมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะจิตวิญญาณไม่ดีพอ โดยมีสาเหตุมาจากได้รับการเน้นที่ปัญหาการเจ็บป่วยของร่างกาย และจิตสังขมมากกว่าจะให้ความสำคัญของภาวะจิตวิญญาณ จึงไม่มีการอภิปรายเรื่องนี้กับผู้ป่วยหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลา เป็นต้น ผู้วิจัยได้สรุปแสดงความคิดเห็นไว้ว่า พยาบาลควรรู้ภาวะที่บ่งบอกว่า ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติทางจิตวิญญาณ เพื่อที่จะได้ให้การดูแลอย่างเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

