



บทที่ 2

วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอเสนอเป็นลำดับคือ

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ด้านจิตสังคม
2. ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม พยาบาลวิชาชีพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

พยาบาลทุกคนมีบทบาทเป็นผู้นำทางของวิชาชีพ ให้นำไปสู่เป้าหมาย วิชาชีพพยาบาลจะได้รับการยกย่องและยอมรับของสังคมหรือที่มรสุมภาพมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความประพฤติและความสามารถของพยาบาลเป็นสำคัญ การพยาบาลเป็นศาสตร์สาขาหนึ่ง มีสาระความรู้ในวิชาชีพของตนเอง ประเด็นสำคัญที่พยาบาลแสดงให้เห็นคือ การมีความรู้และทักษะ มีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน อันจะนำไปสู่การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพได้ ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ในขอบเขตแห่งวิชาชีพพยาบาลคือ เอกสิทธิ์ของการพยาบาล หมายความว่าถึงสิทธิอันเฉพาะของพยาบาลที่จะกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในอันที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ ภายใต้ข้อกำหนดหรือกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาล ที่ได้สร้างขึ้นโดยพยาบาลเพื่อพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2523) อันเป็นลักษณะที่แสดงถึงความ เป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Professional Autonomy) และเอกสิทธิ์ของการพยาบาล (Nursing Autonomy) มีดังนี้คือ (Kelly, 1985)

1. ต้องรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัว
2. ต้องสามารถตัดสินใจได้เอง โดยไม่ต้องขอความเห็นชอบจากแพทย์
3. ให้คำสั่งการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing order) แก่บุคลากรภายใต้ความรับผิดชอบได้

4. ให้ออกสแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย และให้การดูแลโดยตรงต่อเขาเหล่านั้น
5. เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจ
6. ร่วมมือกับแพทย์ในงานของทีมสุขภาพ และรับผิดชอบในหน้าที่ของตน
7. เป็นตัวอย่างในวิชาชีพทางด้านบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การให้คำปรึกษาและการทาวิจัย

เป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาล มุ่งที่การให้การพยาบาล "บุคคลทั้งคน" โดยจะต้องพิจารณาปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียว (The Holistic Nursing Model) 3 ลักษณะ คือ (Blattner, 1981)

1. การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องครอบคลุม 3 ระบบ คือ ระบบตน (intrapersonal) ระบบระหว่างตน (Interpersonal) และระบบชุมชน (Community Lifespaces) ในกระบวนการดำรงชีวิต ระบบตนเองนั้นเป็นการพิจารณาความเป็นเอกลักษณ์ของคนที่มี ค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ ส่วนระบบระหว่างตนเป็นความสัมพันธ์ของคนหนึ่งกับอีกคนหนึ่งหรือกลุ่มคน สำหรับชุมชนคือ การอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยมีกิจกรรมร่วมกันเพื่อสนองความต้องการของกลุ่ม
2. กิจกรรมการพยาบาลรวมถึงกิจกรรมด้านป้องกัน (Preventive nursing activities) เพื่อมุ่งคงไว้และสนับสนุนสุขภาพอันดี รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความเปี่ยงเบนทางสุขภาพได้ กิจกรรมที่สนับสนุนการรักษา (Nurturative nursing activities) หมายถึงกิจกรรมด้านการให้การดูแล ให้ความสบาย และกิจกรรมด้านการส่งเสริมฟื้นฟู (Generative nursing activities) เป็นกิจกรรมในขอบเขตของการสนับสนุนให้มีสุขภาพดี ด้วยการช่วยเหลือตนเอง ทั้งในระดับตน ครอบครัวและชุมชน
3. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อตนเอง (The Self-Responsibility Life Process) หมายถึง การตระหนักในตนเอง (Self-awareness) ซึ่งจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ เป็นส่วนสนับสนุนสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

การพยาบาลทั้งในแง่ของความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ และเป้าหมายการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียว อันแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพนั้น เน้นการพยาบาลผู้ป่วยทั้งกาย จิต สังคม เป็นการช่วยเหลือดูแลทุกคน ซึ่งวิชาชีพอื่นไม่มี การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นจิตและสังคมนั้น เนื่องมาจาก (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2529)

1. การปฏิบัติพยาบาลต้องเกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Human Science) ซึ่งมีจิตและสังคมนวมอยู่ด้วย

2. การหายของโรค (Healing) เนื่องจากจิตใจมีส่วนมากต่อการหายของโรค เพราะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดแรงกระทบระหว่างกาย-จิต-สังคม โดยอาศัยการประสานงานของสมองเป็นแกน

3. บทบาทอิสระของพยาบาล (Independent Roles) การพยาบาลทางจิตสังคมจะแสดงให้เห็นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างชัดเจน เพราะแยกจากความเกี่ยวข้องจากวิชาชีพอื่นอย่างเด็ดขาด

4. ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ทำให้พยาบาลต้องห่างจากผู้ป่วยและบทบาทอิสระมากขึ้น ผู้ป่วยจะขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาภาวะจิตใจได้

5. ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่แสดงออก ดังที่ประคอง อินทรสมบัติ (2520) ได้รายงานว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม มีความเครียดสูง

เมื่อพิจารณาความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ และเอกลักษณ์ของการพยาบาล รวมทั้งเป้าหมายการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียวแล้ว พอสรุปได้ว่าในเอกลักษณ์ทางการพยาบาลบ่งชี้ถึงการปฏิบัติที่มุ่งการดูแลทั้งกาย จิต สังคม สอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวมที่พิจารณาปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม โดยยึดหลักการของการพยาบาลองค์รวมที่ถือว่ามนุษย์เป็นหน่วยเดียว อย่างผสมผสานของกาย จิต วิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่ประสบอยู่ ความจำเป็นที่มุ่งเน้นการพยาบาลด้านจิต สังคม นั้นเนื่องจากในสภาพปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสูงขึ้น ทำให้พยาบาลต้องห่างจากผู้ป่วย การแสดงบทบาทอิสระแห่งวิชาชีพพลดลง ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบองค์รวม มีผลต่อคุณภาพการพยาบาลโดยรวม

ความหมายของการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคม

ภาวะทางด้านจิตใจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และเป็นแกนกลางที่แยกจากกันไม่ค่อยได้ Longo และ Williams (1986) กล่าวว่า เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างซับซ้อน และมีความหมายกว้างขวางลึกซึ้ง ยากแก่การประเมินสภาพ แต่อาจจำแนกความหมายได้ดังนี้ คือ

1. ภาวะทางจิต หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมการตอบสนองทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคล (Psychological integrity) ลักษณะและพฤติกรรมดังกล่าวนี้อาจแสดงออกในรูปของความรู้สึกนึกคิด และสภาวะทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ กัน เช่น ความเครียด ความกลัว ความโกรธ ความท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น (พรจันทร์ สุวรรณชาติ และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2530) โดยปกติการทำงานของกายและจิตมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการแสดงออกทั้งกาย จิต และสังคม บางส่วนสามารถควบคุมได้ แต่บางส่วนไม่สามารถควบคุมได้ ในส่วนที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้น เป็นส่วนที่มีอิทธิพลมาก สมองของมนุษย์มีคุณลักษณะและคุณภาพ สมองส่วนนอก (Cerebral Cortex) มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ ความรู้สึกนึกคิดเกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทประกอบไปด้วยเซลล์ประสาท โดยส่งกระแสประสาท (Nerve Impulse) เข้าไปในระหว่างส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ประสาทที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ มีอยู่ 2 ระบบ ระบบหนึ่งอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ สามารถสั่งได้ เช่น ยกขา ยกมือ อีกระบบหนึ่งอยู่เหนืออำนาจจิตใจเรียกว่า ระบบประสาทอัตโนมัติ ทุกสิ่งจะอยู่ในสภาวะปกติได้ ถ้าเซลล์อยู่ในภาวะปกติ นั่นคือ ร่างกายอยู่ในสภาวะที่ดี หมายถึงทำให้เกิดความปกติของภาวะทางจิต ปฏิกริยาทางเคมีในระบบประสาท ส่งออกมาทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ ส่วนของสมองที่เรียกว่า ไฮโปทาลามัส (Hypothalamas) เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ทางร่างกาย (พาริคา อิบราฮิม, 2525) ส่วนลิมบิก ซีสเต็ม (Limbic System) เป็นทางติดต่อกับ ไฮโปทาลามัส และสมองส่วนนอกมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะในด้านความจำ ความกังวล ความโกรธ ระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นระบบอยู่เหนือจิตใจ ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้นั้น หากมีปฏิกริยาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง โดยมีความรู้สึกออกมา เช่น กาลังโกรธหรือตื่นเต้นระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานทันที โดยหัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง บางรายมีปัญหา

ทางอารมณ์ ทำให้เกิดโรคทางกายได้ เช่น โรคทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายเสีย ส่วนอวัยวะที่อยู่ภายใต้ระบบประสาทที่ควบคุมได้นั้นก็เกิดอาการผิดปกติได้ เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ เช่น อาการชักกระตุก หรือเป็นอัมพาต โดยอวัยวะต่าง ๆ นั้นไม่มีพยาธิสภาพเลย (สมศรี เชื้อศิริ, 2528)

2. ภาวะทางสังคม หมายถึง ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่นับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พื้นฐานและภูมิหลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เพื่อน สังคม และชุมชน ตลอดจนอาชีพ การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และพรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2528) ในทางสังคมวิทยาเชื่อว่าปัจเจกชน (Individual) กับสังคมเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ออก มนุษย์จำเป็นต้องมีการติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นโครงสร้างทางสังคมที่มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อพฤติกรรม สังคมและวัฒนธรรมเป็นสิ่งแวดล้อมทางนามธรรม ส่วนคนแสดงออกได้ทั้งรูปธรรมและนามธรรม การแสดงในรูปของนามธรรมนั้น คือ ความเป็น "คน" การอยู่ร่วมกันของคน มีความสัมพันธ์กัน มีความคิด ความรู้สึก เกิดระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างขึ้น ได้แก่ ความเสมอภาค เสรีภาพ ความยุติธรรม สังคมนี้จะต้องเกี่ยวข้องกับระบบสังคม วัฒนธรรม วัฒนธรรมหมายถึง สิ่งที่เป็นผลผลิตส่วนรวมที่มนุษย์เรียนรู้จากคน แต่ก่อนสืบต่อเป็นประเพณี Leininger (1981) กล่าวว่าไว้ว่า ทุก ๆ วัฒนธรรมมีแบบจำลองของการดูแล (Caring modalities) แสดงออกโดยผ่านสถาบันเพื่อที่จะคงไว้และค้ำจุนความเป็นมนุษย์ ป้องกันการแบ่งแยกทางสังคม รวมทั้งสภาวะการที่ไม่พึงพอใจต่าง ๆ ของมนุษย์

การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแล การให้คำแนะนำปรึกษา การสอน และการนิเทศแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการหรือบุคคลปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวต้องการการตัดสินใจ (judgement) และทักษะ (skill) เป็นพิเศษ โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้และหลักการในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เป็นต้นว่า วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชีววิทยา วิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์ทั่วไป สังคมศาสตร์ จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และอื่น ๆ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) และการพยาบาลเป็นบริการช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย บุคคลเป็นสมาชิกของครอบครัว และสังคม การปฏิบัติการใด ๆ กับบุคคลจึงต้องเกี่ยวโยง

ถึงครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลด้วย นอกจากนี้การพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการพยาบาล จึงต้องมีการติดต่อสื่อสารทางบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้จักคุ้นเคย อันนำไปสู่ความเข้าใจและไว้วางใจต่อกัน ตลอดจนความร่วมมือของผู้รับบริการในที่สุด (พาริตา อิบบราฮิม, 2525) จะเห็นว่า ความหมายของการพยาบาลค่อนข้างกว้าง และอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ตามความเชื่อของพยาบาล และความคาดหวังของสังคม กล่าวโดยสรุปได้ว่าการพยาบาลคือ การปฏิบัติกรช่วยเหลือหรือกิจกรรมที่มีผู้ให้และผู้รับกรช่วยเหลือทั้งในภาวะสุขภาพอนามัยปกติ และผิดปกติ ในการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือช่วยเหลือให้เผชิญภาวะสุดท้ายอย่างสงบ เป็นการช่วยเหลือคนทั้งคน ซึ่งมีทั้งกาย จิต สังคม

สรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม หมายถึง การปฏิบัติการช่วยเหลือหรือกิจกรรมใด ๆ จากผู้ให้การช่วยเหลือ (พยาบาล) กับผู้รับกรช่วยเหลือ (ผู้ป่วย บุคคล หรือกลุ่มคน) ทั้งในภาวะสุขภาพอนามัยปกติ และผิดปกติ ในการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ และสังคม หรือช่วยเหลือให้เผชิญภาวะสุดท้ายอย่างสงบ สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติการใด ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย ให้สามารถเผชิญภาวะคุกคามทางจิตใจที่เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียความสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้สามารถปรับตัวสนองตอบต่อสภาวะเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมใหม่ มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ สามารถดำรงตนในสังคมได้ หรือให้คืนสู่สภาวะคุณภาพของชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ หรือเป็นการช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้เจ็บป่วย

แนวคิดพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

การเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวความคิด มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของพยาบาล ตลอดจนการผสมผสานกับหน้าที่ต่าง ๆ ในบทบาทของพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงนั้น (ปาหนัน บุญ-หลง, 2529) ในการปฏิบัติการพยาบาลด้าน จิตสังคม ควรตระหนักถึงแนวคิดพื้นฐานเป็นหลักในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ได้จากการผสมผสาน แนวคิด ทฤษฎี จากหลายวิชาชีพ โดยถือหลักการให้การพยาบาลแบบยึดผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง คือ การทำให้การพยาบาลโดยมุ่งที่ตัวบุคคลเป็นสำคัญ ให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม แนวคิดเหล่านี้ประกอบด้วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528; ปาหนัน บุญ-หลง, 2529)

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง สมควรได้รับการยอมรับ
2. บุคคลมีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายและจิตใจ ชีวิตมนุษย์มีโครงสร้างและหน้าที่ของตนเอง ภาวะสุขภาพและจิตใจมีอิทธิพล ในการรักษาความสมดุลให้ทั้งสองฝ่าย
3. ทุกชีวิตจะต้องมีแรงกระตุ้นเพื่อการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องการความรู้สึกว่าตนได้รับการประคับประคองให้กำลังใจ ซึ่งนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่มีความสำคัญในชีวิตของตนต่อไป
4. มนุษย์มีความต้องการเหมือนกันทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์ ที่อยู่อาศัย อาหาร สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมอื่น ต่างมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับการขาดความพึงพอใจในด้านสังคม ความเชื่อถือศรัทธา และความต้องการทางด้านอารมณ์ก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้
5. การสื่อข้อความเป็นพื้นฐานการแลกเปลี่ยนในสังคม การพูด การกระทำ น่าเสียสละ เสียสละ ท้าทาย ที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้พูดและผู้ตอบ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของกลุ่มชน
6. ยอมรับถึงความสำคัญของมนุษย์สัมพันธ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลขนาดที่จะระบายความทุกข์ร้อนใจได้นั้นจะต้องตั้งอยู่บนสัมพันธภาพที่ศรัทธาพยาบาลกับผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลสนใจเข้าใจ ปัญหาพร้อมที่จะรับฟัง และพร้อมที่จะช่วยเหลือ ซึ่งการพยาบาลด้านจิต สังคม จะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล
7. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น และสามารถเข้าใจได้โดยบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมนั้น หรือผู้เกี่ยวข้องที่ทำการศึกษามาจากความต้องการ และจุดมุ่งหมายของบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ที่มีพฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏ
8. พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ จากการรับรู้ ทำให้บุคคลเกิดความคิด จากนั้นความรู้สึกจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ

9. พฤติกรรมไม่เคยคงที่ มนุษย์จะมีพฤติกรรมแปรเปลี่ยนไป เพราะสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

10. บุคคลมีความแตกต่างกันที่ความสามารถในการปรับตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ หรือความรุนแรง ความเครียด และทรัพยากรที่มีอยู่

11. บุคคลมีความสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะมนุษย์แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะเผชิญความเครียด หรือการบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่เหมือนกัน ความเหมาะสมและความแข็งแกร่งของคน การรู้จักใช้กลไกป้องกันตนเอง จะสามารถชนะต่อสิ่งที่คุกคามหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของร่างกายและบุคลิกภาพของผู้นั้น

12. ความเจ็บป่วยสามารถเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการในทางที่ดีได้ จุดประสงค์ของการพยาบาลคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิริยาสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น และส่งเสริมระดับความรู้ในคุณค่าของตนเอง

13. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนควรจะได้รับ ไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และขึ้นอยู่กับความคาดหวัง และจุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน

14. บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง

15. แนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วย อาจมาจากวัฒนธรรม สังคม และครอบครัว ความคิด ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั่วไป หรือความเจ็บป่วยบางอย่าง สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมของผู้ป่วย ชุมชน สังคมหรือครอบครัว แนวความคิดของการเจ็บป่วยจะมีอิทธิพลต่อปฏิริยาของผู้ป่วยนั้นต่อการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาและการหาย

16. การเปลี่ยนแปลงที่เปลี่ยนหรือคุกคามหน้าที่ของร่างกาย เราให้เกิดการแสดงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ความเจ็บป่วยเปลี่ยนความสามารถของบุคคลที่จะกระทำหน้าที่หรือทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องไปอาศัยเครื่องช่วยพยุงเพื่อจะทำงานหน้าที่ให้ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้คุกคามความเป็นตัวของตัวเอง เราให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ

17. ทักษะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงได้ ทักษะดีเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อบุคคลอื่น เหตุการณ์ สถานที่ และความคิดที่เป็นนามธรรม เป็นตัวนำหรือส่งเสริมให้แต่ละบุคคลแสดงพฤติกรรมเฉพาะออกไป

องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถปรับตัวสนองตอบต่อภาวะเจ็บป่วยให้มีความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ สามารถดำรงตนในสังคมได้นั้น มีหลักการในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึง คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ การทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายและปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทของตน โดยมีสัมพันธภาพในลักษณะที่สร้างสรรค์ (Newbeck, 1986) และ Nichols (1984) ได้จำแนกองค์ประกอบในการพยาบาลด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยฝ่ายกายไว้ 4 อย่างคือ การดูแลด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การเป็นที่ปรึกษา และการควบคุมสภาวะจิตใจ รวมทั้งการส่งตัวผู้ป่วย Leininger (1981) ได้เพิ่มเติมด้านการสนับสนุนส่งเสริมการเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ การสัมผัสและการแนะนำเรื่องสุขภาพ นอกจากนี้ Mayeroff (quoted in Blattners, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบในการดูแลด้านจิตสังคมไว้ 8 ประการ คือ การรู้จักผู้ป่วย ความสามารถในการมองปัญหาหลาย ๆ จุด ความอดทนอดกลั้น ความจริงใจ ความร่วมรู้สึก ความไว้วางใจ ความหวัง และความกล้า ซึ่ง Brown (1986) ได้ศึกษาและอธิบายเพิ่มเติมพฤติกรรมสำคัญของ การดูแล 8 ประการดังนี้ การรับรู้คุณภาพ ศักยภาพส่วนบุคคล การทำให้อบอุ่นใจ การให้ข้อมูล การใช้เวลากับผู้ป่วย การสังเกตอย่างระมัดระวัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระ การแสดงออกของการมีความรู้ และทักษะเชิงวิชาชีพ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นพบว่า องค์ประกอบเหล่านี้แบ่งได้ 2 ประเภทคือ องค์ประกอบที่แสดงออกโดยคำพูด และแสดงออกทางท่าทาง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่แสดงออกโดยทางวาจา

1. การให้ข้อมูลและการให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ เป็นการบอกเล่าสิ่งต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ มีทั้งสิ่งทำเป็นทางการคือ การสอน และที่ไม่เป็นทางการ คือ การให้ข้อมูลในเรื่องทั่ว ๆ ไป ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันจะแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการจะพึงมีต่อตนเอง และต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง ในการให้ข้อมูลที่จำเป็น

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีรายงานว่า การที่ผู้ป่วยไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของตน ก่อให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ พบว่ามีความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นได้ รวมทั้งเกิดความไม่พอใจ (Barnett, 1987) ทั้ง ๆ ที่การได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับตามหลักสิทธิมนุษยชน (Quinss and Somers, 1974) จากการศึกษาถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ คือ วิธีการรักษาพยาบาลและผลของการดูแลรักษา (สมศิริ ทับแสง, 2512) แต่ข้อมูลที่พยาบาลเห็นว่าสำคัญสำหรับผู้ป่วยได้แก่ การปฏิบัติตนตามการรักษาพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องกระทำ (Dodge, 1972)

2. การให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย และการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน เพื่อเป็นการสร้างเสริมเอกลักษณ์แห่งตน และความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ (Brown, 1986)

3. การตระหนักถึงคุณค่า และความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งทางวาจา และท่าทาง เช่น สถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้นมาตอนเช้าหลังผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น พยาบาลเข้าไปหาแล้วถามว่า "อยากดื่มกาแฟไหมคะ" การปฏิบัติพยาบาลในลักษณะนี้ เป็นการตอบสนองความต้องการเฉพาะของบุคคล

4. การเป็นที่ปรึกษา เป็นวิธีการในการช่วยผู้ป่วยให้ช่วยตนเองได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพ โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้รับบริการ เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา ข้อขัดแย้งในตนเอง และนำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาได้โดยตนเอง (Nichols, 1984)

5. การพูดเพื่อให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ หรือสิ้นหวังได้ การให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยทั้งกายและใจได้ การพูดเพื่อให้กำลังใจได้แก่ การพูดปลอบโยนผู้ป่วย การพูดชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และพูดสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องต่อไป และไม่ควรถกสาวโทษผู้ป่วยหรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องการกำลังใจและคำปลอบโยนมากเท่า ๆ กับ ต้องการยาและวิธีการรักษาพยาบาล (ทัศนาศ นฤทอง, 2528)

องค์ประกอบที่แสดงออกโดยทางท่าทาง

1. การสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นการแสดงออกในลักษณะของการสนับสนุนให้กำลังใจและสร้างความรู้สึกสบายแก่ผู้รับบริการ เช่น การที่พยาบาลเข้าไปดูหน้าเกลียว และดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ

2. การใช้เวลาแก่ผู้รับบริการตามความต้องการนั้น เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญแก่บุคคล

3. การใช้การสัมผัสเพื่อการรักษาที่สื่อสารถึงความรู้สึกสบายและความมั่นคง ซึ่ง Montagu (1978) อธิบายว่า เป็นการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (tactile stimulation) ร่วมกับท่าทางทางด้านร่างกาย อันเป็นพฤติกรรมสำคัญของการดูแล Barnett (1972) ได้ให้ มโนทัศน์ของการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลไว้ดังนี้คือ

3.1 การสัมผัสเป็นกลไกของการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การได้ติดต่อสื่อสารอย่างกว้างขวางจะเป็นความสามารถของบุคคลที่มีศักยภาพสูง และถ้ามีความเข้าใจในข่าวสารนั้น การติดต่อสื่อสารก็จะมีผลเป็นนัยยะอย่างมาก

3.2 การสัมผัสเป็นวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้ทางคำพูด และไม่ใช้คำพูด เป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเยียวยา (Healing process) เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลต่อจิตใจ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจะกีดกันความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับและเข้าใจในความมุ่งหมายของการติดต่อสื่อสารนั้น ๆ ได้ดี การสัมผัสจึงมีบทบาทสำคัญ

3.3 การสัมผัสเป็นพื้นฐานในการก่อให้เกิดการติดต่อสื่อสาร เด็กแรกเกิดจะมีการติดต่อสื่อสารครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อมโดยการสัมผัสกับร่างกายของมารดา และสัมผัสกับมือของแพทย์ พยาบาล การรับรู้ของเด็กต่อโลก และการพัฒนาความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการสัมผัสในตอนต้น

3.4 การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางอารมณ์ การสัมผัสสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกภายใน อารมณ์ และปฏิกิริยาของบุคคลได้มาก อีกทั้งสามารถส่งต่อความรู้สึกเหล่านี้ไปยังบุคคลอื่นได้ ทำให้มนุษย์ได้บรรลุถึงความต้องการในความเป็นมนุษย์คือ ได้รับความรัก และถูกรัก เพราะความรักจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในมนุษย์ ถ้าปราศจากการสัมผัสและการเร้าความรู้สึก

3.5 การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางความคิด ประสบการณ์การสัมผัสตั้งแต่เริ่มแรกของทารก จะช่วยพัฒนาร่างกายและสติปัญญา ทำให้เด็กมีความสามารถที่จะเรียนรู้ในด้านการพูด และความรู้ความเข้าใจ ดังนั้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารที่กว้างออกไปเท่าไรก็จะยิ่งมีความสำคัญมากต่อความเป็นอิสระของความคิด

จากมโนทัศน์ของการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่กล่าวมานี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการทำให้การพยาบาลโดยใช้การสัมผัสร่วมไปด้วย ในการทำให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะให้การสัมผัสผู้ป่วยใน 2 ลักษณะ คือ (Goodykoontz, 1979)

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยเมื่อมีการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การเช็ดตัว การทำแผล จับชีพจร ฉีดยา สิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นต้องมีการสัมผัสร่วมอยู่ด้วยจึงจะสามารถปฏิบัติได้

2. การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนคำจูน (support) จิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสในขณะที่พูดคุยไต่ถามทุกข์สุข เช่น การโอบไหล่ หรือจับมือ ซึ่งจะช่วยด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะการสัมผัสของพยาบาลนั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว ยังมีพยาบาลเป็นเพื่อนอยู่พร้อมที่จะรับฟังและพยายามทุกวิถีทางเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

4. การฟังอย่างตั้งใจ โดยการแสดงสีหน้าและท่าทีสนใจ และติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าด้วยการใช้การพยักหน้า หรือรับคำที่ผู้ป่วยพูด

ในการปฏิบัติตามลักษณะองค์ประกอบที่กล่าวมา ปฏิบัติได้โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ความรู้ด้านจิตสังคม และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นหลัก (Gorman, Sultan and Raines, 1969) การที่จะปฏิบัติได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นกับคุณสมบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการเป็นผู้ที่มีความตระหนักในตนเอง การรู้จักใช้เวลา และการมีทักษะในการฟัง (Newbe k, 1986) สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ขึ้นกับคุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาล ซึ่งหมายรวมถึง การรู้จักตนเอง ความร่วมรู้สึก การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด และทักษะการสื่อสาร (จินตนา ยูนินพันธุ์, 2527) นอกจากนี้ความสามารถในการพยาบาลด้านจิตสังคม ยังขึ้นอยู่กับค่านิยมในตัวเอง (Blattners, 1981) เพราะค่านิยมเป็นตัวบ่งชี้หรือกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

(เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ, 2529) และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดความวิตกกังวลของพยาบาล อันได้แก่ แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ (Cobb, 1976 quoted in Mitchell and Larson, 1988) ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ได้แก่ คุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาล ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง ความร่วมรู้สึก การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทักษะการสื่อสาร ค่านิยม และแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ

ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม เป็นการพยาบาลที่เหมือนกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่น ๆ กล่าวคือ ปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการที่เรียกว่า กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นวิธีการที่รับมาจากกระบวนการแก้ปัญหา การตัดสินใจและการคิดอย่างมีเหตุผล โดยใช้ความรู้ แนวคิดทางด้าน จิต สังคมที่ประยุกต์แล้วนำมาประกอบกัน การพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องกระทำเป็นขั้นตอน เพราะการพยาบาลเป็นกระบวนการโดยมีผู้ป่วยเป็นแกน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องเป็นการปฏิบัติที่ผู้ป่วยโดยตรงสำหรับผู้ป่วย และต้องกระทำร่วมกับผู้ป่วย (พาริตา อิบราฮิม, 2522) ดังนั้น การพยาบาลด้านจิตสังคม จึงเป็นการปฏิบัติอย่างมีขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ซึ่ง Barry (1989) ำให้แนวคิดไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยการพยาบาล การประเมินนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะจิตใจ สังคมของผู้ป่วย แล้วผสมผสานกับความรู้ทางด้านจิต สังคม เพื่อตั้งเป็นปัญหาของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล
2. การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายทางการพยาบาลที่กำหนด โดยเริ่มจากการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นพื้นฐาน
3. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นไปปฏิบัติ
4. การประเมินผลการพยาบาล เป็นการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาล กระทำได้โดยเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาลกับพฤติกรรมที่คาดหวัง ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล

ความสามารถ (Ability) คือ สิ่ง que แสดงว่าบุคคลแต่ละคนทำอะไรได้บ้าง ถ้าบุคคลนั้นพยายาม การที่บุคคลได้พยายามทำงานใดได้สำเร็จจะทำให้เกิดผลการปฏิบัติงาน (Performance) (Lachman, 1984) และความสามารถ หมายถึง สภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะแก่การจัดทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530) ดังนั้นสรุปได้ว่าความสามารถหมายถึง ผลจากการทำงานของบุคคลในสภาพหรือสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงซึ่งความสามารถของบุคคลนั้น ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความถนัด ประสบการณ์ และการฝึกหัด (Organ and Bateman, 1986) ความสามารถในการปฏิบัติงาน สามารถจะประเมินได้โดยจากผู้ปฏิบัติงานเอง ผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการ วิธีการมักจะกระทำในรูปของความคิดเห็น นอกจากนี้สามารถประเมินได้จากผลการทำงานของบุคคลในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่กำหนดได้จากการกระทำของบุคคล (Ferguson, 1954) ความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลด้านจิตสังคม หมายถึง ผลของการปฏิบัติการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม แก่ผู้ป่วยในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ

1. ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย
2. ความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม
3. ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล
4. ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล และ
5. ความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

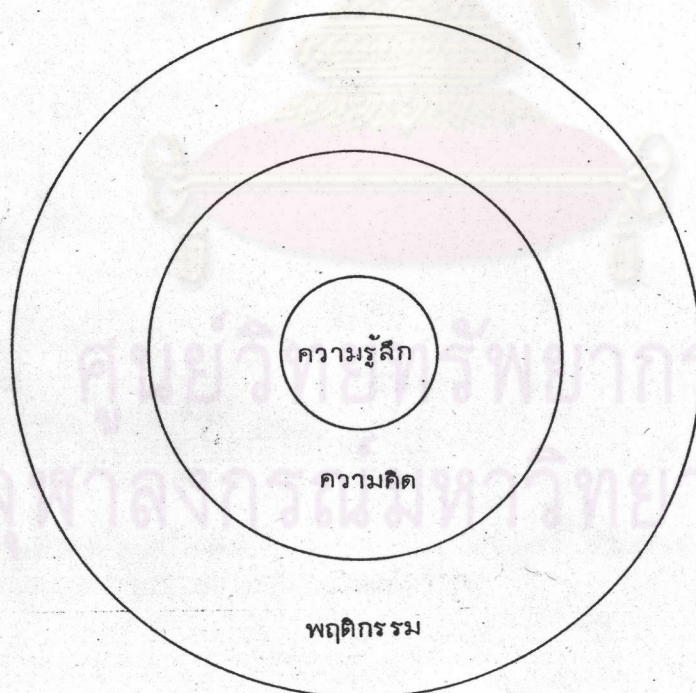
การวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม วัดได้จากความสามารถในการตอบคำถามเกี่ยวกับการทำให้การพยาบาลด้านจิตสังคม ในสถานการณ์ที่กำหนดให้แล้ว นำผลที่ได้เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งสถานการณ์ที่กำหนดนี้ได้มาจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยทางอายุกรรม ศัลยกรรม โดยคัดเลือกเฉพาะสถานการณ์ในขอบเขต เนื้อหาที่กล่าวไว้ในกรวิจัยครั้งนี้

ความสามารถในการประเมินสภาพด้านจิตสังคม

การประเมินสภาพผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล คือ เป็นขั้นพื้นฐานของขั้นอื่น ๆ เพราะได้ข้อมูลไม่แม่นยำตรงหรือน้อยไป แล้วการปฏิบัติขั้นอื่น ๆ ก็จะไม่มีความไม่เที่ยงตรงไปด้วย ซึ่งเน้นที่การรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานที่จะเข้าใจแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วย หรือผู้รับบริการสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยได้ การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งที่ตัวผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อมทางสังคม ที่สนับสนุนภาวะสุขภาพ การเรียนรู้ การเจริญเติบโตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนบำบัดรักษา และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยสำรวจถึงความต้องการ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายของผู้ป่วย (Sundeen et al., 1985) ดังนั้นการให้การพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และตระหนักว่าผู้ป่วยมีตัวตน เป็นมนุษย์มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การพยาบาลจึงให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2531; สุปราณี พันธุ์น้อย, 2528) ซึ่งความต้องการจะแสดงให้เห็นได้จาก พฤติกรรมที่แสดงออก (สุชา จันทร์เอม, 2524) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องรู้เข้าใจความหมายของ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้อย่างครอบคลุม และแม่นยำ ซึ่งต้องอาศัยการเข้าถึงการติดต่อกับผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต (พาริตา อิบราฮิม, 2524) ในการที่จะเข้าใจพฤติกรรมต้องอาศัยข้อมูลหลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่จะนำมาประยุกต์ใช้ การหาข้อมูลเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรม คือ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีการจัดระบบข้อมูล และวิธีการจัดเก็บข้อมูล ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลต้องอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ รวมทั้งกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ และการพยาบาลที่ชัดเจน ต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล (Assessment tool) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533)

ความสามารถในการประเมินสภาพด้านจิตสังคม เป็นความสามารถในการรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางจิตใจ และประสบการณ์ทางสังคมของผู้ป่วย ลักษณะทางจิตใจของแต่ละคน ได้แก่ความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ ภาวะทางอารมณ์ และความเข้มแข็งความอ่อนแอของแต่ละคน

ประสบการณ์ทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของแต่ละคนที่ได้มาจากความรักและการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ (2529) กล่าวไว้ว่า สิ่งสำคัญในการรวบรวมข้อมูลด้านจิตสังคม คือ พยาบาลจะต้องมีความรู้ว่ามีข้อมูลใดเป็นข้อมูลสำคัญ (Cues) ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสำคัญมีทั้งข้อมูลประเภทคำพูด (Verbal) และมิใช่คำพูด (nonverbal) ซึ่งได้แก่สีหน้า ท่าทาง การแต่งกาย เป็นต้น ข้อมูลนี้จะมาจากแหล่งสำคัญคือ ตัวผู้รับบริการ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็น พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันโดยที่พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของผู้รับบริการจะอยู่นอกสุด และเป็นสิ่งที่สังเกตได้ด้วยประสาททั้งห้า เช่น ท่าทาง คำพูด กลิ่นตัว เป็นต้น สำหรับความคิดเป็นสิ่งที่อยู่ชั้นในเข้าไป บุคคลภายนอกจะไม่ทราบหากไม่เปิดเผยออกมา การเปิดเผยจะออกมาในลักษณะคำพูด แสดงว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรส่วนความรู้สึกเป็นส่วนในสุด ยากที่ บุคคลภายนอกจะรู้ได้ ดังแผนภาพที่ 1 หากบุคคลนั้นไม่ต้องการเปิดเผย ความคิดและความรู้สึกนี้ บุคคลจะไม่เปิดเผยกับบุคคลทั่วไป จะเปิดเผยเฉพาะต่อบุคคลที่ไว้วางใจเท่านั้น ดังนั้น การรวบรวม ข้อมูลเหล่านี้จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยไว้วางใจเสียก่อน



แผนภาพที่ 1 ระดับของความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

องค์ประกอบในการประเมินสภาพด้านจิตสังคม

การประเมินด้านจิตสังคม เป็นขั้นตอนที่ยากและสำคัญ เพราะมีองค์ประกอบมากมาย ที่มีผลต่อการรับรู้ สติปัญญา อารมณ์และสังคม นอกจากนี้ภาวะทางจิต สังคมของผู้ป่วย ยังได้รับผลกระทบจากภาวะจิตสังคม ของบุคคลรอบข้างในขณะเจ็บป่วยด้วย โดยเฉพาะสมาชิกของ ครอบครัว และผู้ให้การดูแล (Caregivers) Barry (1989) กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการตอบสนองภาวะเจ็บป่วย ดังนี้

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัวต่อปัญหาหรือภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อันได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ทักษะคิดเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถของตนเอง (สติปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) ภาวลักษณะ ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน เอกลักษณ์ของตนเองต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอย่างไร ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร มีอะไรเกิดขึ้นกับเขา ต่อไปจะเป็นอย่างไรต่อเขา การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยกับครอบครัวนั้น มีความสอดคล้องกับความ เป็นจริงมากเพียงใด การที่บุคคลสำคัญและครอบครัวรับรู้ความเป็นจริง จะมีปฏิกริยาทางบวก ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ยอมรับต่อสภาพความจริงและ ดำเนินชีวิตต่อไปได้ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับ การดูแลตนเอง การจัดการเกี่ยวกับบ้าน (home management) และความพร้อมในความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ
- การวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้จากข้อมูลในเรื่องนี้ คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะสิ้นหวัง ภาวะสูญเสียอำนาจ สูญเสียอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง เสี่ยงต่อภาวะตึงเครียด ภาวะเสี่ยงทางจิตสังคมขณะเจ็บป่วย (Psychosocial Risk of Illness) ข้อบ่งชี้ในการประเมินภาวะเสี่ยงนี้น่ามาผสมผสานกับภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วย แต่ละประเภท จะทำให้สามารถบ่งชี้สาเหตุของการเสี่ยงต่อการต่อสู้อุปสรรคที่ไม่เหมาะสมได้ (ineffective coping) ภาวะจิตสังคมที่จะกระทบเมื่อเจ็บป่วยมีดังนี้ คือ (Barry, 1989)

1.1 ความไว้วางใจ (Trust) บุคคลที่เสี่ยงต่อปัญหาเกี่ยวกับความไว้วางใจ มีลักษณะดังนี้ คือ

ผู้ป่วยที่ไม่ช่วยตนเอง (Dependent patients) เพราะไว้วางใจมากเกินไป และมีพฤติกรรมแบบพึ่งพา

ผู้ป่วยที่ขี้สงสัย (Suspicious patients) เพราะมีความไว้วางใจน้อย

ผู้ป่วยที่เข้าถึงยาก (Uninvolved patients) เพราะต้องการแยกตัว และมีอิสระจากบุคคลอื่น

1.2 ความสำนึกในคุณค่า (Self-esteem) ลักษณะผู้ป่วยที่มีปัญหา ความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำมีลักษณะดังนี้คือ

ผู้ป่วยที่ชอบจัดการ เพราะต้องการควบคุมอันเนื่องมาจากสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ

ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ (Type A personality) เพราะมีความต้องการ ประสบความสำเร็จ ถ้าภาวะเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำงานเปลี่ยนไป ยิ่งแสดงมากยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยที่ชอบความเป็นพิเศษ (superior patients) เพราะต้องการเพิ่มคุณค่าของตนเอง

1.3 การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Body image change)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จะสัมพันธ์กับความสำนึกในคุณค่า และขึ้นกับระดับการรับรู้ต่อภาวะคุกคามนั้น เช่น สตรีสาวที่ตัดมดลูกจะรับรู้ภาวะคุกคามมากกว่าสตรีสูงอายุที่ตัดมดลูก

1.4 การควบคุม (Control) บุคคลที่เสี่ยงต่อปัญหาการควบคุมมีลักษณะคือ

ชอบควบคุมชอบจัดการ เนื่องจากขาดการควบคุมตนเองเมื่ออยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ขี้สงสัยเพราะไม่สามารถที่จะมีความไว้วางใจต่อผู้ดูแลได้

ผู้ป่วยที่ชอบเสียสละตนเอง (Self-sacrificing) เพราะพฤติกรรมของตนต้องควบคุมจากบุคคลอื่น

1.5 ภาวะการสูญเสีย (Loss) บุคคลที่เสี่ยงต่อภาวะสูญเสียมักมีลักษณะคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

1.6 ความรู้สึกผิด (Guilt) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการรู้สึกผิดมีพฤติกรรมดังนี้ คือ ผู้ป่วยที่ชอบพึ่งพาไม่ยอมช่วยตนเอง เนื่องจากแรงผลักดันจากภาวะรู้สึกผิด ผู้ป่วยที่ชอบควบคุม เพราะระดับความรู้สึกสำนึก (Superegos) จะผลักดันทำให้เกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสียสละตนเอง เพราะถูกผลักดันจากการสำนึกผิดและไม่มีคุณค่า

1.7 ความคุ้นเคย (Intimacy) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อปัญหาเกี่ยวกับความคุ้นเคยมีลักษณะ ดังนี้

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขี้สงสัย เพราะถูกคุกคามจากความใกล้ชิด และเป็นคนที่เข้าหายาก เนื่องจากความกลัวและไม่คุ้นเคยกับสถานที่ระเบียบการต่าง ๆ

2. สภาวะจิตใจในปัจจุบัน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากจิตใจรับรู้ว่ามีสิ่งเร้า หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางจิตนั้น จะทราบได้โดยการศึกษาสิ่งที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติ พฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งศึกษาได้จากสภาวะทางอารมณ์ อัตตมโนทัศน์ (Self Concept) การตัดสินใจ ความจำ กระบวนการคิด เมื่อเกิดความผิดปกติทางกาย ก็มักปรากฏว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ภาวะเจ็บป่วย ไม่ว่าจะมากหรือน้อย มักจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ ทำให้มีผลกระทบต่อสภาวะทางด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมักแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรม เช่น วิดกกังวล กลัว โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว (ทัศนาศาสตร์ บุษทอง, 2530) เช่นเดียวกับ Lambert, A. และ Lambert, E. (1985) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ปฏิกริยาที่มีต่อความเจ็บป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) การปฏิเสธ (Denial) การถามคำถามซ้ำ ๆ (Questioning) ความสงสัยใคร่รู้ (Suspicious) พฤติกรรมถดถอย (Regression) ความร้าวเหวและการไม่ยอมรับ (Loneliness and Rejection) ภาวะซึมเศร้าและการแยกตัว (Depression and Withdrawal) ซึ่งสอดคล้องกับ ศรีไพบุลย์ สังข์บัวศรี (2519) ได้ศึกษา

เรื่อง "อาการทางจิตใจที่ผู้ป่วยโรคทางกายแสดงออกขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในแผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี "พบว่าผู้ป่วยโรคทางกายมีอาการทางจิตใจร่วมด้วย ซึ่งแสดง ออกในพฤติกรรมประเภทซึมเศร้า 10.93% ประเภทก้าวร้าว 3.22% และจากการศึกษาของวิภาวี เวชรังษี (2529) "เรื่องการสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านจิตสังคม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม" พบปัญหาด้านจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยกำลังประสบ อยู่ตามลำดับ ดังนี้ คือ ปัญหาเรื่องการสูญเสียและถูกคุกคามด้วยความรู้สึกลุกลาม ปัญหาความคับ ข้อนใจจากแรงขับเกี่ยวกับความต้องการด้านอาหาร และความต้องการทางเพศ ปัญหาการพึ่งพา ผู้อื่น ปัญหาภาวะซึมเศร้า การบาดเจ็บ การกลัวตาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และ สัมพันธภาพภายในครอบครัว นอกจากนี้ Nichols (1984) ศึกษาในผู้ป่วยไตวาย พบว่ามีภาวะซึม เศร้าหลังจากหนึ่งปีแรกร้อยละ 51 และร้อยละ 35 มีความวิตกกังวล

เนื่องจากการพยาบาลเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย พยาบาล ต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sylvic, 1987) จะเห็นว่าระหว่างที่เจ็บป่วยบุคคลจะแสดง พฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย พฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นเพื่อลดความเครียด ปกป้อง ความรู้สึกมีคุณค่า (Self esteem) และช่วยผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาจากความเครียดเมื่อเจ็บป่วย (Cohen & Lazarus, 1979) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล พอจะ สรุปถึงพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออกดังต่อไปนี้ คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกซึมเศร้า พฤติกรรมถดถอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

2.1 ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยและ มากที่สุดในผู้ป่วยโรคผ่ายกายเกือบทุกประเภท (ทัศนา บุญทอง, 2530; Lambert, A. and Lambert, E., 1985) และเป็นภาวะอารมณ์ที่ทำให้พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงไป จากปกติ สามารถสังเกตได้จากกริยาท่าทางหรือการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และหน้าที่ของร่างกาย เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยไม่เกี่ยวข้องกับความคิดทางจิตใจ ความวิตกกังวล คือ ภาวะวิตถวิต ความไม่สุขสบายส่วนบุคคล มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียด โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ซึ่งแตกต่างจากความกลัวที่สามารถหาที่มาของสิ่งคุกคามได้ (Freedman, Kaplan, and Sadock, 1980) Beck (1972) ให้ข้อสังเกตว่าตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดความวิตก กังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคล

รับรู้ความกดดันมากก็จะมีควมวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ ความกดดันน้อย Spielberg (1977) สรุปว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเครียด ทวาดหัวน ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ เป็นต้น เป็นผลมาจากการคิดประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการคิดประเมินขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิดประเมินของแต่ละบุคคล ถ้าประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองรุนแรง ก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงเท่า ๆ กัน หรือเกินกว่าความเป็นจริง จนรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางคนอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่รุนแรง ก็เนื่องจากเขาประเมินว่าเหตุการณ์ที่ได้มีความหมายเป็นอันตรายรุนแรงต่อเขามากนัก

2.2 ความกลัว (Fear) ความกลัวในผู้ป่วยสัมพันธ์กับความกลัวตาย กลัวความพิการ กลัวถูกแยกจากคนใกล้ชิด กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวว่าเหว่ กลัวไร้ความสามารถ กลัวช่วยตนเองไม่ได้ กลัวการพึ่งพาคนอื่น กลัวความเจ็บปวด กลัวทุกข์ทรมาน ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมัก กลัวการลดบทบาททางสังคม โดยเฉพาะถ้าผลของการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม เช่น เป็นอัมพาต เมื่อบุคคลมีความกลัวมักแสดงในรูปของความไม่มั่นใจในตนเอง อาทิ โกรธง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ใจน้อย ร้องไห้ง่าย ขาดเหตุผล ซึ่งลักษณะการแสดงออกคล้ายคลึงกับความวิตกกังวล คือ ทำให้มีหัวใจสั่น ตัวสั่น มือเกร็งแน่น กล้ามเนื้อเกร็ง พร้อมทั้งจะสู้อหรือหนีจากการทดลองพบว่าความกลัวทำให้การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารหยุดชะงักลง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาและจิตใจเป็นไปในรูปแบบของการหนี (สวานีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2527)

2.3 ความโกรธ (Anger) เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่ยังปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยไม่ได้ เกิดได้ ทุกขณะ ทุกวินาที ถ้ามีเหตุการณ์ที่ทำให้เราผิดหวัง คับแค้นใจ เจ็บปวดใจ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เรารู้สึกว่าไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่ได้รับการยอมรับ ความรู้สึกนี้จะรุนแรงหรือมากน้อยแล้วแต่เหตุการณ์ และความหมายของเหตุการณ์ที่มีต่อคุณคนั้น (สวานีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2527) ความโกรธแสดงออกได้หลายอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่อจะออกมาในรูปของความก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านคำพูดและการกระทำสามารถจำแนกการแสดงออกได้ 3 ทางคือ

2.3.1 การแสดงออกมาสู่ภายนอก (Outward Anger) คือการแสดงออกมาตรง ๆ ผู้ที่โกรธอาจจะโจมตีผู้อื่นด้วยคำพูด หรือกำลัง เช่น การตำหนิรุนแรง การพูดประชดประชัน พูดเหน็บแนมเย้ยหยัน พูดให้ผู้อื่นเสียหาย หยิบข้อบกพร่องของผู้อื่นมาประจาน พูดล้อเลียนให้ผู้อื่นเจ็บช้ำใจ หรือใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น ขว้างปาสิ่งของ ทำให้ได้ ระบายความโกรธออกมาแล้วเกิดความสบายใจขึ้น ถ้าเขาสามารถคิดว่าได้กระทำรุนแรงไป อาจจะกลับมาโกรธตนเองได้

2.3.2 การเก็บความโกรธไว้ภายในตัวเอง (Inward anger or suppressed anger) เป็นความโกรธที่ไม่ได้แสดงออก เพราะถ้าแสดงออกไปจะเป็นอันตรายต่อตนเอง ถูกสังคมประณาม กลัวผู้อื่นโกรธตอบ จึงต้องเก็บความโกรธไว้ ซึ่งมักจะแสดงออกในรูปแบบความเจ็บป่วยทางกาย ปวดท้อง ปวดศีรษะ

2.3.3 วิธีหนีหรือหลีกเลี่ยง (Escape or Avoidance) เป็นความโกรธที่ไม่สามารถแสดงออกมาได้ ถ้าแสดงออกโดยตรงจะเป็นอันตรายเกินไป หรือเก็บกดไว้จะเกิดความคับแค้นใจมากเกินไป จึงใช้วิธีเลี่ยงหรือหนีเสีย โดยวิธีการใช้ยาเสพติด เหล้า สิ่งเสพติด หรือใช้วิธีง่าย ๆ คือ เดินหนีจากเหตุการณ์นั้นเสีย หลีกเลี่ยงจากบุคคลที่ทำให้เราโกรธ

2.4 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่เกิดเสมอในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lambert, A., and Lambert, E., 1985) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เรื้อรังและผู้ป่วยหนัก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528) เป็นความรู้สึกเศร้าและไม่ขึ้นชอบนตนเอง เนื่องจากความยากลำบากในการคิด การดำเนินชีวิตและบทบาทต่าง ๆ ลดลงในขณะเจ็บป่วย ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่า การสูญเสีย (Loss) เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นการสูญเสียในจินตภาพก็ได้ มักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและที่พึ่ง การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียอวัยวะสำคัญ ของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (Self image) เช่น การเสียแขน ขา หรืออวัยวะที่แสดงความเป็นหญิงชาย เป็นต้น การผ่าตัดเต้านมในผู้หญิง การตัดอวัยวะของผู้ชาย Donnelly quoted in Barry, 1989) กล่าวว่า ผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการสูญเสีย เมื่อมีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมในลักษณะต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527)

2.4.1, บุคคลจะมีใบหน้าหม่นหมอง แห้งผากไม่สดชื่น ตาหมอง ท้อแท้ เปื่อ
หน้าย หมดหวัง

2.4.2 ทำทางเหนื่อยหน่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เดินเหินช้า ถ้าเศร้ามาก - จะ
ทำให้คิดช้า พุดช้า ทำงานช้า มักบ่นเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหลายระบบ

2.4.3 จะมีความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ตีค่าตนเองต่ำ (Low Self-esteem)
จึงมักจะไม่ค่อยสมาคมกับใคร แยกตนเอง เพราะคิดว่าคนอื่นจะไม่ชื่นชอบตนเอง

2.4.4 มีจิตใจหดหู่ เศร้าสร้อยจนไม่สามารถหาความสุขจากชีวิตประจำวัน
ได้ มองโลกในแง่ร้าย ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เกิดขึ้นใกล้ตัว รู้สึกเบื่อหน่ายในกิจวัตรประจำวัน หรือ
งานที่เคยชอบ

2.4.5 มีความรู้สึกถูกแฉในอก อยากร้องไห้ ถ้ามีเรื่องกระทบเพียงเล็กน้อย
ก็อาจมีน้ำตาไหลได้ง่าย

2.4.6 มีนิสัยการรับประทานอาหารและการนอนเปลี่ยนไป นอนไม่หลับ
หรือนอนหลับมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย

2.4.7 ถ้ามีความรู้สึกเศร้ามาก จะมีความคิดทำร้ายและทำลายตนเอง ถ้า
มีเหตุการณ์ที่คับแค้นใจเกิดขึ้น

2.4.8 มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบที่จะอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ไม่
ชอบสังคมหรือร่วมสังคมนที่มีคนชุมนุมกับมาก ๆ ถ้าเป็นคนที่ชอบสังคมจะออกสังคมน้อยลง กลายเป็น
คนแยกตัว และหนีสังคม

2.5 พฤติกรรมถดถอย (Regression) กลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่งที่บุคคลนำไป
ใช้ในภาวะเจ็บป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจ คือพฤติกรรมถดถอย
ซึ่งเป็นพฤติกรรมถดถอยกลับไปสู่ระดับพัฒนาการขั้นต้น ๆ ทำให้บุคคลนั้นมีความคิด ความรู้สึกและ
พฤติกรรมการแสดงออกไม่เหมาะสมกับวัย ไม่เหมาะสมกับบทบาทที่สังคมมอบหมายให้ หรือบทบาท
ที่สังคมคาดหวัง พฤติกรรมถดถอยเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดรุนแรง ไม่สามารถแก้ไข
ได้ทำให้เกิดความวิตกกังวล แล้วหันกลับไปใช้วิธีการที่ใช้ในวัยต้น ๆ ของพัฒนาการ ที่เคยใช้
ได้ผลในอดีต เพื่อสร้างความพึงพอใจ และลดความวิตกกังวล ซึ่งวิธีนี้ทำให้เขาไม่ต้องเผชิญกับ
ความจริงของชีวิต ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ที่ควรจะเป็น การแสดงออกของพฤติกรรมถดถอยมีหลาย
แบบ เช่น ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง กัดเล็บ ไม่สามารถอาบน้ำหรือรับประทานอาหารด้วยตนเอง

ร้องไห้ ไม่รับผิดชอบ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ฟังพาคคนอื่นทั้งหมด ตื้อตึง ไขว้ความคิดของตนเอง เป็นเกณฑ์ เลือกว่าจะมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่ต้องการ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมถดถอยเกิดขึ้นตามธรรมชาติเพราะ การเจ็บป่วยทำให้ต้องมีการฟังพามากกว่าปกติ (Jack, 1981)

ลักษณะและพฤติกรรมทั้งหมดนี้ เป็นลักษณะ พฤติกรรมและอารมณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้สภาพของผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลบุคคลตามเป้าหมายของการพยาบาลที่แท้จริง เพราะพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเป็นการสื่อถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจาก เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ภาพลักษณ์แห่งตน (Body Image) ภาวะการสูญเสีย (Loss) (Gorman, Sultan, and Rains, 1989)

3. แบบแผนการเผชิญต่อปัญหา หรือการต่อสู้อุปสรรค (Normal Coping pattern) และการเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วย เมื่อใดบุคคลประสบกับความเครียดบุคคลนั้นจะมีวิธีการต่อสู้อุปสรรคซึ่งเป็นวิธีการที่เคยใช้มาแล้วได้ผล วิธีการเหล่านี้บุคคลจะทำอย่างอัตโนมัติในบางครั้งหรือใช้ตัดสินใจก็ได้ เรียกว่า แบบแผนการต่อสู้อุปสรรค ซึ่งเป็นการรวมจิตสำนึกกับจิตสำนึก เพื่อคงภาวะสมดุลย์ของอารมณ์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

3.1 แบบแผนที่เหมาะสม เป็นแบบแผนที่บุคคลใช้แล้วให้ผลดีแก่ตนเอง เช่นการเล่นกีฬา การเล่นดนตรีเมื่อมีความเครียด

3.2 แบบแผนที่ไม่เหมาะสม เป็นแบบแผนที่บุคคลใช้แล้วไม่เกิดผลดี เช่น การระบายความเครียด โดยการดื่มสุรา และความทนต่อความเครียด

4. ระดับความเครียดระหว่างปีที่ผ่านมาก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้ ทั้งที่ประสบกับผู้ป่วยและครอบครัว ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิต ไม่มีใครเจริญเติบโตขึ้นมาโดยไม่พบความเครียด เมื่อมีความเครียด จะทำให้เกิดการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สังคม ในคนที่มีความรู้ดีภาวะจะมีการตอบสนองที่เหมาะสม ในคนที่ตอบสนองไม่เหมาะสมจะมีการวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า เมื่อประสบกับความเครียด บุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดต่าง ๆ กัน อาจจะใช้วิธีการแก้ปัญหา หรือใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธ การแยกตัว ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความคุกคามของความเครียด ประสบการณ์ในชีวิต และความทนทานต่อความเครียด บุคคลมี

ความสามารถในการทนต่อความเครียดได้มากน้อยต่างกัน เช่น คนที่เคยประสบเหตุการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมาหลายครั้ง และสามารถผ่านภาวะนั้นมาได้ด้วยดี ย่อมมีความทนต่อความเครียดในลักษณะนี้ได้มากกว่าคนที่ไม่เคยผ่านการสูญเสียเลย

5. รูปแบบบุคลิกภาพของผู้ป่วย (Personality Style) เป็นวิธีหรือรูปแบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อผู้อื่นตามปกติ ซึ่งบางครั้ง บุคลิกภาพของบุคคลก่อให้เกิดปัญหาทำให้เขาปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภาวะการเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ให้การดูแลได้ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลจะรวมถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคม และการมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว สังคม สถานที่ทำงาน ความพึงพอใจในบทบาทและสัมพันธภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความขัดแย้งต่อบทบาท ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังหรือความต้องการไม่อาจตอบสนองได้ หรือความคาดหวังแตกต่างไปจากการรับรู้ต่อบทบาท หรือผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจต่อบทบาท การซื้อต่อบทบาท อันจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงได้ องค์ประกอบนี้มีแนวโน้มในการประเมินโดยใช้คำถาม เช่น สมาชิกในครอบครัวต้องพึ่งพาคุณหรือไม่ เรื่องใด คุณมีความสุขในการทำงานและเข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ดีหรือไม่

6. ประวัติทางจิต สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว (Psychosocial family history) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำรงชีวิต (life-style) รวมทั้งบุคคลที่ระดับประคองเมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ซึ่งจะทำให้เข้าใจถึงความเป็นอยู่ประจำวันของผู้ป่วย ระดับความต้องการ ลักษณะของกิจกรรมประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้เข้าใจถึงระดับความเป็นตัวของตัวเอง การช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ทำได้โดยการซักถามคำถาม ดังนี้ "บ้านคุณมีคนอาศัยอยู่ที่คน" "เมื่อมีเวลาร่างคุณทำอะไรบ้าง" "คุณเป็นบุตรคนที่เท่าไร"

7. การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีระ (Neurovegetative changes) เป็นอาการแสดงและอาการทางประสาทสรีระ (neurophysiological functioning) ที่เปลี่ยนจากแบบแผนปกติของบุคคลซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญของความเครียดทางจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์อื่น และมีผลต่อระดับ เซลล์ส่งประสาท (neurotransmitter) ในร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วย นอร์อีพิเนเฟริน และซีโรโตนิน ทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาทิต (Sympathetic) และพาราซิมพาทิต (Parasympathetic) ระบบประสาทนี้จะมีผลกระทบต่อหน้าที่ปกติของร่างกาย รวมทั้งแบบแผนการนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ (Stroebel, 1982 quoted in Barry, 1989)

8. ผลกระทบหลักของภาวะเจ็บป่วย (Major issues of illness) ภาวะเจ็บป่วยก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจหลายชนิดต่อผู้ป่วยเท่า ๆ กับครอบครัวของเขา ความเครียดเหล่านี้เกิดจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ขาดความไว้วางใจต่อผู้อื่น (trust) เป็นอุปสรรคต่อการคงความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ลดความทนต่อภาวะสูญเสีย เกิดความรู้สึกผิด ขาดการมีสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญ (Barry, 1989) และ Corman Sultan และ Raines (1989) เพิ่มเติมว่าภาวะเจ็บป่วยยังมีผลต่อภาพลักษณ์แห่งตน มีความรู้สึกสิ้นหวัง และความบกพร่องในการควบคุมตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินด้านจิตสังคม

ในการทำความเข้าใจถึงความต้องการของคน ต้องตระหนักว่า คนไม่เพียงแต่จะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคลเท่านั้น ยังมีลักษณะเฉพาะและเป็นส่วนประกอบของสังคม การที่จะรวบรวมข้อมูลทางจิตสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยมากกว่าการใช้เครื่องมืออื่น ๆ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะให้ข้อมูลทางจิตสังคมได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นกับปัจจัยดังต่อไปนี้คือ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2530)

1. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจพยาบาลเป็นการส่วนตัว และในบทบาทของวิชาชีพ มากน้อยเพียงใด
2. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
3. การควบคุมและการใช้ทักษะการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ความสามารถในการสังเกตอย่างถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยรับรองในความเป็นจริง

กระบวนการในการประเมินภาวะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยฝ่ายกาย มีแนวคิดเดียวกันกับการประเมินทางกาย คือ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ (Griffith, 1982; Kozier, 1987)

1. การเก็บข้อมูล (Data Collection)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านจิตสังคม ต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของข้อมูล แหล่งข้อมูล รวมทั้งความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล แหล่งข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) ประกอบไปด้วยข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือจากบุคลากรในที่มสุขภาพ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ค่านิยมและความเชื่อต่าง ๆ การบันทึกจะบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่า

1.2 ข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการตรวจวัด เช่น การวัดสัญญาณชีพ การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระทบต่าง ๆ

ความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านจิตสังคม ควรประกอบด้วย พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมขณะเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยและความตาย การเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา แบบแผนการดำเนินชีวิต ลักษณะครอบครัวและชุมชน องค์กรทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนทักษะที่จำเป็นที่จะทำให้เกิดการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องเชื่อถือได้ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การสร้างสัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. การจัดระบบข้อมูล (Data organization) เป็นการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Barry (1989) ดังที่เสนอในองค์ประกอบในการประเมินสภาพผู้ป่วย

3. การบันทึกข้อมูล (Data recording) เป็นการนำข้อมูลที่ได้บันทึกลงในแบบฟอร์มของหน่วยงาน โดยใช้แนวทางการบันทึก ดังนี้

- 3.1 การบันทึกข้อมูลต้องสมบูรณ์และถูกต้อง
- 3.2 บันทึกตามรูปแบบหรือกรอบแนวคิดที่ใช้
- 3.3 การบันทึกต้องถูกต้อง อ่านเข้าใจง่าย

3.4 การแสดงความคิดเห็นต้องชัดเจนและถูกต้อง

3.5 ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย

ความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการพิจารณาและตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับ ข้อมูลที่รวบรวมและประเมินมาแล้ว นำมากำหนดเป็นข้อความที่แสดงสภาวะที่ไม่สมดุลของร่างกาย และจิตใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติ และแสดงให้เห็นแนวทางในการพยาบาล ชัดเจนขึ้น หรือเป็นข้อความที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งต้องการการพยาบาล (อรพรรณ สีนุญธวัชชัย, 2530) และ Gordon (1987) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ว่า คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเสี่ยงต่อการต่อการเกิด ซึ่งพยาบาลมีสิทธิตามกฎหมาย และมีความสามารถให้การรักษาได้ โดยอาศัยความรู้ ความสามารถที่เกิดขึ้นจากการ ศึกษาและประสบการณ์ ความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาล คือ ความสามารถในการ พิจารณาตัดสินใจกำหนดปัญหาด้านจิต สังคมของผู้ป่วยทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเสี่ยงต่อการเกิด เป็นปัญหาที่พยาบาลมีสิทธิตามกฎหมาย และมีความสามารถในการรักษาได้ โดยอาศัยความรู้ ความสามารถด้านการพยาบาล จิตสังคม อารมณ์ พฤติกรรมผู้ป่วยและประสบการณ์

กระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล มี 3 ขั้นตอน คือ (วิพร เสนารักษ์, 2533)

1. การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data processing) เป็นขั้นตอนของการแปล ความหมายข้อมูล โดยเปรียบเทียบข้อมูล กับมาตรฐานและจัดกลุ่มข้อมูลให้เข้าพวกเดียวกัน เป็น กิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องกันไป การเปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐาน มาตรฐานหรือปกติวิสัย (Norm) เป็นกฎเกณฑ์แบบแผนการตรวจวัด ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป มาตรฐานที่ใช้สำหรับเปรียบเทียบ ข้อมูลทางการพยาบาลทางด้านจิตสังคม เช่น การเจริญเติบโต และการพัฒนาการในแต่ละวัย ข้อควรระวังเกี่ยวกับการเปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐานคือ สิ่งที่พยาบาลมองว่าปกตินั้นอาจแตกต่าง จากผู้รับบริการมอง ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง วัฒนธรรม ค่านิยม เศรษฐกิจ ฐานะและความรู้ของผู้รับบริการ

ตัวอย่างการเปรียบเทียบข้อมูล

ข้อมูล	มาตรฐาน	ความหมาย
ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	คนอายุ 34 ปีใส่เสื้อผ้าได้เอง	มีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง

การจัดกลุ่มข้อมูล เป็นการใช้กระบวนการความคิดของการหาความสัมพันธ์ระหว่างความจริงกับสิ่งที่พบ โดยใช้แนวคิดในการประเมินภาวะจิตสังคม ของ Barry (1989) เป็นแนวทางในการจัดกลุ่มข้อมูล เสร็จแล้วต้องตรวจสอบอีกครั่งว่ามีข้อมูลครบถ้วนตามที่ระบุในแบบแผนในกลุ่มนั้น ๆ หรือไม่

ในการตั้งปัญหาทางการพยาบาลจากข้อมูลทั้งด้านกาย และจิตสังคม จะได้ปัญหา 2 แบบ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นอิสระ และที่เกี่ยวข้องระหว่างพยาบาลกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งทั้ง 2 ปัญหานั้นต้องการ การปฏิบัติของพยาบาล ปัญหาของผู้รับบริการในลักษณะนี้ เรียกว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Collaborative problems) ซึ่ง Alfalo (1986) ให้ความหมายไว้ว่า คือ ปัญหาที่อาจเกิดจากผลแทรกซ้อนของโรคที่เป็น การวินิจฉัยเพื่อศึกษา หรือการรักษาทางศัลยกรรมและทางยา และได้รับการป้องกัน การแก้ปัญหาโดยการปฏิบัติพยาบาล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแตกต่างจากการวินิจฉัยการพยาบาล ตรงความรับผิดชอบและความ เป็นอิสระในการรักษาสุขภาพการณั้น (Carpenito, 1985) ในการวินิจฉัยการพยาบาลด้านจิตสังคม จะเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการเผชิญปัญหาการตัดสินใจ สัมพันธภาพของผู้ป่วยแต่เมื่อถึงขั้นการเสียสมดุลย์ (Dysfunctioning) เช่น การเสียสมดุลย์ในภาวะเศร้าโศก (dysfunctional grief) ต้องได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ต่อไป เพราะพยาบาลไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครบถ้วน พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล แต่จะทำกิจกรรมในส่วนใดมากหรือน้อยขึ้นกับสภาพการณของการให้การพยาบาล

2. การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determining Health Status) ในการกำหนดภาวะสุขภาพสามารถทำได้ดังต่อไปนี้

2.1 ไม่มีปัญหาในขณะนี้ มีภาวะสุขภาพดี เป็นการวินิจฉัยภาวะสุขภาพดีเพื่อคงภาวะสุขภาพดีและส่งเสริมให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

2.2 ไม่มีปัญหาในขณะนี้ แต่คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นเพราะปัจจัยเสี่ยง เป็นการวินิจฉัยผู้รับบริการทั้งที่มีภาวะสุขภาพดี และมีความเจ็บป่วย

2.3 มีปัญหาเกิดขึ้นในขณะนี้ เป็นปัญหาสุขภาพ เป็นการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยพบได้ในผู้รับบริการทุกคนที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

3. การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนี้สำคัญมาก เพราะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพนั้น การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจิตสังคม ในผู้ป่วยฝ่ายกาย มี 3 รูปแบบคือ (Barry, 1989)

3.1 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นเพราะปัจจัยเสี่ยง (A potential nursing diagnosis) ในรูปแบบนี้จะไม่พบข้อมูลที่บ่งชี้ปัญหาสุขภาพ แต่จะพบเฉพาะข้อมูลที่บ่งชี้ปัจจัยเสี่ยง ตัวอย่าง

เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากสิ้นหวัง

เสี่ยงต่อการแยกจากสังคม เนื่องจากขาดบุคคลสำคัญและการเคลื่อนไหว

3.2 อาจเป็นปัญหา (A possible nursing diagnosis) เป็นปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น แต่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อยืนยันหรือแยกออกจากพยาธิสภาพหรืออาการ

ตัวอย่าง

มีการแสวงหาวิธีปฏิบัติในการเป็นบิดา-มารดา เนื่องจากขาดการสัมผัสแบบแม่-ลูก

3.3 มีปัญหาสุขภาพ (Actual nursing diagnosis) มีปัญหาสุขภาพจะมีข้อมูลสนับสนุนทั้งปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง บทพร่องในการมีปฏิริยาสัมพันธ์ต่อสังคม

ข้อมูลสนับสนุน - มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบพึ่งพา

- ล้าบากในการควบคุมตนเอง
- สามีเสียชีวิตในช่วง 3 เดือน
- บลดเกษียณเมื่อ 9 เดือนที่แล้ว

วัตถุประสงค์ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. เพื่อทราบปัญหาทางการพยาบาล
2. เพื่อทราบสาเหตุของปัญหา
3. เพื่อทราบภาวะสุขภาพ (Wellness-illness) หรือ การตอบสนองของบุคคลที่นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล

ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลด้านจิตสังคม

การวางแผนการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดวิธีการพยาบาลต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ซึ่งรวมถึงวิธีการรักษาตามแผนการรักษา การดูแลทั่ว ๆ ไป ตามความต้องการทางด้านสุขภาพ หรือตามที่หน่วยงานกำหนดขึ้น รวมทั้งการพยาบาลที่เฉพาะตามปัญหาและความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับปัญหาสุขภาพ และการรักษาที่เขาควรจะได้รับ (พาริดา อิบราฮิม, 2525) Barry (1989) ได้เพิ่มเติมว่า การวางแผนการพยาบาล เป็นข้อเขียนเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล แผนการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผล รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลที่ใช้สำหรับประเมิน เป้าหมายระยะสั้น และผลลัพธ์ที่วัดได้ ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลด้านจิตสังคม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะต้องนำเอาความรู้ แนวคิดทางการพยาบาลด้านจิตสังคม มากำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดเป้าหมายระยะสั้น และเป้าหมายเฉพาะ โดยกำหนดเป็นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาลด้านจิตสังคม ต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดทั้งกระบวนการโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นหลัก (Barry, 1989) เพราะพยาบาลไม่ได้เป็นผู้รอบรู้เกี่ยวกับความต้องการทั้งหมด

ของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลในลักษณะนี้ เป็นการยอมรับสิทธิของผู้ป่วย ที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติพยาบาลด้วยตนเอง (Richards, 1975 quoted in Barry, 1989) อันสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบของศรั่วม เป็นการเสริมความมีคุณค่าในตนของผู้รับบริการ (Newbeck, 1986) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะมีส่วนร่วมในการวางแผนอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากมีความบกพร่องในการรับรู้ ให้พิจารณาสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการประเมินและการวางแผนพยาบาล

ขั้นตอนในการวางแผนการพยาบาลด้านจิตสังคม แผนการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น ต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเหมาะสมในกระบวนการนั้น มีขั้นตอนดังนี้ (Barry, 1989)

1. สร้างเกณฑ์การประเมินผล (Establishing the patient outcome) โดยเขียนเป็นพฤติกรรมที่วัดได้หรือเป็นลักษณะของภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัญหา โดยผู้ป่วยยอมรับในเกณฑ์นี้ และกำหนดก่อนวันจำหน่ายผู้ป่วย
2. ตั้งเป้าหมายระยะสั้น (Setting intermediate patient goal) กำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถจะกระทำสำเร็จ ตามเกณฑ์ โดยระบุวันที่ผู้ป่วยควรจะปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสม สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ภายในวันศุกร์นี้
3. กำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้
4. การประเมินผล (Evaluation) เป็นเกณฑ์การประเมินที่ใช้วัดความสำเร็จในการพยาบาลตามเป้าหมาย หรือเป็นการวัดระดับปัญหาของผู้ป่วยว่าลดลงหรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวางแผนการพยาบาล (Carpenito quoted in Barry, 1989)

1. เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นรายบุคคล เพราะบุคคลแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันไปตามการตอบสนองของร่างกายในภาวะเครียดเพราะบุคคลต่างมีความเชื่อ ความมุ่งหวัง ค่านิยม การจัดลำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกัน ดังนั้นการกำหนดแผนการพยาบาลทำให้การพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน

2. เพื่อสามารถให้การดูแลได้ต่อเนื่องเพราะการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องใช้พยาบาลจำนวนมากกว่า 1 คน ถ้าขาดแผนการพยาบาลอาจจะทำให้เกิดการละเลยการพยาบาลบางอย่างได้

3. เพื่อเป็นสื่อในการติดต่อกันภายในทีมการพยาบาล พยาบาลทุกคนสามารถในแผนการพยาบาลอันเดียวกันในผู้ป่วยคนเดียวกันได้ และทำให้การประสานงานทั้งในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นมีประสิทธิภาพได้

4. เป็นแนวทางในการประเมินผลการพยาบาล ทำให้ทราบข้อบกพร่องที่ทำให้การพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จ และยังเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของทีมการพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยด้วย

ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิต-สังคม

การปฏิบัติการพยาบาล คือ การนำแผนการพยาบาลที่บันทึกไว้ไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคนรวมทั้งภาวะสุขภาพในขณะนั้น ให้ความเคารพในคุณค่าของบุคคลได้ เชื่อว่าทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม คือ ความสามารถในการนำแผนการพยาบาลที่บันทึกไว้ ไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมกระทำได้หลายแบบโดยใช้หลักการจำแนกที่ต่างกัน เช่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

1. จำแนกตามปัญหาของผู้รับบริการ ดังนี้
 - การปฏิบัติการพยาบาลเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล
 - การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เนื่องจากสาเหตุทางด้านร่างกาย
2. จำแนกตามลักษณะของการปฏิบัติ ดังนี้
 - การประคับประคองจิตใจของผู้รับบริการ
 - การช่วยปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการเป็นรายกลุ่ม

Nichols (1984) กล่าวถึงหลักพื้นฐานในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยฝ่าย
 ภาย โดยสามารถจำแนกได้เป็น 4 องค์ประกอบคือ

1. การดูแลด้านอารมณ์ (Emotional Care)
2. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Care)
3. การเป็นที่ปรึกษา (Basic Counselling)
4. การควบคุมสภาวะจิตใจ และการส่งต่อ (Monitoring psychological state and referring on)

สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยฝ่ายภาย ได้จำแนกตามจำนวนผู้
 รับบริการโดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล จะทำให้เห็นแนวทางการปฏิบัติชัดเจน และจากแนวคิด
 เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ว่า บุคคลมีความเฉพาะตน การให้การพยาบาลแก่บุคคลแต่
 ละบุคคลในปัญหาเดียวกัน ย่อมมีความแตกต่างกัน ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
 นี้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชที่ว่า "การ
 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล" เป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการเจริญเติบโต และมี
 พัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528) สอดคล้องกับ
 Gorman, Sultan และ Raines (1989) ที่กล่าวว่าในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ใน
 ผู้ป่วยฝ่ายภายต้องพิจารณาถึงสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนี้จะ
 มีสอดแทรกไปในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทางจิตสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้รับ
 บริการ ทั้งในแง่ของการให้ข้อมูล การตัดสินใจเลือกหรือเลิกปฏิบัติอย่างอิสระ ภายใต้การดู
 แลช่วยเหลือจากพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการโดยตรง และ
 Barry (1989) เพิ่มเติมว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษา
 ในโรงพยาบาลโดยโรคทางกายจะส่งเสริมการปรับตัวและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้
 ป่วยและญาติ Murray และ Zentner (1989) ให้ความสำคัญในลักษณะความเป็นอิสระแห่ง
 วิชาชีพ ทำให้แยกความแตกต่างของพยาบาลออกจากวิชาชีพบริการทางสุขภาพอื่น

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

เป็นสัมพันธภาพในการประกอบวิชาชีพ (Professional relationship) เกิดขึ้นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้รับบริการ โดยมีจุดประสงค์และเวลาที่แน่นอน ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยอาศัยความรู้ความสามารถ และทักษะที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา ด้านวิชาชีพ ถือกฎเกณฑ์ ระเบียบและจรรยาบรรณของวิชาชีพ สัมพันธภาพแบบวิชาชีพระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัดช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีความสุข สบายใจ และเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้พยาบาลได้เข้าใจปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้รับบริการ พร้อมทั้งได้มีโอกาสนำความรู้ ทักษะทางการพยาบาลจิตสังคมทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในด้านการบำบัดรักษา Haber and others (1982) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นกระบวนการสัมพันธระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ลำดับอย่างมีระเบียบ มีจุดมุ่งหมายเฉพาะอย่าง และ Stuart and Sundeen (1983) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดี มีความพึงพอใจ และลดปัญหาทางอารมณ์ที่มีอยู่ และ Rogers (quoted in Sundeen, 1985) เพิ่มเติมว่าส่งเสริมให้เกิดการเจริญเติบโต การพัฒนาบุคลิกภาพปรับปรุงหน้าที่และการเผชิญปัญหาของชีวิต

องค์ประกอบของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มี 3 ประการ คือ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

1. การติดต่อสื่อสาร (Communication)
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)
3. การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of self)

เป้าหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

โดยทั่วไปการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อพัฒนานในตัวผู้รับบริการในเรื่องต่อไปนี้

1. การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self-realization) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) และการเพิ่มการนับถือตนเอง (Self-respect)
2. ความสำนึกในคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง (Personal identity) และเพิ่มระดับการผสมผสาน ความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง หรือการปรับตัวได้

3. ความสามารถในการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ลึกซึ้งได้ (intimate) มีการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent) รวมทั้งมีความสามารถในการให้และยอมรับความรัก

4. เพิ่มระดับและเพิ่มความสามารถในการสนองตอบความต้องการของตนเองและเป้าหมายส่วนบุคคลที่สมเหตุสมผล

นอกจากนี้ Doona (1979) ยังได้ให้จุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข หรือจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันได้
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า เขามีส่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหาของเขาเอง
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาอย่างมีเหตุผล
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบพฤติกรรมใหม่ เพื่อนำไปประพฤติดีกต่อไป
6. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเข้าสังคม ติดต่อบุคคลอื่น ๆ ได้
7. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเอง และแสวงหา

ความหมายของการดำรงชีวิตอยู่

ปฏิภยสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (Wilson and Kneisl, 1988) มีลักษณะดังนี้คือ

1. ปฏิภยสัมพันธ์นั้น เกิดขึ้นตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ทุกวัน ทุกสัปดาห์
2. ปฏิภยสัมพันธ์ มีลักษณะเป็นโครงสร้าง เป็นขั้นตอนต่าง ๆ มีกระบวนการที่เฉพาะเจาะจง และมีปัญหาที่ต้องการพัฒนาสัมพันธ์ภาพขึ้นมา
3. ปฏิภยสัมพันธ์นั้นมีขึ้น ณ ที่ใดที่หนึ่งแห่งเดียวกันตลอดไป

ในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529) ควรพิจารณาหลักการต่อไปนี้คือ

1. การยอมรับ (Acceptance) หมายถึง การยอมรับผู้ป่วยในสภาพที่เป็นอยู่ โดยไม่ตัดสินผิด-ถูก

2. ความสม่ำเสมอ (Consistency) หมายถึงความสม่ำเสมอในการติดต่อผู้ป่วย ทั้งการพูด การกระทำ

3. ความจริงใจและความจริงใจ (Genuine) คือ ความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือ โดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการกระทำ

การสร้างสัมพันธภาพจะประสบความสำเร็จเพียงใดนั้นขึ้นกับปัจจัยเหล่านี้คือ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527)

1. ลักษณะเฉพาะตัวของพยาบาลจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้รับบริการ เพราะในขณะที่บริการจะแปรตามความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์เดิมของเขา แล้วสรุปเป็น ประสบการณ์ใหม่ ดังนั้น คุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาลจึงสำคัญ คุณสมบัติเฉพาะเหล่านี้ได้แก่

1.1 การรู้จักตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม พยาบาลจะต้อง ประสบกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งอาจจะมี ความกังวล โกรธ ตีใจ เสียใจ แต่เป้าหมายของสัมพันธภาพต้องเป็นแบบเปิดเผย จริงใจ และช่วยเหลือ บำบัดตลอดเวลา แรงผลักดันภายในจะทำให้พยาบาลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ทั้งที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัวได้ ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยต่อพยาบาล การที่พยาบาลมีความรู้ตัว (aware) ถึงพฤติกรรมของตนรวมทั้งแรงผลักดันต่าง ๆ จะทำให้กำหนดหรือแสดงออกในรูปแบบที่เหมาะสมได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) และการเข้าใจตนเองจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น (นงคราญ ผาสุข, 2528)

1.2 ความร่วมรู้สึก เป็นความเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่น และเป็นองค์ ประกอบสำคัญของกระบวนการให้ความช่วยเหลือ Carkhuff (1977 อ้างอิงใน เรวัต ศิรินคร, 2531) กล่าวว่า หากปราศจากความรู้สึกแล้ว จะไม่มีพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือ และ ความร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ (Stetler, 1977) พยาบาลที่มีความ ร่วมรู้สึกจะเป็นผู้ที่เข้าใจ และมีความรู้สึกคล้อยตามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะอย่าง หนึ่ง อันเป็นความสามารถที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

1.3 การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เป็นการใช้ทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนมีอยู่ และประกอบ เป็นตัวตนของพยาบาล ซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึก กระบวนการรับรู้ การแสดงพฤติกรรมทั้ง ทางวาจาและไม่ใช่วาจา บุคลิกภาพเฉพาะตน ให้เกิดประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้านจิต

สังคม เนื่องจากพยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอดเวลา ความเป็น "ตนเอง" ของพยาบาล จึงมีผลกระทบต่อการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรงตลอดกระบวนการพยาบาล ซึ่งพฤติกรรม การแสดงออกของพยาบาลนั้น เป็นผลสืบเนื่องจากความคิด ความรู้สึกของพยาบาล ดังนั้นการที่ พยาบาลจะต้องสำรวจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะนำไปสู่ ความเข้าใจในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ดังที่ Moore และ Hartman (1984) ได้ให้ความหมายของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดว่า หมายถึง การใช้เทคนิคในการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล โดยที่ผู้บำบัดมีบุคลิกที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย นั่นคือ พยาบาลจะต้องมีบุคลิกลักษณะประจำตัว และมีความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลเป็น พื้นฐาน ทักษะในการติดต่อสื่อสารของพยาบาล

2. ทักษะการสื่อสารของพยาบาล บุคคลแต่ละบุคคล ต้องมีการติดต่อสื่อสาร ตั้งแต่เกิด ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะด้วยความตั้งใจ หรือไม่ก็ตาม และมีบุคคลอื่นรับรู้การแสดงออกนั้นได้ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น ดังนั้นจะเห็นว่า การติดต่อสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอิทธิพลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล การติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อบำบัด เพราะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูล การแลกเปลี่ยนความคิด การถ่ายทอดความรู้สึก และเกี่ยวข้องกับการพยาบาลทางด้านจิต-สังคม คือ การติดต่อสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงงานทางที่ทำให้มีสุขภาพดี ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจึงเป็นวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพการพยาบาล และมีเทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ดังนี้คือ (จารุวรรณ ต.สกุล, 2530)

- 2.1 การฟัง การรับฟังเป็นเทคนิคที่สำคัญ เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา
- 2.2 การใช้คำถาม ปลายเปิด เพื่อกระตุ้นการสนทนา เช่น "วันนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ"
- 2.3 การพูดซ้ำ เพื่อแสดงว่า พยาบาลกำลังฟังผู้ป่วย
- 2.4 การซักถาม เพื่อความชัดเจน เพื่อที่จะได้เข้าใจผู้ป่วยและปัญหาผู้ป่วยดีขึ้น
- 2.5 การเน้น เป็นการนำผู้ป่วยให้รวมจุดสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น แทนของคุณที่ เข้า ผีอกแล้ว เป็นอย่างไรบ้างคะ"

2.6 การใช้ความเงียบ ความเงียบที่มีความหมายและถูกจังหวะจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกของเขาต่อไป

2.7 การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงกับผู้ป่วยเพื่อความกระจ่างและไขความเข้าใจผิดต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล

กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งมีด้วยกัน 4 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนอาจจะเหลื่อมล้ำกันเป็นบางส่วน Stuart และคนอื่น ๆ (1985) อธิบายไว้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Preinteraction Phase)
2. ระยะเริ่มต้น (Orientation or Introduction Phase)
3. ระยะทำงาน (Working or Maintenance Phase)
4. ระยะสิ้นสุด (Termination Phase)

ระยะการเตรียมการ

ระยะนี้เกิดขึ้นก่อนพยาบาลจะพบกับผู้ป่วย เป็นการเตรียมานสิ่งที่จะเป็นต่าง ๆ ให้พร้อมเสียก่อน เพื่อให้การสร้างสัมพันธภาพมีประโยชน์ต่อการบำบัดมากที่สุด กิจกรรมที่ต้องกระทำคือ การสำรวจตนเอง การวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความสามารถและจุดอ่อนของการปฏิบัติการพยาบาล วางเป้าหมายการสร้างสัมพันธภาพ นอกจากนี้ต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากทุกแหล่งเท่าที่จะเป็นไปได้ ข้อสำคัญพยาบาลไม่ใช้เวลาในการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพในการรวบรวมข้อมูล เพราะในการรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะเป็นเสมือนผู้ควบคุมสถานการณ์ ผู้ป่วยเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ไม่มีโอกาสริเริ่ม หรือระบายความรู้สึกด้วยข้อใจ

ระยะเริ่มต้น

ระยะเริ่มต้นเป็นระยะที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันตามนัดหมายครั้งแรก ทั้งสองฝ่ายเปรียบเสมือนคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน สิ่งที่จะเป็นในระยะนี้คือ การทำความรู้จักคุ้นเคย การแนะนำตัวซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน งานแรกที่ต้องทำในระยะนี้คือ การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ความเข้าใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเริ่มต้นติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย และที่สำคัญคือ การกำหนด

โครงสร้างของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเปรียบเสมือนการตกลงทำสัญญาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ งานอีกประการหนึ่งคือ ต้องสืบค้นการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของผู้ป่วย รวมทั้งระบบปัญหาหนักใจของผู้ป่วย และตกลงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการสนทนาให้ชัดเจน ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ การสังเกตอย่างละเอียด รอบคอบ และฟังผู้ป่วยพูดให้มาก สนใจต่ออาการกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออก หรืออาการที่แสดงออกถึงความเจ็บป่วยทางกาย การแสดงอารมณ์เอาใจใส่ และท่าทีที่เป็นมิตรของพยาบาล จะก่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และศรัทธาในตัวพยาบาล ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการสร้างสัมพันธภาพในระยะต่อไป และงานสุดท้ายของระยะนี้คือการสืบค้นความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการมีสัมพันธภาพครั้งนี้

ระยะทำงาน

ในระยะนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมกันสืบค้นต้นเหตุของความเครียด หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้จักตน (insight) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ของเขา การรู้จักตนนี้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นจริง และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมามากยิ่งขึ้น พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีควบคุม หรือลดความวิตกกังวลของตนเอง ฟังพาตนเอง และรับผิดชอบตนเอง ให้มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาหลักการปรับตัวที่เหมาะสม ดังนั้นจะเห็นว่าระยะนี้งานต่าง ๆ มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ในระยะนี้เป็นระยะที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาล ทุกอย่างมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์บทสนทนาภายหลังการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ความรู้ทางด้านจิตสังคม จะทำให้เข้าใจ พฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น ปัญหาที่พบในระยะนี้คือ การมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง การฟังอย่างตั้งใจ การซักถาม การช่วยผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือความรู้สึก หรือความในใจออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะทำให้มองเห็นปัญหาชัดเจนขึ้น นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหา กระตุ้นให้แก้ปัญหาด้วยการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ประการสำคัญ คือ พัฒนาความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วย ฟังพาตนเองให้มากขึ้น

ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการ สิ้นสุด การสิ้นสุดของสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ การที่พยาบาลไม่ต้องพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกต่อไป แต่การพบปะประจำวันภายในตึกผู้ป่วยยังคงเป็นไปเช่นเดิม การสิ้นสุดของสัมพันธภาพนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้น เข้าใจตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ผู้ป่วยกลับบ้านหรือย้ายสถานที่รักษา หน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติในระยะนี้คือ

1. ประเมินผลการรักษาและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา
2. สนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลที่จะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้
3. ร่วมกับผู้ป่วยในการยุติการรักษา โดยช่วยผู้ป่วยให้สามารถยอมรับการสิ้นสุดของสัมพันธภาพได้ดี

ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด Millikan (1987) เสนอแนะว่า ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพของผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Health care Provider) นั้นต้องพัฒนาโดยการฝึกฝน เพราะไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นเอง และเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาวันเดียว การฝึกจะต้องรู้จักการประเมินพฤติกรรมตน สร้างความเข้าใจ รู้จักเผชิญปัญหาทุกรูปแบบ และหา รูปแบบพฤติกรรมที่ได้ผลดีในการแก้ปัญหา ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพตามแนวคิดของ Bolton (1979) ที่สำคัญมี 5 ประการคือ

1. ทักษะในการฟัง (Listening Skills) เพื่อให้เข้าใจลึกซึ้งถึงสิ่งที่บุคคลอื่นพูด เป็นการช่วยให้เขารู้สึกว่ามีคนเข้าใจปัญหา และความรู้สึก ถ้าการฟังนั้นมีประสิทธิภาพที่เหมาะสมแล้ว บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของเขาได้เองโดยไม่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือเลย
2. ทักษะการใช้สิทธิส่วนบุคคล (Assertive Skills) เป็นพฤติกรรมที่ต้องใช้คำพูดและท่าทางที่จะรักษาความยาเกรง ความนับถือให้ได้สิ่งที่ต้องการ และป้องกันสิทธิโดยไม่ต้องร้องขอ จัดการและควบคุมผู้อื่น ให้รู้ว่าสิทธิของตนมีแค่ไหน และผู้อื่นมีสิทธิส่วนบุคคลซึ่งไม่อาจล่วงละเมิดได้เช่นกัน
3. ทักษะในการขจัดความขัดแย้ง (Conflict-Resolution Skills) จะช่วยให้เผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะเกิดตามหลังความขัดแย้ง ความสามารถนี้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น เมื่อปัญหายุ่งยากนั้นหมดไป

4. ทักษะในการร่วมมือแก้ปัญหา (Collaborative-Problem Solving Skills) เป็นวิธีที่กลุ่มต้องการเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง

5. การเลือกทักษะ (Skill Selection) การรู้จักเลือกทักษะในการสื่อสารในแต่ละสถานการณ์ที่เข้าไปเกี่ยวข้อง

ความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อจากการปฏิบัติพยาบาล ข้อสรุปที่ได้จากการประเมินผลจะบอกได้ว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการนั้นควรยุติหรือไม่ การประเมินผลนี้กระทำได้ทั้งในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ความสามารถในการประเมินผล หมายถึงความสามารถในการตัดสินใจ การปฏิบัติพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น ๆ ภายใต้การรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างระระระบบ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่

วิธีการประเมินผล

Bailey และ Claus (1975) ได้แบ่งวิธีการประเมินผลตามลักษณะของสิ่งที่ต้องการประเมินเป็น 3 วิธี คือ

1. การประเมินผลภายใน (Internal evaluation) เป็นการประเมินผลที่มุ่งกระบวนการปฏิบัติ หรือโปรแกรมที่ต้องการประเมินผล โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของกิจกรรมนั้น ๆ จะประเมินโดยอาศัยปฏิกิริยาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ร่วมปฏิบัติงาน

2. การประเมินผลภายนอก (External evaluation) เป็นการประเมินผลโปรแกรมใหญ่ ๆ ที่ทดลองปฏิบัติว่าจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานเองอย่างไร การวัดจึงวัดพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่เมื่อปฏิบัติงานดังกล่าว และวัดการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏให้เห็นของหน่วยงานนั้น

3. การประเมินระหว่างกลาง (Intermediate evaluation) ใช้ในการสรุป
 ซึ่งงานการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น เป็นการประเมินในลักษณะนี้

ในการประเมินผลการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น จะกระทำตลอดระยะเวลาของการ
 สร้างสัมพันธภาพการใช้กระบวนการพยาบาลทางจิตสังคมนั้น พยาบาลอาจจะประเมินปัญหา ตั้ง
 เป้าหมายวางแผนลงมือปฏิบัติการพยาบาลทันที ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผลพยาบาลทันที เช่นกัน
 การประเมินผลการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น มุ่งที่การประเมินพฤติกรรมของผู้รับบริการในด้านต่อไปนี้
 (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

1. ความเข้าใจปัญหา และกลไกการปรับตัวของตนเอง
2. แสดงพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม
3. มีปฏิริยาสัมพันธ์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
4. พัฒนาความรู้สึกละอายใจในตนเอง มั่นใจในตนเอง มีทัศนคติในทางบวก
5. มีความพึงพอใจในผลของสัมพันธภาพ

กระบวนการประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น กระทำได้โดยการประเมินความก้าวหน้า
 ของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสามารถแบ่งขั้นตอนการประเมินผลออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ (อาภาพ
 นวลโคกสูง และชิตขม สุวรรณน้อย อ่างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2533)

1. การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล ที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล
 เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินผล เกณฑ์การประเมินผลที่กำหนด
 ไว้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ครอบคลุมและวัดได้นี้ จะช่วยเป็นแนวทางที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อ
 มูลที่เกี่ยวข้อง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผลข้อมูลที่จะรวบรวมในช่วง
 นี้ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อกิจกรรมพยาบาลที่เขาได้รับ และ
 เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การประเมินผล สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นอาจจะใช้การสังเกต การ
 พูดคุย การตรวจร่างกาย นอกจากนี้สามารถประเมินได้จากข้อมูลจากเพื่อนร่วมงาน บุคลากรใน

ที่มีสุขภาพบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ

3. การตัดสินใจสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้นั้น เปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินได้ผล ที่ได้จะมีทั้งที่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย และไม่บรรลุจุดมุ่งหมาย เพราะข้อมูลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผล

เนื่องจากการปฏิบัติทางการแพทย์จริงนั้น สภาพการณ์ต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในช่วงประเมินผลหรือปฏิบัติการพยาบาล อาจพบข้อมูลหรือปัญหาใหม่ ๆ เกิดขึ้น ดังนั้น จึงต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะ ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลต้องแสดงความรู้ความสามารถทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม (ละออ หุตางกูร, 2518) การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยผ่ายกายหรือผู้ป่วยทางจิตเวช สามารถทำได้โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ความรู้ด้านจิตสังคม และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Gorman, Sultun and Raines, 1989) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพนั้น ขึ้นกับคุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) อันได้แก่ค่านิยมในตัวพยาบาล ที่เกี่ยวกับวิชาชีพของตน และค่านิยมเกี่ยวกับมนุษย์ (Blattner, 1981) นอกจากนี้ได้แก่ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาล (Cobb, 1976 quoted in Mitchell and Larson, 1988) คือ แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล และสถานภาพทางสังคม จึงขอเสนอปัจจัยดังกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ค่านิยมทางวิชาชีพ (Professional Values)

ค่านิยม (Values) หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของแต่ละบุคคลที่เชื่อในสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าเป็นสิ่งที่น่าชื่นชม หรือน่ากระทำ และยึดถือเป็นหลักประจำใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจหรือเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง และ Rokeach (1977) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ค่านิยมคือความเชื่อที่มีลักษณะค่อนข้างถาวร ที่มีต่อวิถีปฏิบัติบางอย่างที่ตัวเอง หรือสังคมเห็นดีเห็นชอบ สมควรที่จะยึดถือหรือปฏิบัติ หรือเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตของตน หรือเป็นความคิดที่ทำให้เราเลือกในสิ่งที่ต้องการ (สงวนศรี วิรัชชัย, 2527)

องค์ประกอบของค่านิยม

จากความหมายของค่านิยม สามารถทำให้พิจารณาถึงองค์ประกอบของค่านิยมได้ดังนี้

1. ความคิดเชิงประมาท คือ ความคิดที่มีการพิจารณาตัดสินว่า สิ่งใดพึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์
2. ความเชื่อ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่หมายถึงความมั่นใจ ความไว้วางใจที่บุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นไปตามความเชื่อนั้น ๆ
3. การเลือก หมายถึง การพิจารณาตัดสินสิ่งที่มีจำนวนมากกว่าหนึ่งขึ้นไปเพื่อเอาไว้หรือเอาออกตามที่บุคคลต้องการ

คุณลักษณะของค่านิยม

ค่านิยม มีลักษณะเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมและระยะเวลาที่เกี่ยวข้องอยู่กับแต่ละบุคคล แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีไม่เปลี่ยนแปลงโดยง่ายแต่จะมีลักษณะยืนยงถาวรในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะยาวนานเพียงใดจะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมที่บุคคลแต่ละคนประสบอยู่ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2523) ในการศึกษาวิจัยเรื่อง "ค่านิยมและความคาดหวังของเยาวชนไทย" ได้อภิปรายสรุปถึงผลงานของ John Dewey ไว้ในทฤษฎีของค่านิยมไว้ว่า

1. ค่านิยมเกิดจากความปรารถนาของบุคคลที่จะปรับตัวให้เข้ากับความเป็นและความต้องการในสภาพชีวิตของเขา

2. ค่านิยมก่อให้เกิดแรงกระตุ้น สร้างเป้าหมายมุ่งหวังถึงสิ่งที่คุณคาดหวังบุคคลจะเกิดความต้องการและความสนใจที่จะแสวงหาวิธีการ แลวิถีทาง เพื่อให้ได้สิ่งที่คุณมา
3. การทำให้ค่านิยมเป็นพฤติกรรมที่สามารถศึกษาได้ด้วยวิธีการเชิงวิทยาศาสตร์
4. การทำความเข้าใจกับค่านิยมได้อย่างแท้จริง ขึ้นอยู่กับความสามารถวิเคราะห์ถึงความต้องการในปัจจุบันของคุณและการคาดคะเนว่า เขาจะได้รับความพึงพอใจในสภาพการณ์ใดและด้วยวิธีการใด ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์ประเมินใหม่อยู่เสมอ

ค่านิยมมีอิทธิพลต่อบุคคลดังนี้คือ

1. เป็นมาตรฐานที่กำหนดพฤติกรรมของคน แสดงจุดยืน แนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันของแต่ละคน
2. เป็นฐานในการตัดสินใจระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าสิ่งใดเลวหรือดี
3. เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลมุ่งไปสู่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ค่านิยมจะแตกต่างจากเจตคติ และความเชื่อ เพราะค่านิยมไม่ได้เกี่ยวข้องกับสิ่งของคุณบุคคล แต่ค่านิยมจะสัมพันธ์กับทุกสิ่งโดยทั่วไป และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ แต่ค่านิยมจะเหมือนเจตคติ และความเชื่อในแง่สามารถเรียนรู้ได้จากบุคคลอื่นในสังคม บุคคลที่อยู่ในระบบสังคมที่มีวัฒนธรรมและงานอาชีพคล้ายคลึงกันจะมีค่านิยมและความเชื่อคล้ายคลึงกันด้วย ดังนั้นลักษณะของระบบสังคมจะเป็นสิ่งจำกัดทางเลือกในการยึดถือค่านิยมแต่ละคน นอกจากนี้ค่านิยมแตกต่างจากอุดมคติ และอุดมการณ์ อุดมคติจะมีลักษณะเป็นความคิดเชิงปรัชญาที่ค่อนข้างลึกซึ้งซึ่งที่บุคคลบางคนนำมาเป็นเป้าหมายแห่งชีวิต และอาจมีผลต่อแนวคิด แนวพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมาในต่างกรรมต่างเวลา โดยสะท้อนให้เห็นถึงการมีอุดมคติของตน ส่วนอุดมการณ์นั้นจะมีลักษณะเป็นสิ่งที่บุคคลสร้างขึ้น เพื่อการจูงใจให้บุคคลในกลุ่มช่วยกันพยายามทำบางสิ่งบางอย่างให้บรรลุตามอุดมการณ์ ถ้าขาดวิจาร์ณญาณ อาจประพฤติปฏิบัติในสิ่งที่เป็นความรุนแรงทางสังคมได้ สำหรับค่านิยมจะมีลักษณะนิมิตล ละเอียดละไมกว่า และบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนค่านิยมของตนให้สอดคล้องกับสังคมได้เสมอ

ความแตกต่างระหว่างค่านิยม จริยธรรม และคุณธรรม Rokeach (1977) ได้อธิบายลักษณะของค่านิยมว่าเป็นความเชื่อที่เกิดจากเหตุผลของตนเองเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งที่จะยึดถือ นั้น โดยจำแนกความเชื่อออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. ความเชื่อเชิงวิทยาศาสตร์ คือ ความเชื่อที่ทดสอบได้ว่าจริงหรือเท็จ เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่เป็นข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ สามารถพิสูจน์ได้ เช่น เชื่อว่าโลกกลม

2. ความเชื่อเชิงจริยธรรม คือ ความเชื่อที่ประเมินสิ่งต่าง ๆ ว่าดีหรือเลว ความเชื่อประเภทนี้เกิดขึ้นโดยยึดเกณฑ์ที่ผู้อื่นกำหนดไว้ เช่น ศาสนากำหนดว่า การโกหกเป็นสิ่งที่เลว

3. ความเชื่อเชิงค่านิยม คือ ความเชื่อที่กำหนดทิศทาง และเป้าหมายของการกระทำว่าพึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ ความเชื่อประเภทนี้เกิดขึ้นโดยยึดหลักเกณฑ์เหตุผลในการประเมินคุณค่าที่มีต่อตนเองและผู้อื่น จากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

ลักษณะความเชื่ออย่างทั้งสามนั้น เป็นความเชื่อที่เป็นค่านิยมที่แท้จริง (Real Value) เพราะค่าขึ้นอยู่กับความเชื่อของมนุษย์ว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์กับตน นอกจากนี้ของอย่างเดียวกันอาจมีค่าสำหรับแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ความเชื่ออย่างที่สองถือว่าเป็นความเชื่อทางจริยธรรมเพราะเป็นความเชื่อที่ได้วางกฎเกณฑ์ไว้ตายตัว โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในลักษณะบรรทัดฐานของสังคมได้มีการตัดสินใจไว้แล้ว ถ้าใครไม่ปฏิบัติตามก็จะเป็นบุคคลที่เลว ความเชื่อเชิงจริยธรรม จึงไม่เป็นความเชื่อเชิงค่านิยม แต่ถ้าหากบุคคลได้เห็นในคุณค่า ยอมรับในกฎเกณฑ์จากการประเมินของแนวจริยธรรมนั้น ก็จะกลายเป็นค่านิยมของบุคคลได้ สำหรับคุณธรรม คือ ธรรมะที่เป็นคุณประโยชน์ และจริยธรรม หมายถึงธรรมที่พึงปฏิบัติ หรือธรรมอันประเสริฐที่พึงปฏิบัติ

การประเมินค่านิยม

การประเมินค่านิยมของบุคคลสามารถประเมินได้โดยการสังเกตการเลือกกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ต่าง ๆ การเลือกที่จะแสดงค่านิยมมีลักษณะแตกต่างจากการเลือกที่จะแสดงความชอบ และความสนใจ การเลือกที่จะแสดงถึงค่านิยมมักจะออกมาในรูปแบบการเลือกกระทำบางอย่าง เพื่อผลบางอย่างทั้งที่บางครั้งต้องสูญเสียผลอย่างอื่นบางอย่าง

วิชาชีพ หมายถึง อาชีพที่ต้องมีความรู้พิเศษเฉพาะทาง (Webster, 1977) และต้องผ่านการเรียนรู้จากสถานศึกษาอย่างเต็มที่ในระยะยาว เป็นกลุ่มบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องอยู่ในอาชีพหนึ่ง (Young, 1985) ซึ่งมีเกณฑ์ประเมินคุณสมบัติทางวิชาชีพการพยาบาลตามที่ Hall 1973, อ้างอิงใน พาริตา อิบราฮิม, 2525) ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะสำคัญจะใช้ประเมินคุณลักษณะในทางวิชาชีพการพยาบาลไว้ดังนี้ คือ

1. ให้บริการแก่สังคมโดยอาศัยความรู้ความชำนาญจากการฝึกปฏิบัติ
2. มีความรู้เฉพาะสาขา ซึ่งจะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ที่เพิ่มพูนขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงบริการพยาบาล
3. ให้การศึกษาแก่สมาชิกของวิชาชีพให้ทันสมัยอยู่เสมอ
4. มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานของตน
5. ปรับปรุงบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม
6. รับผิดชอบในการให้ความปลอดภัยแก่สังคมที่รับบริการ
7. ใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มภาคภูมิ
8. ส่งเสริมสวัสดิการและการอยู่ดี รวมทั้งความสนใจของสมาชิก
9. ให้บริการโดยยึดความเสียสละมากกว่ามุ่งตอบแทนทางสินจ้างรางวัล
10. มีจรรยาวิชาชีพเป็นหลักในการควบคุม
11. มีการรวมตัวของสมาชิกเพื่อความเข้มแข็งของวิชาชีพ
12. มีการปกครองตนเอง

คำนิยามทางวิชาชีพ หมายถึงความเชื่ออย่างแท้จริงที่บุคคลในวิชาชีพ ยึดถือเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อวิชาชีพ (Corwin quoted in Kramer, 1968) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยนั้น โดยทั่วไปจรรยาบรรณ ที่พยาบาลต้องถือเป็นหลักปฏิบัติมี 3 อย่างคือ

1. จรรยาที่เกี่ยวกับกฎหมาย
2. จรรยาวิชาชีพพยาบาลไทย
3. ประมวลจรรยาพยาบาลของสภาพยาบาลนานาชาติ ที่พยาบาลทั่วโลกได้ยึดถือปฏิบัติร่วมกัน สมาคมพยาบาล ได้ประกาศใช้จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล เป็นฉบับแรก เมื่อวันที่

26 ตุลาคม 2528 เกี่ยวกับจรรยาต่อวิชาชีพ ไว้ดังนี้ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2531)

1. พึงปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบตามหลักของวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ
2. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ทรงคุณค่าเหมาะสมตามกาลเวลา
3. ศรัทธาต่อวิชาชีพและสนับสนุนให้ความร่วมมือในกิจกรรม
4. พึงสร้างและธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีในการประกอบวิชาชีพ
5. เผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไป

นอกจากนี้ จรรยาต่อประชาชน จรรยาต่อสังคมและประเทศชาติ จรรยาต่อผู้ร่วมงาน และผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และสุดท้ายจรรยาต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับบัญญัติจรรยาพยาบาลของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ค.ศ. 2973 ที่บัญญัติจรรยาพยาบาลกับวิชาชีพพยาบาลไว้ดังนี้

1. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัย และดำเนินการใช้มาตรฐานที่เหมาะสมทั้งในด้านการปฏิบัติ และการศึกษาพยาบาล
2. พยาบาลพึงทำงานอย่างเข้มแข็งในการพัฒนาความรู้อันเป็นแก่นแท้แห่งวิชาชีพพยาบาล
3. พยาบาลพึงช่วยสร้างและธำรงไว้ซึ่งความเป็นธรรมในสังคม และเศรษฐกิจ แต่สภาพการทำงานของพยาบาล โดยกระทำการร่วมกับสมาคมวิชาชีพของตน

ดังนั้น สรุปได้ว่า พยาบาลที่มีค่านิยมทางวิชาชีพสูง ต้องยอมรับในความเป็นวิชาชีพของตน โดยการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับวิชาชีพการพยาบาลไปสู่ความเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์โดย (นิภา ศิษประเสริฐ, 2526)

1. ยึดมั่นในจริยธรรมของวิชาชีพ
2. ยอมรับในความเป็นอิสระของวิชาชีพ
3. ประกอบวิชาชีพโดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพ และรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานสูงสุด ในการให้การพยาบาลอันพึงทำได้ในความเป็นจริงของแต่ละสถานการณ์
4. ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสร้างความรู้อันเป็นแก่นของวิชาชีพ
5. ยอมรับว่า การเข้าสู่วิชาชีพ ควรเป็นการศึกษาวิชาการเฉพาะด้านในระดับการศึกษาชั้นสูง

ศึกษาชั้นสูง

นอกจากนี้ พยาบาลที่มีค่านิยมทางวิชาชีพสูง ต้องมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของวิชา และมีการพัฒนาตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้การบริการ

ค่านิยมทางวิชาชีพกับความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคม

ค่านิยมเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก และเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เป็นตัวกำหนด ตัวตัดสินชี้้นำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง (เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2529) ดังนั้นค่านิยมย่อมมีผลต่อพฤติกรรมพยาบาลค่านิยมทางวิชาชีพพยาบาลจะทำให้พยาบาลยอมรับในความเป็นวิชาชีพของตน โดยการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับวิชาชีพ อย่างเคร่งครัด คือ การยึดมั่นในจริยธรรมของวิชาชีพซึ่งเน้นการให้การพยาบาล ซึ่งมาตรฐานสูงสุดอันจะพึงทำได้ ยอมรับในความเป็นอิสระของวิชาชีพ หมายถึงยอมรับเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวโดยตรง และให้โอกาสแก่เขาได้มีส่วนร่วมในการดูแลด้วย เหล่านี้ เป็นแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม Arnold และ Boggs (1989) ค่านิยมทางวิชาชีพจะเป็นภาพสะท้อนที่ขยายให้เห็นค่านิยมเฉพาะของบุคคล ซึ่งมีอยู่ในตนเอง ดังเช่น ค่านิยมขณะเป็นนักเรียนที่ต้องการเป็นพยาบาล เมื่อหาเหตุผลจะพบว่ามีความต้องการช่วยเหลือ หรือต้องการประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกับคนอื่นเป็นต้น ย่อมจะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่มีค่านิยมทางวิชาชีพในการยึดหลักเกณฑ์แห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลมากขึ้น เพราะค่านิยมส่วนบุคคลนั้นสอดคล้องกับค่านิยมวิชาชีพนั่นเอง ซึ่งสิ่งที่สำคัญของหน้าที่พยาบาลคือ การปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นค่านิยมพื้นฐาน และกฎระเบียบของการพยาบาลเพื่อแสดงถึงความเป็นวิชาชีพ และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ดังที่ Abdellah (1960) ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นหลักในการปฏิบัติพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. พยาบาลต้องสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอติดต่อกัน ต้องมีทักษะในการปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาล และมีความสามารถในการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
2. ต้องมีความสามารถในการสังเกตและรายงานอาการแสดง หรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผิดแปลกไปจากสภาพปกติ
3. ต้องเข้าใจความหมายของอาการและอาการแสดงดังกล่าว ที่บอกถึงภาวะการ

เปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาการพยาบาล และวิธีการพยาบาลที่เหมาะสม

4. ประสิทธิภาพการพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพได้อย่างดีที่สุด พยาบาลต้องให้การวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดวิธีการพยาบาลที่ชัดเจน และพยายามทุกวิถีทางให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอของอับเดลลา มุ่งความสำคัญที่ผู้ป่วย และมุ่งให้พยาบาลตระหนักในบทบาทและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีสุขภาพและวิชาชีพ นอกจากนี้ต้องเข้าใจโรค และปัญหาผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เหล่านี้สอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

จากการศึกษาวิจัยของ เรเวตี คีรินคร (2532) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ค่านิยมทางวิชาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ แต่อยู่ในระดับต่ำ ($r = .09$)

จากการศึกษาวิจัยของ Schank และ Weis (1989) เรื่องค่านิยมทางวิชาชีพและค่านิยมที่สะท้อนจากกฎเกณฑ์พยาบาล (The Code for Nurses) พบว่า ค่านิยมทางวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ค่านิยมจากสังคมพยาบาล

การวิจัยของ Thurston และคนอื่น (1989) เรื่อง ค่านิยมของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาอื่นในมหาวิทยาลัยเดียวกัน เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เปรียบเทียบค่านิยมทางวิชาชีพและค่านิยมเฉพาะบุคคลของนักศึกษาคณะพยาบาล และนักศึกษาอื่น พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความมุ่งมั่นต่อค่านิยมทางวิชาชีพ ศักดิ์ศรีของมนุษย์ (human dignity) มากกว่า ค่านิยมแห่งความเสมอภาค และความงาม (esthetics) และความมีความมุ่งมั่นต่อการช่วยเหลือผู้อื่นมากกว่าความงาม

ค่านิยมของบริการ (Service Values)

ค่านิยมทางบริการ หมายถึง ความเชื่ออย่างแท้จริงที่บุคคลยึดถือเป็นแนวทางการให้บริการต่อบุคคลอื่น (Corwin quoted in Kramer, 1974) การพยาบาลนั้นเป็นการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยต่อบุคคล สังคม ชุมชน ละออบ หุตาจตุร (2522) กล่าวถึงความรับผิดชอบในการให้การพยาบาล โดยเคารพในสิทธิมนุษยชนว่า พยาบาลต้องยอมรับ เคารพในความ ต้องการพื้นฐานอันเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วย ตามแถลงการณ์ของ KN ว่าด้วย บทบาทของ พยาบาลในการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน ในปี 1983 มีใจความสังเขปดังนี้

พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมีความรู้ในสิทธิมนุษยชนของผู้อื่น มีความกล้าหาญ และ ยึดถือเป็นหน้าที่อันอันที่จะพิทักษ์สิทธิมนุษยชน ในกรณีใดไปนี้ด้วยความสุจริตรอบคอบ

สิทธิของผู้ที่จำ เป็นต้อง ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

1. คนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพ โดยไม่เสือกฐานะการเงิน ระบบการเมือง ถิ่นที่อยู่อาศัย เชื้อชาติศาสนา พยาบาลควรช่วยาให้เพื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือ ดูแลโดยเสมอภาคกัน

2. พยาบาลต้องช่วยาให้การดูแลช่วยเหลือผู้จำเป็นใช้บริการของแหล่งบริการทาง สุขภาพอนามัยในสังคม ำให้เป็นไปได้อย่างดีที่สุดตดยการปฏิบัติที่สอดคล้องกับจรรยาบรรณในการ ประกอบวิชาชีพของตน

3. ผู้ป่วยหรือนักโทษที่ถูกจำขัง มีสิทธิที่จะปฏิเสธอาหาร และการรักษาเฉพาะอย่าง พยาบาลควรใช้เหตุผลอธิบายแก่บุคคลในสภาวะนั้น แต่ไม่ควรร่วมปฏิบัติในการบังคับให้อาหารและ ยาแก่เขา

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2523) กล่าวถึงการให้บริการของพยาบาลไว้ว่า ในการ ำให้การพยาบาลนั้น พยาบาลเชื่อต่อความเป็น "บุคคล" ของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการซึ่งเป็นต้นเหตุ ำให้การพยาบาลแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ในฐานะของ "บุคคล" คือ

1. บุคคลมีความสามารถต่าง ๆ กัน ในการป้องกันหรือได้ตอบต่อภาวะกดดัน (stress) ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ

2. บุคคลถูกสร้างให้มีกลไกในการคงความสมดุลย์ภายในร่างกาย โดยจัดให้มีขีด ความสามารถ และ/หรือ ระยะเวลาที่จะต่อต้านต่อภาวะกดดันได้ โดยไม่เกินขีดความจำกัดที่

สะสมไว้

3. บุคคลได้ตอบสนองต่อภาวะกดดันด้านการเจ็บป่วยทั้งร่างกาย คือ โดยสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา
4. บุคคลต้องการความมีคุณค่าในตนเอง
5. บุคคลมีสิทธิในการคงความเป็นอิสระของตนเอง (autonomy) แม้อยู่ในระหว่างการเจ็บป่วย
6. บุคคลมีสิทธิและมีความรับผิดชอบต่อการร่วมงานในการดูแลด้านสุขภาพที่ตนเองได้รับ
7. บุคคลมีความสามารถในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเรียนรู้
8. ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากวัฒนธรรมของเขาได้
9. พฤติกรรมของบุคคลมีจุดมุ่งหมาย
10. ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เสมอ โดยเฉพาะในภาวะที่ไม่รู้
11. ผลของความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม ในสภาพการเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ ทำให้เกิดวุฒิภาวะ
12. บุคคลไม่อาจแยกออกจากครอบครัว เพื่อนและส่วนอื่นที่สำคัญ แต่ต้องเป็นของกันและกัน
13. บุคคลจะแปลความและได้ตอบสนองสถานการณ์ปัจจุบันตามประสบการณ์เดิม
14. ประสบการณ์ด้านความต้องการมีขั้นตอน คือ ความต้องการเพื่อยังชีพ และความปลอดภัยมาก่อน จึงเป็นความต้องการความรัก ความนิยมชมชอบ ความก้าวหน้าและความสำเร็จในชีวิต

ดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของพยาบาลต่อการบริการ แสดงให้เห็นถึงค่านิยมทางบริการพยาบาลที่สำคัญพอสรุปได้ คือ

1. ในการประกอบวิชาชีพ ต้องมุ่งปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ให้ความเคารพในความรู้สึกค่านิยม ขนบธรรมเนียม ความเชื่อในลัทธิศาสนาและการเมืองของผู้รับบริการ
2. ในการประกอบวิชาชีพ จะต้องให้ความสำคัญในความเป็น "บุคคล" ของผู้รับบริการ โดยให้ความสำคัญทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม โดยถือว่าสิ่งเหล่านี้แยกจากกันมิได้

3. ในการประกอบวิชาชีพ ให้นำบริการแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีชีวิตตามกิจวัตร และให้ความสำคัญต่อการบริการผู้ป่วยโดยตรง (Bedside nursing)

ค่านิยมทางบริการกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

การที่ค่านิยมทางบริการทำให้บุคคลมีความเชื่ออย่างแท้จริงต่อวิธีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ให้ความเคารพในความรู้สึก ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ความเชื่อในลัทธิศาสนาของผู้รับบริการ และจะต้องให้ความสำคัญในความเป็นบุคคลโดยให้ความสำคัญทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม นอกจากนี้ยังเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลมีชีวิตรวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม จากที่ว่า ค่านิยมจะก่อให้เกิดแรงกระตุ้น และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมุ่งไปสู่การปฏิบัติโดยยึดถือค่านิยมทางบริการของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้น จะมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมด้วย และ Corwin quoted in Kramer, 1974) กล่าวว่า การแสดงบทบาทของพยาบาลจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของค่านิยมที่สำคัญ ได้แก่ ค่านิยมทางวิชาชีพ ทางบริการ ดังนั้นค่านิยมทางบริการจะบ่งชี้บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ชัดเจนขึ้น

ความร่วมมือรู้สึกกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

พรรณราย ทรัพย์ะประภา (2527) กล่าวว่า ความร่วมมือรู้สึกเป็นความเข้าใจ ในความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกของผู้อื่น และ วัชรีย์ ทรัพย์มี (2522) เพิ่มเติมในกระบวนการให้คำปรึกษาว่า ความเข้าใจไม่ใช่ความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ ได้มาจากผลการทดสอบประวัติของผู้รับบริการหรือการศึกษาผู้รับบริการเป็นรายบุคคลอย่างละเอียดเท่านั้น แต่เป็น ความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการโดยปราศจากการประเมินหรือแยกประเภท ลักษณะ ปัญหาหรือต้นเหตุแห่งปัญหา

ความร่วมมือรู้สึก เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ เพราะถ้าเราไม่สามารถเข้าใจผู้อื่นแล้ว เราจะไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้ ดัง Carkhuff (1977) กล่าวว่า หากปราศจากความร่วมมือรู้สึกแล้วก็จะไม่มีพื้นฐานในการให้ ความช่วยเหลือ ความร่วมมือรู้สึก เป็นความเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่นซึ่งจะมีประจำตัวคนทุกคนไม่มากก็น้อย (เป็ลื่อง ณ นคร, 2495) โดยจะอยู่ในรูปของสัญชาตญาณการเลียนแบบดัง Katz (Zderad, 1969) กล่าวว่า มนุษย์เกิดมาเพื่อเข้าใจและสังเกตเห็นและเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น ซึ่งความสามารถนี้ไม่ได้อยู่ในร่างกาย แต่อยู่ในระบบของความรู้สึกภายใน อันเป็นพรสวรรค์ทางจินตนาการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมนุษย์ แต่การแสดงออกของความร่วมมือรู้สึก และการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกให้มีระดับสูงขึ้นในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากคนมีพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคมแตกต่างกันพยาบาลที่มีความร่วมมือรู้สึก จะเป็นผู้ที่เข้าใจและมีความรู้สึกส้อยตามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะอย่างหนึ่งอันเป็นความสามารถที่สำคัญของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) ดังคำกล่าวของ Stetler (1977)

กล่าวว่า ความร่วมมือรู้สึกเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสร้าง สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นับเป็นวิธีการที่ช่วยในการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลจะเข้าใจความรู้สึกสภาวะ และ พฤติกรรมของผู้ป่วย จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายได้ นับว่าเป็นกระบวนการ ซึ่งพยาบาลสามารถเข้าถึงซึ่งความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยที่อยากให้มีคนเข้าใจ

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Rawsley (1980) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง ความร่วมมือรู้สึกและแรงส่งเสริมที่สนับสนุนให้ผู้บริการมีพฤติกรรมช่วยเหลือ

จากการที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลด้านจิต สังคม (Gorman, Sultan and Raines, 1989; Barry, 1989) และ เนื่องจากความร่วมมือรู้สึกเป็นตัวแปรสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือรู้สึกย่อมมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลด้านจิต สังคมด้วย

แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ (Professional support among team members)

แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่ง Kaplan และ คนอื่น (1977) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ไว้ว่าเป็นการ ติดต่อกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับความพึงพอใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม และ Kahn (quoted in Norbeck, 1988) ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีระหว่างบุคคล การยอมรับพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ หรือแสดงออกให้เห็นถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนของสังคมในการทำงาน คือแรงสนับสนุนจากกลุ่มคนในวิชาชีพ (Professional support group) ในที่นี้จะขอเขียนให้ กระทัดรัดว่าเป็นแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ หรือกลุ่มสนับสนุนทางวิชาชีพ

ความหมายของกลุ่มสนับสนุนทางวิชาชีพพยาบาลหรือแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ คือ กลุ่มคนเล็ก ๆ ในวิชาชีพพยาบาลที่มีความสนใจร่วมกัน มีการพบปะกันเป็นระยะๆ เพื่อจะเรียนรู้และ สนับสนุนซึ่งกันและกันในการพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้า (Jacobson and McGrath, 1983) การลดความเครียดในการปฏิบัติงานพยาบาลควรมีโอกาสที่จะระบายและมีส่วนร่วมในงาน รวมทั้ง การพบปะกับเพื่อนร่วมงาน กลุ่มสนับสนุนไม่ใช่การรักษาทางจิต แต่จะช่วยเพิ่มความรู้สึก (sense) เกี่ยวกับ อานาจหรือความสามารถทางจิต ซึ่งไม่ใช่เป็นเฉพาะภายในจิตใจ (intrapsychic) หรือปัญหาระหว่างบุคคล แต่เป็นการที่สมาชิกมารวมกลุ่มกันเพื่อระบายปัญหาร่วมกัน การตัดสินใจ ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน มีการสนับสนุนกัน และสุดท้ายเพื่อเป็นการคงสภาพของกลุ่มไว้

การเกิดกลุ่มสนับสนุนทางวิชาชีพ (Forming a Professional Support)

การมีกลุ่มสนับสนุนทำให้ลดความเครียดได้ ความรู้สึกของสมาชิกในการแก้ปัญหาและ การมีส่วนร่วมเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความพอใจ

Kirschenbaum และ Glaser (1978, quoted in Jacobson and McGrath, 1983) ได้ให้แนวคิดในการเกิด กลุ่มสนับสนุนทางวิชาชีพไว้ โดยให้พิจารณาสิ่งเหล่านี้ คือ

1. ให้พิจารณาถึงสิ่งที่สมาชิกมีประสบการณ์ร่วมกัน สนใจในเรื่องเดียวกัน สนใจในการเกาะกลุ่มกัน
2. พิจารณาถึงขนาดของกลุ่ม กลุ่มเล็กจะทำได้ง่ายในการพบปะ การพบปะกันมาก ยิ่งทำให้กลุ่มเกาะกันเหนียวแน่นยิ่งขึ้น กลุ่มใหญ่จะมีความคิดกว้างมาก สำหรับกลุ่มเล็กการมีส่วนร่วมในกลุ่มจะน้อย
3. พิจารณาความสมดุลย์ ความเหมือนและไม่เหมือนกันของคนในกลุ่ม การที่มีคนหนึ่งมีการแสดงออกมากเกินไปมีผลให้กลุ่มดำเนินไปอย่างไร้ประสิทธิภาพได้

ชนิดของแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ

แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ เป็นมิติหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง ความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมวิชาชีพที่บุคคลต้องการได้รับจากการติดต่อกับบุคคลในวิชาชีพ การแบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางวิชาชีพแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้ศึกษา สำหรับแนวคิดของ House (1981, quoted in Sethi and Schuler, 1984) ได้แบ่งออกเป็น 4 ชนิดดังนี้

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Concern) ได้แก่แรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่รัก เป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่ห่วงใยของผู้อื่น
2. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental aid) ได้แก่การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลรวมทั้งการเสียสละเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) ได้แก่การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. แรงสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง (Appraisal) ได้แก่การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตัวเอง และทำให้รู้จักการเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม

Napier and Bueno (quoted in Lachman, 1983) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมวิชาชีพเป็น 2 ชนิด

1. แรงสนับสนุนด้านความสำเร็จในชีวิต (Career Support) ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่ทำให้ตนต้องการประสบความสำเร็จ ช่วยให้มีความคิดริเริ่ม เป็นผู้ที่ตนยอมรับ

ความสามารถและสามารถเรียนรู้จากบุคคลนั้นได้ และยังให้การช่วยเหลือด้านการประเมินผลการทำงานหรือรับฟังปัญหาในการทำงาน สามารถเป็นที่ปรึกษาในการทำงานได้ (mentor)

อีกบุคคลหนึ่งคือ ผู้ที่ช่วยเหลือในการรับฟังการปรับทุกข์ โดยไม่พยายามในการช่วยแก้ปัญหา ซึ่งคือ เพื่อนร่วมงานที่สามารถจะรับฟังคอยไม่ให้คำแนะนำเพื่อตัดสินใจ (bitch buddy)

2. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่ทำให้ตนเองเป็นที่รักเป็นที่ห่วงใย เป็นที่ไว้วางใจ เป็นบุคคลที่จะอยู่เคียงข้างตนตลอดไป ซึ่งทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า

แรงสนับสนุนทางวิชาชีพกับความสามารถในการปฏิบัติกรรพยาบาลด้านจิตสังคม

ได้มีการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน หลายกรณี พบว่าแรงสนับสนุนในลักษณะนี้ สามารถลดความเครียดได้อย่างมาก Pines และ Kafry (1978, Lachman, 1983) ำให้ข้อสังเกตว่า องค์ประกอบที่สำคัญในขวัญและกำลังใจของบุคลากร คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน แรงสนับสนุนจากกลุ่มทำงานจะมีการแบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกันเป็นผลให้ความเครียดในการทำงานลดลง การร่วมกันแก้ปัญหา และความขัดแย้งในกลุ่มผู้ร่วมงาน จะเป็นแรงส่งเสริมให้ความตึงเครียดในการทำงานลดลง การพัฒนาแรงสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความตึงเครียดในการทำงาน (Johnson and others, 1982)

แรงสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพ ทำให้พยาบาลมีสติปัญญาในการแก้ปัญหาความขัดแย้งในการทำงาน (Barry, 1989) พยาบาลมีโอกาที่จะเกิดอารมณ์ต่าง ๆ มากมาย ขณะปฏิบัติงาน เช่น รู้สึกเศร้าสลดกับการตายของผู้ป่วย ความรู้สึกคับข้องใจ (frustration) จากการที่ไม่สามารถปฏิบัติงานให้ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีความรู้สึกลำบากใจกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต้องการทดสอบการทำงานของพยาบาล ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งจะมีผลต่อการทำงาน นอกจากนี้การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นอาจเกิดความขัดแย้งที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ ทำให้พยาบาลเกิดความโกรธ เกิดภาวะสิ้นหวังในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างยาวนานจนสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับมาตรฐานและค่านิยมได้นั้นจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ป้องกันต่อต้านความตึงเครียดในงานได้ (Pines and Kafry, 1978 quoted in Lachman, 1983)

Baillie, Norbeck และ Barns (1988) ได้ทำการศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความตึงเครียดจากภาวะจิตใจของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางจิตใจ โดยให้การดูแลเป็นเวลานาน และเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะเสี่ยงต่อความเครียดและความตึงเครียดทางจิต

Cobb (1976, quoted in Mitchell and Larson, 1988) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากผู้มีเทศก์ ผู้ร่วมงาน เพื่อนและญาติ สามารถลดความเครียดจากภาวะจิตใจได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Constable และ Russell (1983) ได้รายงานเกี่ยวกับผลของแรงสนับสนุนจากผู้มีเทศก์พยาบาลต่อการปรับตัวของพยาบาลกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่าผู้มีเทศก์พยาบาลที่แสดงออกถึงการสนับสนุน และการกระตุ้นอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เพิ่มความสามารถและความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล และพบว่าการที่มีแรงสนับสนุนจากผู้มีเทศก์น้อยทำให้มีผลทางลบต่อการเผชิญปัญหาของพยาบาล ผลของการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการเพิ่มแรงสนับสนุนแก่พยาบาลดังนี้คือ

1. รับฟังในเรื่องที่พยาบาลพูดและมีปฏิริยาตอบสนองอย่างจริงจังด้วยท่าทีที่เหมาะสม
2. ยอมรับในความเป็น "บุคคล" ของพยาบาล เข้าใจจุดเด่นจุดด้อย ความชอบไม่ชอบและใช้ความรู้ในการจัดการมอบหมายงาน
3. พยายามให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกให้มากและบ่อยครั้ง
4. เมื่อผู้มีเทศก์มีภาวะวิตกกังวลต้องให้พยาบาลมีส่วนร่วมรับรู้และบอกวิธีการลดความวิตกกังวลและสนับสนุนให้พยาบาลทำตามเมื่อประสบความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมในความรู้สึกสามารถลดความตึงเครียด ความโกรธได้
5. ระบบการให้รางวัลควรจะมีคามยุติธรรม
6. จัดระบบให้พยาบาลได้มีเวลาเป็นของตนเองอย่างเพียงพอ เช่น การพักระหว่างวัน การหยุดพักผ่อน
7. ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงนโยบายใหม่ และการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่จะมีผลเกี่ยวข้องกับเขา
8. มั่นใจได้ว่าเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การสอดคล้องกับเป้าหมายของพยาบาล

9. มีการสื่อสารกันอย่างเปิดเผยภายในองค์การ โดยเฉพาะผู้initeศร์ควรเป็นผู้ริเริ่มบรรยากาศนี้

10. ผู้initeศร์ควรเป็นผู้ริเริ่มในการให้การสนับสนุน

Browner (1987) ได้วิจัยเกี่ยวกับความเครียดในการทำงานและสุขภาพกับบทบาทของแรงสนับสนุนในที่ทำงาน ของเจ้าหน้าที่ด้านจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยปัญญาอ่อน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง พบว่า ภาวะเครียดมาจากที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถควบคุมวิกฤตการณ์จากงานไม่ใช่จากผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่มีแรงสนับสนุนดี มีสุขภาพกายและจิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

ประสบการณ์ทำงานด้านพยาบาลกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

บุคคลที่มีประสบการณ์การทำงานกับคนหลายคน หลายประเภท จะทำให้มองชีวิตได้กว้างไกล ครอบคลุมและลึกซึ้ง และจะมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้นด้วย (จินตนา ฤทธิบรรพ, 2527) และวุฒิภาวะเป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปริมาณและคุณภาพของงาน (ไชแสง ขวศิริ, 2528) นอกจากนี้เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น ความคิดอ่านและการมองเห็นปัญหาจะชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจมากจะสามารถเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้เร็วกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า (ทัศนา บุญทอง, 2530) เมื่อเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้เร็วจะสามารถให้การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตใจได้รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์ได้

ปัจจัยที่กล่าวทั้งหมด เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยฝ่ายกาย ที่ผู้วิจัยได้คัดสรรมา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ดังที่เสนอในกรอบแนวคิดต่อไปนี้

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

ค่านิยมทางวิชาชีพ

- ยึดมั่น ในจริยธรรมของวิชาชีพ
- ยอมรับ ในความเป็นอิสระของวิชาชีพ
- ประกอบวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ของวิชาชีพ และมาตรฐานของวิชาชีพ
- ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสร้างความรู้อันเป็น แก่นของวิชาชีพ
- ยอมรับว่า การเข้าสู่วิชาชีพควร เป็น การศึกษาวิชาการ เฉพาะด้าน ใน สถาบันการศึกษาระดับสูง

ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านจิตสังคม

- การประเมินสภาพผู้ป่วย
- การวินิจฉัยการพยาบาล
- การวางแผนการพยาบาล
- การปฏิบัติการพยาบาล
- การประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล

ค่านิยมทางบริการ

- ในการประกอบวิชาชีพต้องมุ่งปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย และ เคารพในความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล
- ให้ความสำคัญในความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ

ความร่วมมือรู้สึก (Empathy)

- ระดับที่ 1 การตอบสนองที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ระดับที่ 2 การตอบสนองที่สื่อความให้ทราบบ้างบางส่วน
- ระดับที่ 3 การตอบสนองที่สื่อความให้ทราบถึงความรู้สึกที่แสดงออกทางคำพูด
- ระดับที่ 4 การตอบสนองที่สื่อความให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจลึกถึง ไปถึงสิ่งที่อยู่ภายใต้ ระดับของการรู้สึกตัว

แรงสนับสนุนทางวิชาชีพ

- การสนับสนุนด้านอารมณ์
- การสนับสนุนด้านสิ่งของ
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- การสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง

ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล