

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การทำงาน อึดมโนทัศน์ สภาพแวดล้อมทางคลินิก สัมพันธภาพในทีมสุขภาพ ความร่วมรู้สึก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหามทางกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนเขตพัฒนาอุตสาหกรรม ชายฝั่งทะเลตะวันออก ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ บทความ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำมาเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแก้ปัญหามทางกรพยาบาล
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ปัญหามทางกรพยาบาล
 - 1.2 ปัญหามทางกรพยาบาล
 - 1.3 การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนเขตพัฒนาอุตสาหกรรม ชายฝั่งทะเลตะวันออก
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหามทางกรพยาบาล
 - 2.1 ประสพการณ์การทำงาน
 - 2.2 อึดมโนทัศน์
 - 2.3 สภาพแวดล้อมทางคลินิก
 - 2.4 สัมพันธภาพในทีมสุขภาพ
 - 2.5 ความร่วมรู้สึก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ

ปัจจุบันนี้วิทยาการและเทคโนโลยีต่างๆ ก้าวหน้ามากขึ้น หน่วยงานมีลักษณะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ความซับซ้อนก็เพิ่มขึ้น การตัดสินใจจำเป็นต้องมีหลักการ และอาศัยข้อมูลต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาโดยใช้วิจารณญาณ และความรอบคอบมีเหตุมีผล (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

ความสำคัญของการตัดสินใจ

การตัดสินใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีความสำคัญต่อชีวิตและการทำงานของคนไม่น้อยเลย ในบางสถานการณ์ การตัดสินใจผิดไป อาจหมายถึงชีวิตทั้งชีวิตต้องสูญเสียชีวิตทั้งชีวิตก็อาจเกิดขึ้นได้ การตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตประจำวันของคน (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, ม.ป.ป.) ในการตัดสินใจนับเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบริหารและพยาบาลประจำการ ซึ่งจะต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแอร์ หัวหน้าทีม หรือผู้ร่วมทีมคนหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) การตัดสินใจจำเป็นต้องถูกต้องทันต่อเหตุการณ์จึงจะสามารถช่วยและป้องกันชีวิตของผู้ป่วยได้ การตัดสินใจเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และฝึกให้เกิดความชำนาญได้ การตัดสินใจที่ดีจึงมีความสำคัญที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้งานบรรลุตามเป้าหมาย ประหยัดเวลา แรงงาน และทรัพยากร ช่วยลดความขัดแย้ง ซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจ จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจ และมีการพัฒนาศักยภาพของคนให้ประสบความสำเร็จในงานและการดำรงชีวิต (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) จนเห็นว่าความสำคัญของการตัดสินใจนั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่จะดำเนินการให้องค์การนั้นประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวลงได้

ความหมายของการตัดสินใจ

การตัดสินใจ เป็นคำที่มีความหมายตรงกับกรวินิจฉัยสั่งการ หรือการตัดสินใจสั่งการ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Decision Making มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายดังนี้

Jones and Beck (1996) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การจัดการกับปัญหาทางด้าน การบริหาร และการปฏิบัติในคลินิก

Swansburg and Swansburg (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือก
ทางเลือกจากทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามทางเลือกนั้น

Gillies (1994) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่ปรารถนาจาก
หลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

Leigh และ Dothety (1986) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง เครื่องมือในการแก้ปัญหา
โดยมีการระบุทางเลือกและเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด

Wren (1974 อ้างถึงใน อุดมรัตน์ สงวนธรรม, 2534) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง
กระบวนการเลือกหนทางปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งจากทางเลือกต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

สุถักณณ์ มีชูทรัพย์ (2530, 2539) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทาง
ปฏิบัติทางใดจากหลายๆ ทาง

จงกลนิษฐ์ ขศบรรดาศักดิ์ (2535) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกแนวทาง
ปฏิบัติ โดยถือเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเป็นเครื่องตัดสินใจจากทางเลือกหลาย ๆ ทาง เพื่อให้บังเกิดผลดีที่
สุดต่อองค์การ และบรรลุวัตถุประสงค์กล่าวที่ต้องการ

กรองแก้ว อยู่สุข (2535) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกสิ่งหนึ่งจากหลายๆ สิ่ง
หรือเลือกที่จะปฏิบัติทางใดทางหนึ่งจากหลายๆ ทางที่มีอยู่

วิเชียร ทวีลาภ (2534) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง การพิจารณาไตร่ตรองเลือกหาวิธี
การ ซึ่งเป็นการตัดสินใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่จะนำไปสู่จุดหมายปลายทาง

การตัดสินใจเป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่
การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไป
ปฏิบัติ และติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเพื่อเลือกหนทางปฏิบัติ
ที่ดีที่สุด (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533)

จากแนวความคิดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปความหมาย การตัดสินใจได้ว่า คือ
กระบวนการที่พยาบาลคิดพิจารณาข้อมูลโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คิดแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน
คือการระบุปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ทางเลือก และทางเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ที่มี
สภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านความต้องการพื้นฐานต้องการการดูแลเอาใจใส่ร่างกายจิตใจและ
สังคม

ทฤษฎีการตัดสินใจ

Feldman and arnold (1983 อ้างถึงใน รุจิรา อินทรกุล, 2531) ได้แบ่งทฤษฎีการตัดสินใจไว้ 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีการตัดสินใจแบบดั้งเดิม (Traditional theory)

เป็นทฤษฎีการตัดสินใจที่มีสมมติฐานว่า การตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นเหตุเป็นผล ชีวระเบียบแบบแผนเป็นเกณฑ์ ผู้บริหารมีอำนาจในการตัดสินใจสั่งการอย่างเต็มที่โดยเหตุผลหรือปราศจากเหตุผลอันควรก็ตาม เป็นการตัดสินใจในรูปแบบของการรวมอำนาจ ผู้ตัดสินใจต้องพยายามสรรหาหรือคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อจะนำไปสู่ความสำเร็จให้มากที่สุด

2. ทฤษฎีพฤติกรรมในการตัดสินใจ (Behavioral Theory)

ไซมอนเป็นผู้ที่ได้รับฉายาว่าเป็นบิดาทฤษฎีแห่งการตัดสินใจ ไซมอนและคณะ (Simon, et. al.) ให้แนวความคิดไว้ว่า ความสามารถของมนุษย์ในการแก้ปัญหานั้นมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างมีเหตุผล ฉะนั้นในการตัดสินใจของคนนั้น จะต้องอยู่ในสภาพที่มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถหาทางเลือก รวมทั้งไม่สามารถ ประเมินทางเลือกได้ทุกทาง และไม่สามารถบอกได้ว่าทางเลือกไหนจะให้ประโยชน์สูงสุด กล่าวคือมีข้อจำกัดทางการให้เหตุผล ซึ่งถูกสนับสนุนอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้คนจึงจะประเมินทางเลือกต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่พอใจ และยอมรับได้ นับว่าเป็นการตัดสินใจที่มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมของกลุ่มชนหรือองค์การ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมาก เพราะพฤติกรรมเหล่านี้มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ตัดสินใจจึงจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ มาช่วยในการตัดสินใจมากขึ้น เช่น ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ทางด้านสถิติและการวิจัย เป็นต้น เพื่อให้การตัดสินใจรวดเร็วและ ประหยัดได้ผลแน่นอนตรงตามวัตถุประสงค์

3. ทฤษฎีความขัดแย้งในการตัดสินใจ (Conflict theory of Decision Making)

Lanis and Mann(1983) ได้พัฒนาแนวความคิดที่ว่า การตัดสินใจนั้นโดยธรรมชาติแล้วจะก่อให้เกิดความกดดันและความขัดแย้งเกิดขึ้น ซึ่งถ้าความกดดันและความขัดแย้งอยู่ในระดับสูงมาก ก็จะใช้กระบวนการนั้นได้เหมาะสม และคุณภาพการตัดสินใจขึ้นอยู่กับกระบวนการในการประมวลและประเมินข้อมูล ความกดดันเกิดได้หลายระดับ และกระบวนการในการประมวลและประเมินข้อมูลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อความกดดันอยู่ในระดับสูงพอเท่านั้น

กระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจ เป็นกระบวนการแห่งสติปัญญา และการใช้ความรู้ในการปฏิบัติตามลำดับขั้นตอนด้วยการวิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผล ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้แบ่งกระบวนการตัดสินใจไว้ต่างๆ กันดังนี้

วิเชียร ทวีลาภ (2534) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 2 ขั้นตอน คือ

1. การพิจารณา ไตร่ตรอง วินิจฉัยปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา
2. การตัดสินใจเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติ

กรองแก้ว อยู่สุข (2535) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การพิจารณาตัวปัญหา
2. การพิจารณาหาทางเลือกเพื่อการตัดสินใจ
3. การประเมินผลทางเลือก
4. การตัดสินใจเลือก

รสนา อัชชะกิจ (2537) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การระบุหัวข้อในการตัดสินใจ
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจ
3. การวิเคราะห์ทางเลือก
4. วิเคราะห์ข้อเสียแต่ละทางเลือก

Leigh and Doherty (1986) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 4 ขั้นตอน คือ

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

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

1. การระบุปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือก

3. จัดเรียงทางเลือก และดำเนินการเลือก
4. ปฏิบัติตามทางเลือกให้ทันกับเวลาที่กำหนด
5. ประเมินผล

อุคมรัตน์ สวงวนศิริธรรม (2534) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจมี 5 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการแก้ปัญหา
2. วิเคราะห์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ
3. กำหนดทางเลือกต่างๆ
4. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินทางเลือก
5. ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

Gillies (1994) ได้เสนอขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจไว้ 9 ขั้นตอน คือ

1. ระบุเป้าหมายและอำนาจในการตัดสินใจ
2. ระบุปัญหา
3. ระบุหลักเกณฑ์ในการแก้ปัญหา
4. ค้นหาทางเลือกและกำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้
5. ใช้หลักเกณฑ์พิจารณาแต่ละทางเลือก
6. เลือกทางเลือกจากหลายทางเลือก
7. พิจารณาไตร่ตรองทางเลือกที่เลือกอย่างรอบคอบ
8. ดำเนินการตัดสินใจเลือก
9. ตรวจสอบการตัดสินใจและสนับสนุนทางเลือกที่เลือกในการตัดสินใจ

พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์ (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ 10 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดจุดมุ่งหมาย และให้ลำดับความสำคัญ
2. การรับรู้ว่ามีปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจ
3. กำหนดปัญหาให้ชัดเจน
4. กำหนดเกณฑ์ในการเลือกข้อตัดสินใจ
5. แสวงหาแนวทางเลือกต่างๆ
6. กำหนดผลดี-ผลเสีย และผลที่ตามมาของการเลือกข้อตัดสินใจ
7. ตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติที่ดีที่สุด
8. คำนึงถึงผลที่ตามมาจากการเลือกทางเลือกนั้น

9. ปฏิบัติตามทางเลือกนั้น
10. ขั้นวัดและประเมินผลการตัดสินใจ

การตัดสินใจที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น จะขึ้นอยู่กับกระบวนการหรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ตัดสินใจแต่ละคนนำไปใช้ โดยทั่วไปแล้วกระบวนการตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ได้รับการยอมรับว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากแนวคิดการตัดสินใจ ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสรุปการตัดสินใจเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา เป็นการพิจารณาประมวลเหตุการณ์ วิเคราะห์เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูล หลักฐาน ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะอธิบายถึงปัญหา และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการพิจารณาเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของทางเลือกแต่ละทางเพื่อหาทางเลือกที่ดี และเหมาะสมที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 การเลือกปฏิบัติ เป็นการนำข้อมูลตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด เพื่อนำไปปฏิบัติ

เขียนเป็นแผนภูมิ ขั้นตอนการตัดสินใจได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนในการตัดสินใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นระบุปัญหา

การกำหนดปัญหาหรือสามารถระบุถึงปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญประการแรกของการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่ควรพิจารณาคืออะไร เป็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจ และเป็นปัญหาที่แท้จริง (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534) สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวถึงขั้นระบุปัญหาว่าต้องพิจารณาปัญหาที่จะตัดสินใจนั้นเป็นปัญหาอะไร มีลักษณะอย่างไร มีขอบเขตแค่ไหน ต้องการแก้ไขส่วนใด ในการระบุปัญหานั้น การที่จะทราบถึงปัญหาที่แท้จริง จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง หรือเป็นจริง รวมทั้งข้อคิดเห็นต่างๆ (Swansburg and Swansburg, 1995) ซึ่งมีหลักฐานและแหล่งข้อมูลที่แน่นอน ในทางปฏิบัติแล้วมักจะพบเสมอว่า การที่จะทราบถึงปัญหาที่แท้จริง หรือปัญหาที่สำคัญนั้นเป็นไปได้ยากมาก เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงนั้นมักจะเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและต่อเนื่องกัน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) และวิเชียร ทวีลาภ (2534) ได้เน้นถึงความสำคัญของการพิจารณาปัญหาต่อการตัดสินใจและได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนว่า การตัดสินใจจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถของ ผู้ทำการตัดสินใจในการวินิจฉัยปัญหา รู้จักตัวปัญหาที่แท้จริง สามารถเขียนปัญหาออกมาได้ชัดเจน กำหนดขอบเขตของปัญหาเพื่อมิให้กว้างเกินไป เพื่อให้ขอบเขตของปัญหา แคลง ควรแยกเป็น

1. ปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาเร่งด่วนที่ใช้ระยะเวลาสั้น และจำเป็นต้องมีการแก้ไข คำน
2. ปัญหารอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือไม่เป็นสาเหตุของปัญหาเฉพาะหน้า

สิ่งที่จะเป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการตัดสินใจ คือ การที่ผู้ตัดสินใจไม่สามารถค้นหา และ กำหนดตัวปัญหาที่แท้จริงได้

ดังนั้นการระบุปัญหาจึงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการค้นหาปัญหาจะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะต่างๆ เพื่อช่วยพิจารณาปัญหาและใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจต่อไป

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจุบันวิทยาการและเทคโนโลยีต่างๆ ก้าวหน้ามากขึ้น หน่วยงานมีลักษณะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ (dynamic) ความซับซ้อนก็เพิ่มขึ้น การตัดสินใจจำเป็นต้องมีหลักการ และอาศัยข้อมูลต่างๆ เพื่อ ประกอบการพิจารณาโดยใช้วิจารณญาณ และความรอบคอบมีเหตุผล (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) การ รวบรวมข้อมูลต่างๆ อย่างมีระบบนั้น เป็นการสิ้นเปลืองเวลาอย่างมาก แต่เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการ ที่จะพิสูจน์ค้นหาปัญหา (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2533)

พิชิต สุขเจริญพงษ์ (2532) กล่าวถึงประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจมองเห็นปัญหา และโอกาสในการแก้ปัญหาได้รวดเร็ว
2. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจมีเวลาสำหรับการวางแผนได้มาก เพราะมีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ สอดคล้องกับความต้องการ ไม่เสียเวลา
3. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจใช้เวลาในการพิจารณาปัญหาที่มีความซับซ้อนได้มาก พิจารณา ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อใช้ในการประเมินทางเลือก สำหรับการตัดสินใจแก้ปัญหาได้มากขึ้น พิจารณาตัวแปร ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของแต่ละทางเลือก สามารถถูกนำมา พิจารณาได้มาก ทำให้การตัดสินใจทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เวลาในการแก้ปัญหาน้อยลง

4. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจประเมินผลการดำเนินการ ได้ดีขึ้น

การนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ต้องใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีเหตุผลในการพิจารณา ว่าข้อมูล ใดจำเป็นหรือมีประโยชน์ที่จะต้องนำมาใช้หรือไม่ใช้ และถ้ามีข้อมูลข่าวสารจำนวนมากสามารถที่จะ สนับสนุนการเลือกที่จะตัดสินใจได้ (Swansburg and Swansburg, 1995)

ข้อพึงระวังในการรวบรวมข้อมูล คือ ไม่มีเวลาพอที่จะรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้ว สมัย หรือรวบรวมจากแหล่งที่เชื่อถือไม่ได้ นอกจากนี้การมีข้อมูลที่คิดแล้ว การตัดสินใจที่มีคุณภาพ ขึ้นอยู่กับการพยายามฝึกตนเองให้มีการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบอีกด้วย เพราะปัญหาบางชนิดมี ความสลับซับซ้อนมาก ถ้าผู้ตัดสินใจไม่มีระบบการวิเคราะห์ที่คิดแล้ว แม้ว่าจะมีข้อมูลครบถ้วนก็อาจจะ ตัดสินใจผิดๆ ได้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539)

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ข้อมูลได้นั้นต้องมีการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาพิจารณาถึงสาเหตุของ ปัญหา ถ้าข้อมูลเกี่ยวกับปัญหามีปริมาณมากจะสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ดีมากขึ้น

ขั้นวิเคราะห์ทางเลือก

การวิเคราะห์ทางเลือกนั้นต้องพิจารณาสิ่งที่เป็นไปได้ถึงผลดีและผลเสีย มีการยอมรับ สามารถ ที่จะใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด (Swansburg and Swansburg, 1995) และหาข้อมูลสนับสนุนจึงตรวจสอบ ทางเลือก และเปรียบเทียบแต่ละทางเลือก ถ้าไม่มีทางเลือกที่จะใช้ในการตัดสินใจ ต้องค้นคว้าเพิ่ม (Gillies, 1994) โดยมีการกำหนดมาตรการพิจารณาเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดดังนี้ (Drucker, 1954) อ้างถึงใน สมศรี สัจจะสกลรัตน์, 2537)

1. พิจารณาถึงการเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้อง
2. พิจารณาเลือกทางเลือกที่ง่ายในแง่ของการปฏิบัติการ

3. คำนึงถึงจังหวะเวลาที่เหมาะสมของการตัดสินใจแก้ปัญหา
4. คำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด

วีระพล สุวรรณนันต์ (2534) กล่าวถึง ข้อล้มเหลวในการหาทางเลือกดังนี้

1. พบทางเลือกเพียง 2-3 ชุดทางเลือกก็พอแล้วไม่พยายามแสวงหาทางเลือกต่อไป
2. หลงประสบความสำเร็จ หาชุดทางเลือกเฉพาะที่เคยนำไปใช้ในการแก้ไขอดีต
3. หลงวิชาการ หาทางเลือกโดยเน้นเฉพาะวิชาการ โดยไม่ได้มองถึงความเป็นไปได้หรือข้อ

จำกัดต่างๆ

สรุป การวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการศึกษาถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกที่มีอยู่ และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการยอมรับและประโยชน์สูงสุด

ขั้นการเลือกทางปฏิบัติ

การเลือกทางปฏิบัติ มีความเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ทางเลือก โดยศึกษาเปรียบเทียบแนวทางต่างๆ ภายใต้สภาวะการณ์ที่สำคัญหลายชนิด การเลือกปฏิบัตินั้นต้องรู้สาเหตุของปัญหาและสำรวจอย่างละเอียดให้ชัดเจน (Gillies, 1994) และวีระพล สุวรรณนันต์ (2534) กล่าวว่า ทางเลือกที่ดีที่สุด หมายถึง

1. สามารถนำไปแก้ปัญหาได้จริง ไม่ใช่เป็นเพียงอุดมการณ์ หรืออุดมคติ
2. หาพลังของสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุด
3. ทางเลือกที่มีราคาประสิทธิผลดีที่สุด
4. ทางเลือกที่มีผลประโยชน์ดีที่สุด
5. ทางเลือกที่ประหยัดที่สุด
6. ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ทั้งนี้การเลือกทางปฏิบัติที่ สำคัญต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญ ซึ่งผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาตนเอง โดยยึดมั่นการเลือกทางปฏิบัติต้องให้เกิดประโยชน์กับองค์กร หรือสถาบัน Gillis (1994) กล่าวถึงข้อพึงระวังในการตัดสินใจ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลไม่เพียงพอในการค้นหาสาเหตุ ซึ่งการตัดสินใจต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำและเพียงพอ
2. ระยะเวลาไม่เพียงพอ ซึ่งเวลามีผลกับการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การติดต่อสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ในการตัดสินใจต้องใช้การติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งต้องคิดตามผลการตัดสินใจ

อุปสรรคของการตัดสินใจ

อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) และสุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) กล่าวถึงอุปสรรคของการตัดสินใจไว้ 2 ประการ ดังนี้

1. อุปสรรคที่เกี่ยวกับผู้ตัดสินใจ ได้แก่

- 1.1 ขาดความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องที่ตนต้องตัดสินใจ
- 1.2 ขาดความกล้าที่จะเสี่ยงต่อการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจบางอย่างเกี่ยวข้องกับ การให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ถ้าเกิดการผิดพลาดอาจเป็นผลร้ายต่อชีวิตผู้ป่วย
- 1.3 ไม่ได้รับการมอบอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่
- 1.4 ลักษณะนิสัยส่วนตัวที่ชอบปฏิบัติงานตามสั่ง ไม่ชอบตัดสินใจเอง เพราะต้องรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น

2. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ได้แก่

- 2.1 ขาดข้อมูลข่าวสารที่จะนำมาประกอบการพิจารณา เพื่อการตัดสินใจ
- 2.2 ในกรณีเร่งด่วน ทำให้ขาดการพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลให้รอบคอบการตัดสินใจอาจไม่ถูกต้องเหมาะสม
- 2.3 การตัดสินใจโดยเห็นแก่หน้าผู้ใหญ่ทำให้ขาดหลักการและเหตุผล
- 2.4 ถ้าเป็นการตัดสินใจโดยกลุ่ม อาจมีปัญหาการถกเถียงเนื่องจากความเห็นไม่ตรงกันทำให้การตัดสินใจช้าไม่ทันการ

แนวทางในการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจ

Swansburg and Swansbrug (1995) กล่าวถึงการพัฒนาการตัดสินใจนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบพื้นฐาน ดังนี้

1. การศึกษาหาความรู้ที่จะตัดสินใจอย่างไร
2. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
3. การตัดสินใจให้เหมาะสมกับเวลา
4. ความรอบรู้ในข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

5. การใช้ข้อมูลทางด้านคณิตศาสตร์หรือสถิติ
6. การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือการใช้เทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์

การพัฒนาทักษะการตัดสินใจด้วยตนเองนั้น สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวถึงต้องอาศัยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. สถิติปัญหา ซึ่งถือเป็นความสำคัญสูงสุดต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะการคิดริเริ่ม การวางแผน การประมาณการณ์อันถูกต้อง การเห็นการณ์ไกลและความเป็นเหตุเป็นผล ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาทั้งสิ้น พยาบาลทุกคนจึงต้องฝึกการสังเกตและคิดอย่างมี เหตุผลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ อยู่ตลอดเวลา

2. ความรอบรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพศาสตร์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล สำหรับพยาบาลต้องอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและ เทคนิคการพยาบาลทั้งหมดมาประกอบการใช้สติปัญญา เพื่อกำหนดแนวความคิดให้เป็นเหตุเป็นผล จึงจะเป็นหลักประกันการตัดสินใจทางการแพทย์ได้ทุกอย่าง

3. วุฒิภาวะทางจิตอารมณ์ของบุคคล หมายถึง พยาบาลต้องพัฒนาวุฒิภาวะของตนเองให้สมบูรณ์ นั่นคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีเหตุผล ไม่หวั่นไหวง่าย มักทำงานด้วยสติปัญญาที่สุชุม รอบคอบ ดังนั้นความมีวุฒิภาวะจะช่วยให้พยาบาลสามารถทำการตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตัดสินใจเป็นทักษะและเป็นคุณสมบัติที่พยาบาลทุกคนต้องมีการตัดสินใจที่ดี ย่อมแสดงถึงความสามารถในการทำงาน ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความตั้งใจ ปฏิบัติอย่างจริงจัง มีความซื่อ เห็นคุณค่าของการตัดสินใจ และเต็มใจยอมรับภาวะในการตัดสินใจในการพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจ

Long and Gomberg(1996) กล่าวว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ดีที่สุด ดังนั้นพยาบาลจะต้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นต้องใช้การตัดสินใจ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สมรรถนะในการตัดสินใจ ประกอบด้วย ทักษะในการติดต่อสื่อสาร การมั่นใจ และการปฏิบัติการตัดสินใจ ซึ่งในการตัดสินใจนั้นการมีประสบการณ์ในคลินิกจะสนับสนุนการตัดสินใจ

2. ความเครียด ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นความเครียดมาจากเสียงของอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการพยาบาล ความวิตกกังวลจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุด ซึ่งความเครียดนั้นมีผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจจะทำให้ช้าหรือเร็ว และความเครียดเป็นสิ่งที่ทำให้คุณภาพการตัดสินใจลดลงหรือล้มเหลวได้ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องแสดงความเครียดที่เป็นภาวะปกติ เพื่อที่จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล มีพยาบาลจำนวนมากที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสามารถพิเศษ เช่น หอผู้ป่วยหนักนั้นต้องการความร่วมมือจากแพทย์ เมื่อแพทย์มีความขัดแย้งในการปฏิบัติงานกับพยาบาลทำให้พยาบาลหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดขวางการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพของพยาบาล

4. จิตวิญญาณ (Intuition) จิตวิญญาณ คือ ความสามารถในการตัดสินใจของแต่ละคนซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล(Ren,1988)ซึ่งลักษณะของการตัดสินใจโดยใช้จิตวิญญาณ คือ เป็นการใช้รูปแบบการยอมรับ การเข้าใจความรู้สึกที่เป็นแบบธรรมชาติ ความรู้สึกโคดเค้น และเป็นการใช้เหตุผลไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า ในการดำรงชีวิตของคนเราทุกคน มักจะต้องมีปัญหาก็จะต้องมีการตัดสินใจทำบางสิ่งบางอย่างอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้การตัดสินใจของคนเรากระทำได้โดยยากหรือง่าย ซึ่งระดับความยากง่ายของการตัดสินใจนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ประการดังต่อไปนี้

1. ทางเลือก หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา ปัญหา บางชนิดนั้นอาจมีวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติหลาย ๆ ทางเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2. ข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจของพยาบาลจึงต้องการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่จะนำมาสนับสนุนให้การตัดสินใจเร็วและง่ายขึ้น

3. ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่อันตรายอาจเกิดขึ้นเนื่องจากผลการตัดสินใจ หากปัญหาใดเกี่ยวข้องกับชีวิต และความเป็นอยู่ของคนจำนวนมากๆ ก็นับได้ว่ามีความเสี่ยงสูง การตัดสินใจกระทำได้ยากขึ้น

4. คุณค่า หมายถึง ประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจ การตัดสินใจใด ๆ หากทราบผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน จะทำให้บุคคลตัดสินใจง่ายขึ้นในทางตรงข้าม หากผลประโยชน์ของสิ่งหรือปัญหาที่ต้องตัดสินใจนั้นไม่ชัดเจน การตัดสินใจย่อมกระทำได้ก่อนข้างยาก

5. จำนวนบุคคลที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ เช่น หากบุคคลเพียงคนเดียวทำการตัดสินใจ บ่อมจะกระทำได้ง่ายกว่าการที่จะมีบุคคลมากกว่า 3 คน ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมักจะมีเชื่อ ปรึกษา ความนึกคิด การรับรู้ต่อปัญหาใดปัญหาหนึ่งแตกต่างกัน การตัดสินใจใด ๆ ก็ตาม ถ้าจำนวนบุคคลที่เกี่ยวข้องมีมากเกินไป การตัดสินใจจะกระทำได้ยากขึ้น

ปัญหาทางการแพทย์ขาด

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) กล่าวถึงปัญหาทางการแพทย์ขาดว่าเป็นคำถามที่พยาบาลและทีมพยาบาลตั้งขึ้น และต้องตอบเพื่อหาทางแก้ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อกำหนด เป้าหมาย มุ่งให้การป้องกัน ระวังหรือบรรเทาและขจัดปัญหาของผู้ป่วย

Hurst (1993) กล่าวว่า ปัญหาทางการแพทย์ขาด หมายถึง สิ่งที่รบกวนหรือสิ่งที่อาจจะรบกวน สุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์

Ashworth and Castledine (1981) กล่าวว่า ปัญหาทางการแพทย์ขาด หมายถึง ภาวะการณ์หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการกลับสู่ภาวะปกติอีกครั้งหนึ่งหรือถ้าจะตายก็ต้องตายอย่างสงบ

จากแนวความคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัญหาทางการแพทย์ขาด หมายถึง เหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการที่จะทำให้นักกลนั้น มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งพยาบาลสามารถเข้าไปให้การดูแลตามความต้องการพื้นฐานได้อย่างปลอดภัย

ความสำคัญของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ขาด

ศิริพร ขัมภลิจิต (2532) กล่าวถึงความสำคัญของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ขาด ดังนี้

1. ต่อผู้รับบริการ การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการแพทย์ขาดในการดูแลผู้รับบริการ ช่วยทำให้การดูแลและผู้รับบริการมีคุณภาพสูงขึ้น เนื่องจากช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เฉพาะราย และเป็นการดูแลครอบครัวหรือชุมชน และช่วยส่งเสริม แนะนำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการปฏิบัติตนหรือในการดูแลตนเองให้อยู่ในภาวะสมดุลได้

2. ต่อพยาบาล โดยจะฝึกให้พยาบาลรู้จักทำงานอย่างเป็นระบบ จัดรูปแบบความคิดของตนเองให้เป็นกระบวนการ ใช้ความรู้ความสามารถในการคิดเชิงวิทยาศาสตร์

3. ต่อวิชาชีพ ถ้ามีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลอย่างแพร่หลาย จะทำให้ การปฏิบัติกรพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น มีการยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพมากขึ้น คือ กำหนด ขอบเขตของวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น และส่งเสริมในการคิดค้นการทำวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่ง ผลให้ความรู้ทางการพยาบาลมีความกว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น

กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

กระบวนการแก้ปัญหา คือ กระบวนการพยาบาล (ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2525) สอดคล้องกับแนวคิด ของสมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการวิทยาศาสตร์หรือ ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากทุกขั้นตอนของกระบวนการเชื่อมโยงต่อเนื่องกันอย่างมีเหตุผล และมีหลักฐานที่พิสูจน์ได้ เมื่อเปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กับกระบวนการแก้ ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ จะทำให้เห็นชัดเจนว่าเป็นสิ่งเดียวกัน ดังแผนภูมิที่ 2

กระบวนการพยาบาล	กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์
1. การประเมิน	1. การกำหนดปัญหา
2. การวางแผนการพยาบาล	2. การตั้งสมมติฐาน
	3. การรวบรวมข้อมูล
	4. การวิเคราะห์และตีความ
3. การลงมือปฏิบัติ	5. การทดสอบสมมติฐาน
4. การประเมินผล	6. การสรุป

แผนภูมิที่ 2 เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาลใช้ได้ในทุกสถานการณ์พยาบาล ไม่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ โดยมีพื้นฐานทางทฤษฎี และกรอบแนวคิดที่เข้มงวด กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญ และแผนนำการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน(Organnize) มีระบบ ระเบียบ (Systemic) และมีเจตนาเฉพาะ (Deliberate) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอี่ยมพร ทองกระจาข, 2533)

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2534) กล่าวถึงกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมี 2 แนวคิด คือ

Carlson, et al.(1982) จำแนกกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

Yura and Walsh (1988) จำแนกกระบวนการ แก้ปัญหาทางการพยาบาลออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการและการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

1. ทฤษฎีระบบ (General System Theory)

ระบบ หมายถึง ส่วนรวมหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันทั้งในโครงสร้างและคุณสมบัติ โดยที่ส่วนประกอบทุกส่วนภายในระบบนั้น ๆ พึ่งพาอาศัยกันและกัน ในการทำหน้าที่ของตน

แนวความคิดของทฤษฎีระบบเสนอเป็นครั้งแรกโดย เบอ์ทาแลนฟี่ (Bertalanffy) ซึ่งมีความสนใจในส่วนรวมของสิ่งต่างๆ และการประสานสัมพันธ์ของส่วนประกอบย่อย ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกันในการที่จะให้ส่วนรวม ดำรงได้

ชนิดของระบบแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

- 1.ระบบเปิด (Open System) คือ ระบบที่มีการแลกเปลี่ยนพลังงานและข่าวสารกับสิ่งแวดล้อม
- 2.ระบบปิด (Close System) คือ ระบบที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสารพลังงาน หรือข่าวสารกับสิ่งแวดล้อม

มนุษย์เป็นระบบชีวิตที่มีการจัดระเบียบซับซ้อน มีระเบียบสูงและมั่นคง สิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบมนุษย์เป็นสิ่งที่หาขอบเขตได้ยาก อาจเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้หรือไกลตัวมาก เป็นสิ่งที่มืออยู่ปัจจุบัน

หรือการคาดคะเนอนาคตที่จะมีผลกระทบต่อระบบ และได้รับผลกระทบจากระบบ ส่วนสิ่งแวดล้อมภายในระบบมนุษย์ ได้แก่ เลือด น้ำเหลือง และน้ำในช่องว่างเซลล์ซึ่งเป็นสื่อกลางสำหรับแลกเปลี่ยนสาร พลังงาน และข่าวสารภายในระบบ

2. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory)

Sunlivan เป็นผู้ริเริ่มแนวความคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขึ้น โดยมีความเห็นว่าบุคลิกภาพมนุษย์เป็นผลมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเท่านั้นบุคคลไม่สามารถแยกความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เลยนับตั้งแต่เกิด มนุษย์นั้นเป็นผลผลิตของการมีความสัมพันธ์กันทางสังคม การเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา เป็นเครื่องบ่งชี้ความต้องการของบุคคลและบอกทิศทางของการเจริญเติบโต ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความเชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 2 ประการ คือ (ทัศนา บุญทอง, 2533)

1. ความต้องการความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการด้านจิตสังคม รวมถึงความสุขสบายใจ การมีความคิดและค่านิยมที่อยู่ในการรอบกับการยอมรับของสังคม

Sunlivan ให้ความสำคัญกับระบบความเป็นตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นระบบโครงสร้างของประสบการณ์ ใช้เป็นเกราะป้องกัน ความวิตกกังวล และทำให้เกิดความมั่นคง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ฉันทิ (good-me) และไม่ใช่ฉันทิ (not-me)

พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้มากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความเข้าใจในตนเอง เพื่อใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจระบบความเป็นตนเองของผู้ป่วย และแยกแยะได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาส่วนใด จึงจะพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาได้ (ทัศนา บุญทอง, 2533)

3. ทฤษฎีข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสาร (Information and Communication Theories)

ทฤษฎีข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจแก้ปัญหา ทำให้เห็นทางเลือกและสามารถประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ในการเลือกปฏิบัติ (Yura and Walsh, 1983)

Ackoff กล่าวว่า การได้รับข่าวสารที่มากพอ ทำให้สามารถเลือกได้และจะเป็นการเลือกที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ การเลือกเป็นการตัดสินใจนั่นเอง ข่าวสารทางสังคมจะทำให้เกิดประโยชน์กับ

บุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเข้าใจตัวของเขาลดจนสอนเราและทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดีขึ้นด้วย

Yura and Walsh (1983) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารนั้นเป็นความจำเป็นของธรรมชาติในการสื่อที่จะเชื่อมโยงการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ โดยมีการติดต่อ 2 ส่วนคือ ผู้ส่งและผู้รับ ซึ่งองค์ประกอบของระบบการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ แหล่งข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางส่งข่าวสาร และจุดมุ่งหมายปลายทาง

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลนั้น พยาบาลเป็นทั้งผู้รับและผู้ส่งข่าวสาร ในการรับข่าวสารนั้นต้องพิจารณาผู้รับว่าจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ให้ถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ขณะปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลต้องให้ข่าวสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เขาเกิดความเข้าใจในอาการและปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและเป็นกระบวนการ

4. ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

Yura and Walsh (1983) กล่าวว่า ทฤษฎีการรับรู้เป็น กระบวนการภายในของบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลทั้งภายในและภายนอกในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล จะเกิดขึ้นตามสถานการณ์และตามการรับรู้ ซึ่งสิ่งที่ตัดสินใจนั้นต้องทำให้เกิดความพึงพอใจ โดยที่แต่ละบุคคลจะมีระบบพฤติกรรมของตัวเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลแตกต่างกันนั่นเอง

เมื่อพิจารณากระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการรับรู้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ระบบอื่น ๆ ได้รับความสำเร็จ เพราะพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่รับรู้ในการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ป่วย การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ ถ้าพยาบาลมีความรู้และความชำนาญมาก จะทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เลือกวิธีการแก้ปัญหาได้และประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา

5. ทฤษฎีการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision and Problem-solving Theories)

ทฤษฎีการแก้ปัญหามนุษย์ถูกพัฒนาโดย Newell และ Simon ซึ่งเป็น ประโยชน์ในการกำหนดขอบเขตและสาระสำคัญของการแก้ปัญหา โดยอธิบายการกระทำการแก้ปัญหาโดยใช้การตัดสินใจ การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร

Yura and Walsh (1983) กล่าวถึงการตัดสินใจจะแทรกอยู่ทุกการกระทำของมนุษย์ เมื่อการกระทำของมนุษย์นั้นเป็นปัญหาจะต้องมีการตัดสินใจ ในการตัดสินใจนั้นถูกปรับใช้เข้ากับ

สถานการณ์ ซึ่งต้องมีการตัดสินใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีการระบุปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหา ได้แนวทางตามความคาดหวังที่ตั้งเป้าหมาย และตัดสินใจ และ Griffith กล่าวว่าในการวิเคราะห์ปัญหานั้น ใช้กระบวนการตัดสินใจเป็นโครงสร้าง ทฤษฎีการตัดสินใจและแก้ปัญหาเป็นกระบวนการแบบกลไกไม่หยุดนิ่งและต่อเนื่อง ซึ่งต้องการข้อมูลและข้อตัดสินใจหรือหาทางเลือกในการปฏิบัติ และเมื่อประเมินการปฏิบัติเพื่อรวบรวมข้อมูลใหม่และระบุปัญหา พร้อมทั้งหาแนวทางปฏิบัติต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า กระบวนการแก้ปัญหาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการและการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ให้ความหมายของ “การพยาบาล” ไว้ว่าเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการถูกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการพยาบาล ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลเกิดจากการใช้ความรู้จากหลักการและวิธีการทางทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัย มีการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินการพยาบาล และตัดสินใจปัญหาทางการแพทย์ โดยใช้สติปัญญา, ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, ม.ป.ป.) ในการบริการพยาบาลไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือในชุมชนจะมองผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคล และให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคลในฐานะคนทั้งคน (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2533)

ปัจจุบันสังคมได้ยอมรับและ ให้การรับรองอย่างถูกต้องตามกฎหมายว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ และทำหน้าที่เหมือนวิชาชีพอื่นๆ คือ การให้บริการที่สอดคล้องกับ ความต้องการของสังคม ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังให้พยาบาลดูแลในด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ฉะนั้นบทบาทในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย (จินตนา ชูนิพันธ์, 2527) ดังนั้นความคาดหวังของสังคมจึงสอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลตามทฤษฎีระบบของนิวแมน ซึ่งนิวแมนได้เน้นแนวคิดในการพิจารณาบุคคล ครอบคลุมชุมชนและมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จึงได้มองบทบาทของพยาบาลในรูปแบบการป้องกันทั้งในระยะแรกก่อนเกิดการเจ็บป่วย ระยะที่สองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และระยะที่สามเมื่อพ้นจากระยะรุนแรงและอยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการป้องกันทั้ง 3 ระยะ ดังกล่าวจะกระทำต่อบุคคลทั้งคนอย่างต่อเนื่อง

โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมให้ระบบผู้รับบริการอยู่ในภาวะสมดุล คือ มุ่งให้บุคคลมีสุขภาพดีอย่างสมบูรณ์ โดยที่การปฏิบัติการพยาบาลเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ กล่าวคือ

การป้องกันระยะที่ 1 เริ่มเมื่อบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การปฏิบัติการพยาบาลระยะนี้จึงเป็นการลดโอกาสที่บุคคลต้องเผชิญกับ Stressor คือ ป้องกันมิให้ Stressor มาทำลายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลด้านการ ป้องกันโรค

และขณะเดียวกันนี้ การป้องกันระยะที่ 1 จะเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบบุคคลเพื่อมิให้ Stressor ผ่านเข้าไปทำอันตรายได้ การป้องกันในส่วนนี้จึงสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การป้องกันระยะที่ 2 เริ่มเมื่อบุคคลถูก Stressor ทำอันตรายและมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งแสดงอาการออกมาในลักษณะของการเจ็บป่วย การปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันระยะนี้จึงเป็นการมุ่งลดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น โดยการให้การพยาบาลตามอาการ ซึ่งจะสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล

ซึ่งขณะเดียวกันนี้เป็นการมุ่งเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับบุคคล เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการสนับสนุน หรือช่วยเหลือให้บุคคลใช้กลไกในการปรับตัว เพื่อให้สุขภาพเข้าสู่ภาวะสมดุลไปพร้อม ๆ กัน แต่หากล้มเหลวบุคคลจะตายไปในระยะนี้

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาล ซึ่งกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการรักษา และส่งเสริมระดับการปรับตัวให้ดำเนินต่อไป เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ หลังจากนั้นก็จะกลับไปสู่วงจรโดยเริ่มการป้องกันระยะที่หนึ่งใหม่อีก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

จากแนวความคิดพื้นฐานของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามทฤษฎีระบบของนิวแมน จะมีรายละเอียดของมโนคติที่สำคัญ 4 ประการ แตกต่างกันออกไปจากทฤษฎีอื่น การพัฒนาขึ้นมาเป็นแก่นความรู้ทางการพยาบาลและชี้้นำการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ได้อย่างมีคุณภาพสามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงยึดทฤษฎีนี้เป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลของนิเวศ

ระดับสุขภาพ	การป้องกัน 3 ระยะ	กิจกรรมพยาบาล 4 ด้าน	เป้าหมายของการ ปฏิบัติการพยาบาล
ภาวะสุขภาพดี (สมคูลย์)	สุขภาพ สมบูรณ์ เต็มที่	ด้านการป้องกันโรค	ป้องกันมิให้ต้นเหตุ ของความเครียดมา ทำลายแนวการ ป้องกันปกติ
	ไม่เจ็บป่วย	1 ด้านการส่งเสริม สุขภาพ	เสริมสร้างความ แข็งแกร่งของ แนวป้องกันที่ เปลี่ยนแปลงง่าย
ภาวะสุขภาพที่ เปลี่ยนแปลงไปจาก ภาวะสุขภาพดี (ไม่สมคูลย์)	ภาวะ เจ็บป่วย	2 ด้านการรักษา พยาบาล	ลดปฏิกิริยาโต้ตอบ เพื่อป้องกัน โครงสร้างพื้นฐาน มิให้ถูกทำลายและ สนับสนุนกลไกการ ปรับตัว
	พ้นจาก ระยะรุนแรง และอยู่ใน ระยะฟื้นฟู สภาพ	3 ด้านการฟื้นฟูสภาพ	ส่งเสริมระดับการ ปรับตัวให้ดำเนิน ต่อไป เพื่อให้บุคคล มีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่ จะเป็นได้และป้องกัน มิให้เกิดโรคซ้ำอีก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และจากการศึกษาเอกสารบทความและงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน สรุปได้ดังนี้

มิตินี้ 1 กิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของผู้รับบริการให้แข็งแรงและสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

ก. ให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและครอบครัวให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยจัดให้เหมาะสมตามความแตกต่างของบุคคล

ข. ช่วยเหลือผู้รับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ลดความวิตกกังวลของญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ค. ดำเนินการตัดสินใจแก้ปัญหาในการจัดคลินิกต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

มิตินี้ 2 กิจกรรมการพยาบาลด้านการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อการป้องกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการได้รับอันตรายหรือเกิดโรค หรือเป็นโรคซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับ การแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันโรค ประโยชน์ของการได้รับภูมิคุ้มกัน การอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการควบคุมสัตว์ และแมลงนำโรค

ข. ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการเกิดโรค ให้ความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ โดยการจัดระบบป้องกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ จัดระบบดูแลความสะอาดและการทำลายเชื้อในหน่วยงาน

ค. ดำเนินการตัดสินใจแก้ปัญหาในการเฝ้าระวังโรคโดยการค้นหาแหล่งติดเชื้อ บันทึกสถิติโรคและรายงาน ร่วมวางแผนในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

มิตินี้ 3 กิจกรรมการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบคลุมวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการบรรเทาการเจ็บป่วยได้รับความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กลับคืนสู่สุขภาพอนามัยที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

ก. สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการเกี่ยวกับข้อปฏิบัติที่สำคัญขณะอยู่โรงพยาบาล การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา การดูแลต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยครอบครัว ตลอดจนการนิเทศการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำแนะนำ

ข. ให้ความช่วยเหลือและ ดูแลผู้รับบริการตามแผนการพยาบาล ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย บันทึก และปรับแผนการให้การพยาบาลให้เหมาะสม

จัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกประเภทและนิเทศการปฏิบัติงานของผู้ที่อยู่ภายในความรับผิดชอบ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้องตามหลักวิชาการ

ก. ดำเนินการตัดสินใจแก้ปัญหาในการรักษาพยาบาล โดยช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรค ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ติดตามผลการรักษา ตลอดจนบันทึกรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

มิตินี้ 4 กิจกรรมการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกราย ทั้งในรายที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังตามความเหมาะสม ซึ่งจะครอบคลุมงานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ ทางร่างกายและสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. สอน ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือให้กำลังใจ สนับสนุน หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด

ข. ให้กายภาพบำบัดอย่างง่าย ๆ ที่เป็นประโยชน์สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพื่อสนองแผนการรักษาหรือการให้กายภาพบำบัด

ค. ดำเนินการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่วยส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพ หรือยังช่วยตนเองไม่ได้ไปรับการดูแลต่อยังสถานที่ ที่เหมาะสมต่อไป

การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพราะการพยาบาลมีลักษณะสำคัญ คือ มีองค์ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือเป็นเอกลักษณ์มีการให้บริการที่มีความจำเป็น และเป็นที่ต้องการของสังคม (ประกิน สุจฉายา, 2539) ซึ่งปัญหาเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยมีสาเหตุหลังจากที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ในขั้นตอนของการแก้ปัญหาทางการพยาบาลนั้นต้องให้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้ทักษะการตัดสินใจ เพื่อนำงานไปสู่ความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ

กระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นระบุปัญหา

การระบุปัญหานั้นจะต้องให้ชัดเจน และครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมต้องดำเนินการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดไม่ได้ ถ้าพยาบาลไม่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และปัญหาที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525) เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพ พยาบาลและ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยค้นหาปัญหา ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ เพื่อดำเนินแก้ปัญหาเหล่านั้น ซึ่งปรมณี สวัสดิ์รักษา (2529) กล่าวว่า พยาบาลจะต้องรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ป่วย

1. อายุ การเกิดโรค การติดโรค ความต้องการอาหาร การพักผ่อน
2. เพศ การต้านทานโรค
3. ชนิดของการเจ็บป่วย-บริเวณที่เจ็บป่วย การถูกกลามโรค
4. ระดับสุขภาพอนามัย
5. ชนิดของการรักษา-ระยะเวลา ผลของการรักษา
6. สิ่งชดเชย หรือการจัดหาให้ได้ตามความต้องการ
7. ความต้องการทางด้านร่างกาย สติปัญญา
8. การศึกษา

ฟาริดา อิบราฮิม(2525 อ้างถึงใน Johnson, 1970) กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยดังนี้

1. ความต้องการด้านสุขภาพกาย
2. ความต้องการความปลอดภัย
3. ความต้องการมีแนวทรวงตรงที่ถูกต้อง และมีความเคลื่อนไหวตามปกติ
4. ความต้องการออกซิเจน
5. ความต้องการการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย
6. ความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายที่พอเพียง
7. ความต้องการการยอมรับและนับถือ
8. ความต้องการการปลอบโยน

สาเหตุสำคัญที่เป็นทำให้การได้รับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยถูกขัดขวางสาเหตุนี้อาจมาจาก

1. พยาธิสรีรภาพของร่างกาย และ/หรือจิตใจ เช่น โรคกระเจ็ง โรคซึมเศร้า
2. การรักษา เช่น การผ่าตัด การฉายรังสีบำบัด การให้ยา
3. ภาวะการณีส่วนบุคคล และ/หรือสิ่งแวดล้อม เช่น
 - 3.1 ภาวะการณีส่วนบุคคลในด้านประสบการณ์ชีวิต, หน้าที่-บทบาท
 - 3.2 ภาวะการณีส่วนสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล
4. การเป็นไปตามวัย เช่น วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยกลางคน วัยสูงอายุ

จะเห็นว่าขั้นตอนที่พยาบาลมุ่งรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ หรือ การดำเนินชีวิตตามปกติ เพื่อให้ได้มาซึ่งการระบุปัญหา หรือการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ประกอบไปด้วย เพื่อให้ทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประสบผลสำเร็จด้วยดี

การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลถือว่าเป็นผลผลิตที่ได้มาจากการประเมินสุขภาพและการรวบรวมข้อมูล (สิริมาศ มุตตามระ และคณะ, 2535) เพื่อกำหนดปัญหาของผู้ป่วยและกำหนดเป็นปัญหาทางการพยาบาลเพื่อมุ่งไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งนำไปใช้แก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

กระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพหรือการตอบสนองของผู้รับบริการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหานั้น เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรภาพของร่างกายและจิตใจ การรักษา ภาวะการณีส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม วุฒิภาวะ ซึ่งปัญหาหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ในการค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหานั้น มีความสำคัญมากเนื่องจากจะสามารถบอกแนวทางในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลในปัญหานั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ลักษณะเฉพาะของการวินิจฉัยการพยาบาล (Gordon, 1983) ดังนี้

1. เป็นการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของอาการ และอาการแสดง ที่มีต่อพยาธิสภาพของโรค หรือต่อสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่
2. เป็นข้อความที่มีความสัมพันธ์กันเชิงปัญหาและสาเหตุหรือที่มาของปัญหา

3. อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลจะทำการแก้ไขหรือช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความรับผิดชอบ และตามที่กฎหมายกำหนดไว้

4. เป็นข้อความที่แนะแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูและการรักษา

คาร์สัน (Carlson, 1991) กล่าวถึงกระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วย

1. การรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยได้มาจากญาติผู้ป่วย
2. ข้อมูลพื้นฐาน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่ และใช้ความรู้เดิม
3. ความเป็นเหตุเป็นผลโดยการ ใช้กระบวนการคิดซึ่งเป็นการ ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และการจัดให้เป็นหมวดหมู่

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) ได้กล่าวถึงการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลควรมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. บ่งบอกลักษณะของปัญหา
2. บ่งบอกถึงสาเหตุของปัญหาดำทราบ หรือมีข้อมูลที่เชื่อถือได้
3. บอกขอบเขตของปัญหา
4. ปัญหานั้นมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
5. ระยะเวลาของการเกิดปัญหา

และสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2534) กล่าวถึง แนวทางการเขียน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการรักษาพยาบาล
2. ใช้ “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย
4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล อย่างนำเอาคุณค่า และมาตรฐานของตัวพยาบาลมาอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล
5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล
6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน

8. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

9. หลีกเลี่ยงไม่ใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล สามารถกระทำได้ 3 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยเสริม)

ตัวอย่าง มีการแสวงหาวิธีปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเชื่อว่า “ความไม่เป็นโรค เป็นลาภอันประเสริฐ”

รูปแบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง

เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยเสี่ยง)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลรูปแบบนี้จะไม่พบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพ แต่จะพบเฉพาะข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหมายถึงปัจจัยเสี่ยง

ตัวอย่าง เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างได้

รูปแบบที่ 3 มีปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยที่ทำให้เกิด)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลรูปแบบนี้มีข้อมูลสนับสนุนทั้งปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว เนื่องจากตามัว และขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

จะเห็นได้ว่า กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล การกำหนดภาวะสุขภาพและการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ของกระบวนการ คือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2. ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลต่างๆ อย่างมีระบบนั้น เป็นการสิ้นเปลืองเวลาอย่างมาก แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญ วิธีการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ รวมถึงวิธีการสังเกต การฟัง การสัมภาษณ์ การซักประวัติทางการ

พยาบาล และนอกจากนี้แล้วยังสามารถที่จะรวบรวมข้อมูลจากที่อื่น ๆ ได้อีกมากมาย เช่น บันทึกทางการพยาบาล การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การประชุมปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล รายงานการเปลี่ยนเวร คาร์เด็กซ์ และจากหนังสือตำราวิชาการอื่นๆ (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2533) ทั้งนี้การรวบรวมข้อมูลนั้นต้องครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่ทันสมัย ปัจจุบัน รวมทั้งเป็นข้อมูลที่สื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้

Carlson (1981) กล่าวถึงการรวบรวมข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่จะให้ข้อมูลได้ แหล่งข้อมูลทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย รายงานต่างๆ ของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องทดลอง แผนการรักษา รายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เจ้าหน้าที่ในทีมพยาบาล แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีโอกาสได้ติดต่อกับผู้ป่วย
2. ใช้แบบแผนการรวบรวมข้อมูล เป็นแนวทางรวบรวมข้อมูลเพื่อป้องกันการรวบรวมข้อมูลที่ซ้ำซ้อนหรือรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบ ซึ่งโดยเนื้อหาของแบบการรวบรวมข้อมูลจะเกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานในส่วนของสรีระจิตสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วย หรือเอื้ออำนวยต่อการรักษาพยาบาล
3. ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การรวบรวมไม่ว่าจะด้วยวิธีสัมภาษณ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือวิธีอื่น ๆ ควรวางแผนแนวการรวบรวมข้อมูลอย่างคร่าว ๆ เสียก่อนว่าต้องการข้อมูลอะไร ซึ่งจะทำการพิจารณาจากสภาพที่เป็นปัญหา ระดับความรุนแรงของความคิดปกติรวมทั้งสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จึงเริ่มการรวบรวมข้อมูลด้วยการแนะนำตัว บอกจุดมุ่งหมาย เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติ และการเก็บข้อมูลตามระเบียบของวิธีนั้น ๆ ด้วยลักษณะท่าทางที่สุภาพ ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ตามความเป็นจริง
4. เลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูลที่ให้ความเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น ความรีบด่วนของสภาพปัญหา

การรวบรวมข้อมูลแต่ละแบบในผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปบ้าง ทั้งนี้ในการกำหนดขอบเขตข้อมูลมากนัก้อยละเอียดเพียงใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นสำคัญ ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ต้องการในบุคคลที่มีสุขภาพดี ด้านการรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพตนเองโดยทั่วไปในอดีตและปัจจุบัน
2. ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน การตรวจร่างกายที่จำเป็นเช่น การตรวจเต้านม
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ชนิด ความถี่ ระยะเวลา
4. การดำเนินการในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง หรือบุคคลภายใต้

การดูแล

5. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่ สารเสพติด ดื่มเหล้า ชนิดปริมาณ ระยะเวลา เหตุผลในการใช้
6. พฤติกรรมอื่นที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพ เช่น การขับรถเร็ว การทำงานอาชีพที่เสี่ยงต่ออันตรายบาดเจ็บ ได้รับสารเคมี
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการดูแลรักษา
8. การแพ้สารต่างๆ อาการ การแก้ไข
9. การดูแลสภาพแวดล้อมต่างๆ ไป

ทางด้านการรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วย มีดังนี้

1. การวินิจฉัยโรค และความเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพตนเองก่อน และขณะเจ็บป่วย
2. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล, การรักษาที่ผ่านมา เหตุผลที่เข้ารับการรักษา
3. การดูแลที่ได้รับขณะเจ็บป่วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการดูแลรักษา
4. พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ
6. พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ
7. ความร่วมมือในการรักษา
8. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

หลังจากรวบรวมข้อมูลแล้ว พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้น โดยใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณมีเหตุผลในการพิจารณา ซึ่งการคิดเป็นการทำงานของจิตใจของมนุษย์ในขณะที่กำลังพยายามหาคำตอบหรือทางออกเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (จ่านง วิบูลย์ศรี, 2538) ในการคิดแก้ปัญหาเป็นการคิดที่มีจุดมุ่งหมายอย่างเฉพาะเจาะจงเพราะ การคิดเพื่อแก้ปัญหานั้นจะต้องมีขั้นตอนที่แน่นอนและเหมาะสม

Meguire(1976 cited in Wenk, 1981) เสนอให้ใช้แบบทดสอบชนิดเขียนตอบที่เรียกว่า แบบจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (Patient Management Problem Test : PMP) เนื่องจากในการตรวจให้คะแนนมีความเที่ยงมากกว่า ประหยัด ค่าใช้จ่าย และเวลาที่ใช้ในการทดสอบ สามารถทำเป็นกลุ่มได้ และในการใช้แบบทดสอบนี้ได้ศึกษาแล้วว่า ให้ผลการทดสอบใกล้เคียงกับความสามารถในการตัดสินใจ การวินิจฉัย หรือทักษะทางคลินิกที่ผู้ตอบมีอยู่และมีประโยชน์ต่อการประเมินความสามารถทั้งในกระบวนการและผลของการปฏิบัติอีกด้วย ผู้วิจัยจึงใช้ลักษณะแบบทดสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย ในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก่ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นระบุปัญหา และขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะของแบบสอบถามการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย

แบบสอบถามการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยมีรูปแบบและขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. แบบสอบถามการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยนั้น ใช้สถานการณ์จำลองปัญหาตามที่มีจริงเป็นแกนจัดเป็นชุดคำถามและตัวเลือกตอบ
2. ลำดับชุดคำถามตัวเลือกตอบตามความเกี่ยวข้องของการตัดสินใจกระทำ ตั้งแต่เริ่มเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยจัดตัวเลือกตอบไว้ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่ผู้ตอบต้องการเลือก
3. มีการทราบผลหรือรายละเอียดที่ได้จากการเลือกตัวเลือกนั้นๆ ในลักษณะคล้ายจริง
4. ใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจ ให้คะแนนการเลือกผู้ตอบ โดยพิจารณาจากกิจกรรมในแต่ละตัวเลือก และกำหนดค่าคะแนนประจำไว้ ซึ่งมีทั้งค่าคะแนนบวกไปจนกระทั่งค่าคะแนนลบตามลักษณะของกิจกรรมที่ควรกระทำ ไม่ควรกระทำ ที่เป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ไม่เกิดประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาหรือเป็นกิจกรรมที่อาจจะละไว้ได้
5. ตัดสินความสามารถของผู้ตอบจากดัชนีต่างๆ ดังนี้

5.1 ดัชนีประสิทธิภาพ (Efficiency index = EI) เป็นดัชนีที่ประมาณคุณภาพในกระบวนการปฏิบัติ หมายถึง ค่าร้อยละของการเลือกได้ตัวเลือกที่เป็นกิจกรรมที่ควรกระทำและเป็นประโยชน์ ซึ่งคำนวณได้จาก

$$EI = \frac{\text{จำนวนข้อชนิดที่เป็นประโยชน์ที่ผู้ตอบเลือก}}{\text{จำนวนข้อที่ผู้ตอบเลือกทั้งหมด}} \times 100$$

5.2 ดัชนีความคล่อง (Proficiency Index = PI) เป็นดัชนีประมาณคุณภาพในผลของการปฏิบัติ หมายถึง ค่าร้อยละของคะแนนที่เลือกได้จากการเลือกตัวเลือกซึ่งเป็นกิจกรรมที่ควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์ ซึ่งคำนวณได้จากคะแนนที่ได้จากการเลือกทั้งหมดของผู้ตอบ

$$PI = \frac{\text{จำนวนข้อที่เป็นประโยชน์ทั้งหมดในแบบทดสอบ}}{\text{คะแนนที่ได้จากการเลือกทั้งหมดของผู้ตอบ}} \times 100$$

5.3 ดัชนีความสามารถ (Competency Index = CI) หมายถึง ดัชนีที่บ่งชี้การประมาณคุณภาพ ทั้งในกระบวนการและผลของการปฏิบัติแสดงเป็นค่าร้อยละของการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคำนวณได้โดย

$$CI = \frac{(PI \times EI / 100) + PI}{2}$$

6. วิเคราะห์แบบคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ได้จากการตอบแบบสอบถามการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำ การเพิ่มพูนการเรียนรู้และประสบการณ์ในอนาคต Mcguire(1963 cited in Wenk, 1981) ได้จำแนกแบบการคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหาจากรูปแบบของคะแนนการตอบแบบทดสอบ การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ ดัชนีประสิทธิภาพ (EI) ดัชนีความคล่อง(PI) คะแนนผิดเนื่องจากไม่เลือก (Errors of Omission = EO) และคะแนนผิดเนื่องจากการเลือกผิด (Errors of Comission = EC)

โดยที่คะแนนผิดเนื่องจากไม่เลือก (EO) หมายถึง ร้อยละของการละเลยการเลือกตัวเลือกชนิดที่เป็นประโยชน์ ซึ่งคำนวณได้จาก

$$EO = 100 - \left[\frac{\text{จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่เป็นประโยชน์ที่ผู้ตอบเลือก}}{\text{จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่เป็นประโยชน์ที่มีในแบบทดสอบ}} \right] \times 100$$

คะแนนผิดเนื่องจากการเลือกผิด (EC) หมายถึง ร้อยละของการเลือกตัวเลือกที่ไม่เป็นประโยชน์ไม่ควรเลือก ซึ่งคำนวณได้จาก

จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่ไม่เป็นประโยชน์ที่ผู้ตอบเลือก

$$EC = \frac{\text{จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่ไม่เป็นประโยชน์ที่มีในแบบทดสอบ}}{\text{แมคไควไค้จำแนกแบบการคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหาด้วยการพิจารณารูปแบบของคะแนนการตอบแบบทดสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้}}$$

6.1 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยใช้การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ หมายถึง การเผชิญปัญหาด้วยการกระทำที่ได้ผ่านการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วว่ามีเหตุผลสมควร เหมาะสม โดยได้คะแนนการตอบแบบทดสอบในลักษณะดังนี้

EI และ PI สูง EO และ EC ต่ำ

6.2 การเผชิญสถานการณ์ปัญหา โดยใช้การคิดแบบรีบด่วนให้ข้อสรุป (Shotgun) หมายถึง การเผชิญปัญหาโดยรีบตัดสินใจในระยะเวลาสั้นๆ ขณะที่ยังไม่สามารถจำแนกได้อย่าง ต่อเนื่องว่ามีเหตุผลเหมาะสมหรือสมควร ผู้ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบได้คะแนนใน ลักษณะดังนี้

EI และ PI ในระดับต่ำ หรือปานกลาง EC สูง และ EO ต่ำ

6.3 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยใช้การคิดในวงแคบ (Constrict) หมายถึงการเผชิญปัญหาโดยเลือกกระทำตามแนวเพียงไม่กี่วิธีที่เชื่อและมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาได้ ซึ่งผู้ที่ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบได้คะแนนต่างๆ ลักษณะดังนี้

EI และ PI ต่ำ EC และ EO สูง

6.4 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยการคิดอย่างไม่มีหลักการ (Random of undiscriminating) หมายถึง การเผชิญปัญหาโดยกระทำด้วยไม่สามารถคิดหรือไม่คิดพิจารณาใคร่ครวญหาเหตุผลความเหมาะสมหรือความสมควรเสียก่อน ผู้ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบได้คะแนนต่างๆที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน

9. ชั้นวิเคราะห์ทางเลือก

การวิเคราะห์แนวทางเลือกแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีอยู่หลายทาง การเลือกทางเลือกจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และภูมิหลังของผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งทางเลือกที่กำหนดหรือคิดขึ้นจะถูกนำไปวิเคราะห์ และประเมินเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลต่อไป

ขั้นวิเคราะห์ทางเลือกนั้น Bailey and Claus (1975) กล่าวว่า ในการวิเคราะห์ทางเลือกสิ่งที่สนับสนุนที่สำคัญและจำเป็นคือ การทดสอบข้อมูลและการใส่ข้อมูลที่แสดงถึงการเปรียบเทียบลงในรูปแบบที่กำหนดให้ ทางที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การบรรจุข้อมูลลงใน Matrix form ดังแสดงในแผนภูมิทางเลือกจะใส่ใน ตารางซ้ายมือ แต่ละทางเลือกจะมีคะแนนหรือเรียงลำดับคะแนนไว้ และจะกำหนดเกณฑ์การวัดของแต่ละทางเลือกด้วย ซึ่งเกณฑ์จะเขียนไว้บรรทัดบนสุดของหัวกระดาษ เกณฑ์ที่แสดงถึงวิกฤตจะเขียนไว้ก่อน และเกณฑ์ในการวัดอาจกำหนดเป็นค่าตัวเลข หรือแสดงการประเมินโดยใช้ค่าที่ใช้กันโดยทั่วไป เช่น สูง ปานกลาง ต่ำ ซึ่งใช้ในการเปรียบเทียบกับ ผลลัพธ์ที่ได้หรือเป้าหมายการตัดสินใจ และบรรทัดสุดท้ายสามารถที่จะบ่งชี้ถึงคุณค่าว่า สิ่งเหล่านั้นเป็น “อุดมคติ” หรือเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจต้องการให้เกิด

แผนภูมิที่ 4 ตัวอย่างรูปแบบผลลัพธ์ของทางเลือก คัดแปลงจาก Bailey and Claus (1975)

ทางเลือก	ต้นทุน	ภาวะวิกฤต		ภาวะไม่วิกฤต		
		ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง	ความเสี่ยง	ความสบาย	การดึงดูใจ	คะแนน
1						
2						
3						
4						
5						
อุดมคติ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-สูง	

การพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดนั้น เมื่อได้ตามวิธีการนี้แล้วอันดับต่อไปคือ การขีดวงกลมล้อมรอบคะแนนที่ให้ใน Matrix ซึ่งจะแสดงถึงความคิดในอุดมคติหรือผลที่ออกมาจะใส่ลงในบรรทัดข้างล่าง ดังแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ตัวอย่างแสดงผลลัพธ์ในการประเมินทางเลือกการเล่นเกมส์ โดยใช้แบบฟอร์ม Matrix

ทางเลือก	ต้นทุน	ภาวะวิกฤต		ภาวะไม่วิกฤต		คะแนน
		ความต้องการ ความรู้ในการเล่น	ความ เสี่ยง	ความ สบายของ ผู้เล่น	การตั้ง จุดใจ	
Tiddly wink	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	4
Poker	สูง	กลาง	สูง	ต่ำ	สูง	1
Scrabble	ต่ำ	กลาง	ต่ำ	กลาง	กลาง	4
Canasta	กลาง	กลาง	กลาง	กลาง	กลาง	2
Monopoly	ต่ำ	ต่ำ	กลาง	กลาง	สูง	4
อุดมคติ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-สูง	

การรวมจำนวนคะแนนที่ได้จากวงกลมตัวเลข จะบ่งชี้ถึงจำนวนคอลัมภ์ที่เลือกทั้งหมด การตรวจสอบคะแนน จะทำให้ผู้ที่ตัดสินใจพิจารณาทางเลือกได้เร็วขึ้น ซึ่งจะเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ถึงแม้ว่าวิธีการนี้ดูแล้วจะทำได้ง่าย แต่มีใช้กระบวนการสิ้นสุดลง ผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาคะแนนหรือสถานการณ์อื่น ๆ ในทางเลือกนั้นด้วย

4. ขั้นตอนการเลือกทางปฏิบัติ

การเลือกทางปฏิบัตินั้นได้มีการประเมินทางเลือก และจัดลำดับความสำคัญของทางเลือก ซึ่งพยาบาลต้องทำการตัดสินใจขั้นสุดท้าย คือ การเลือกทางที่เหมาะสมไว้ปฏิบัติในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ของแต่ละเทคนิคการพยาบาล เพื่อตัดสินใจวิธีใดเหมาะสมในการแก้ปัญหาแต่ละสถานการณ์

ในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะต้องยึดหลักว่า กิจกรรมการพยาบาล ต้องบรรลุจุดมุ่งหมายการพยาบาลและประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญรวมทั้งต้องมีประสิทธิภาพ

ปลอดภัย รวดเร็ว ประหยัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และจะต้องคำนึงถึงนโยบายของสถาบันที่ให้บริการทางด้านสุขภาพนั้น

ซึ่งขอบเขตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น ควรจะให้ครอบคลุม บทบาททั้ง 4 ด้านของ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพของบุคคล กิจกรรมการพยาบาลจะเน้นด้านใดมาก ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ และปัญหาแต่ละชนิดที่ผู้รับบริการประสบอยู่อย่างไรก็ตามกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ที่อยู่ตามบ้าน หรือโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มา รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการสุขภาพทั่วไป พยาบาลจะต้องคำนึงถึงบทบาททั้ง 4 ด้าน ที่จะต้องให้แก่ผู้รับบริการ ให้ครอบคลุม

การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน เขตพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก

พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเป็นฐานเศรษฐกิจใหม่เสริมการแก้ไขปัญหามี อยู่แล้วในกรุงเทพมหานคร ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสเพื่อขยายฐานเศรษฐกิจสมัยใหม่ด้านอุตสาหกรรม รวมตลอดทั้งการสร้างชุมชนและเมืองใหม่ในพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกในประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

ประการแรก การชะลอการขยายตัวของกรุงเทพมหานคร ฯ และการแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่มีอยู่ แล้วของกรุงเทพมหานคร ฯ ได้ริเริ่มให้อุตสาหกรรมที่จะส่งเสริมการลงทุนไปตั้งในเขตอุตสาหกรรม บริเวณชานเมือง

ประการที่สอง เมื่อมีการพบก๊าซธรรมชาติในอ่าวไทย และได้พัฒนานำมาขึ้นฝั่งที่ชายฝั่งทะเล ตะวันออก ทำให้มีโอกาสที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมหลักที่ใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นวัตถุดิบสำคัญได้ เช่น ปิโตรเคมี ทุยอุตสาหกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวเร่งให้เกิดอุตสาหกรรมต่อเนื่อง การค้าพาณิชย์และการ บริการอื่น ๆ ติดตามมาสร้างโอกาสให้เกิดการจ้างงาน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนใหม่และเมือง ใหม่ในที่สุด

ประการที่สาม พัฒนาอุตสาหกรรมหลักขนาดใหญ่ เนื่องจากประเทศเรามีตลาดขนาดใหญ่ เพียงพอที่รองรับผลผลิตได้ทั้งหมด และส่วนใหญ่ก็เป็นผลผลิตเพื่อทดแทนสินค้าที่เราต้องนำเข้าจาก ต่างประเทศ

ประการที่สี่ พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกมีลักษณะภูมิประเทศเหมาะสม มีที่ดินเพียงพอไม่ ไกลจากกรุงเทพฯ มากนักและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาแหล่งที่ตั้งอุตสาหกรรมที่สามารถจะแข่งขันกับ

ตลาดโลกได้ในระยะยาว สามารถพัฒนาท่าเรือน้ำลึก และบริการโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจอื่นๆ ทั้งระบบถนน รถไฟฟ้า น้ำ โทรศัพท ฯลฯ

ประการสุดท้าย มีการวางแผนพัฒนาชุมชนมีการจัดระบบบริการด้านสังคมและการควบคุมสภาวะสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างชุมชนเมืองใหม่สำหรับพื้นที่ชายฝั่งตะวันออก ที่เหมาะสมสำหรับการนำครอบครัวไปอยู่อาศัยได้อย่างถาวร

แนวทางดังกล่าวข้างต้นนั้น สอดคล้องกับเป้าหมายแผนพัฒนาฉบับที่ ๕ ในอันที่จะกระจายความเจริญออกจาก กรุงเทพมหานคร ฯ สู่ภูมิภาคอย่างเป็นระบบ โดยมีนโยบายการพัฒนาที่ชัดเจนแล้วที่จะก่อสร้างท่าเรือน้ำลึก และนิคมอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออกที่ไม่มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่บริเวณแหลมฉบัง และการก่อสร้างท่าเรือน้ำลึกและนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมหลักซึ่งระยะแรกจะใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นวัตถุดิบบริเวณมาบตาพุดอีกแห่งหนึ่ง

พื้นที่เป้าหมายเพื่อการพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออกครอบคลุมพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง มีพื้นที่รวมกันทั้งหมดประมาณ 8.3 ล้านไร่ (13,214 ตร.กม.) หรือคิดเป็น ร้อยละ 37.3 ของพื้นที่ภาคตะวันออกทั้งสิ้น และมีประชากรรวมประมาณ 1.96 ล้านคน พื้นที่ดังกล่าวนี้ได้รับเลือกให้เป็นที่ตั้งของแหล่งอุตสาหกรรมหลักซึ่งมีความเหมาะสมหลายประการ ทั้งทำเลที่ตั้งซึ่งเหมาะที่ส่งเสริมให้สามารถกับภาระการพัฒนาอุตสาหกรรม การขนส่งการค้าระหว่างประเทศและยังมีระดับการพัฒนาสูงพอที่รับการพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาความเป็นเมือง ปัจจุบันพื้นที่ดังกล่าวนี้ ได้ผ่านขั้นตอนการวางแผนหลัก ๆ จนถึงขั้นที่ได้มีการก่อสร้างโครงการไปแล้ว พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกเป็นเขตอุตสาหกรรมซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาความเป็นเมือง ปัจจุบันพื้นที่ดังกล่าวนี้ ได้ผ่านขั้นตอนการวางแผนหลัก ๆ จนถึงขั้นที่ได้มีการก่อสร้างโครงการไปแล้ว ดังนั้นภายในอนาคตข้างหน้า พื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกเป็นเขตพัฒนาอุตสาหกรรมและเป็นฐานเศรษฐกิจที่จะเปิดประตูใหม่ให้กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในเขตพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุข ที่ให้บริการกับประชาชนแบบผสมผสานแบบ 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ในการให้บริการนั้นต้องเน้นการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

เมื่อเริ่มต้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 แนวทางหลักในการพัฒนาระบบบริการคงเป็นไปได้ในลักษณะมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ แต่มีความแตกต่างเฉพาะลำดับความสำคัญในการพัฒนา ต่อมาในปี 2536 ได้เริ่มมีการคำนึงถึงปัญหาเฉพาะพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปจากคาดการณ์ไว้มาก จากผลของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเขตพัฒนา

อุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก ซึ่งเป็นพื้นที่เขตปริมณฑลและเขตเศรษฐกิจใหม่ ทำให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขที่แตกต่างไปจากสภาพทั่วไป ได้มีการดำเนินการแก้ปัญหาและเตรียมความพร้อมในการรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่จะประสบปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลัง เนื่องจากพื้นที่อุตสาหกรรมก่อให้เกิดการจ้างงาน การอพยพย้ายถิ่นและสภาพแวดล้อม ความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งปัญหาด้านอุบัติเหตุสูงขึ้นทั้งอุบัติเหตุจากการคมนาคม และโรงงาน ถ้าเกิดอุบัติเหตุโรงงานแล้ว ความรุนแรงจะมีมากขึ้น เนื่องจากในพื้นที่ดังกล่าวเป็นเขตอุตสาหกรรมหนัก อุตสาหกรรมปิโตรเคมี และอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนเขตพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก จึงได้มีการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาและเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2538)

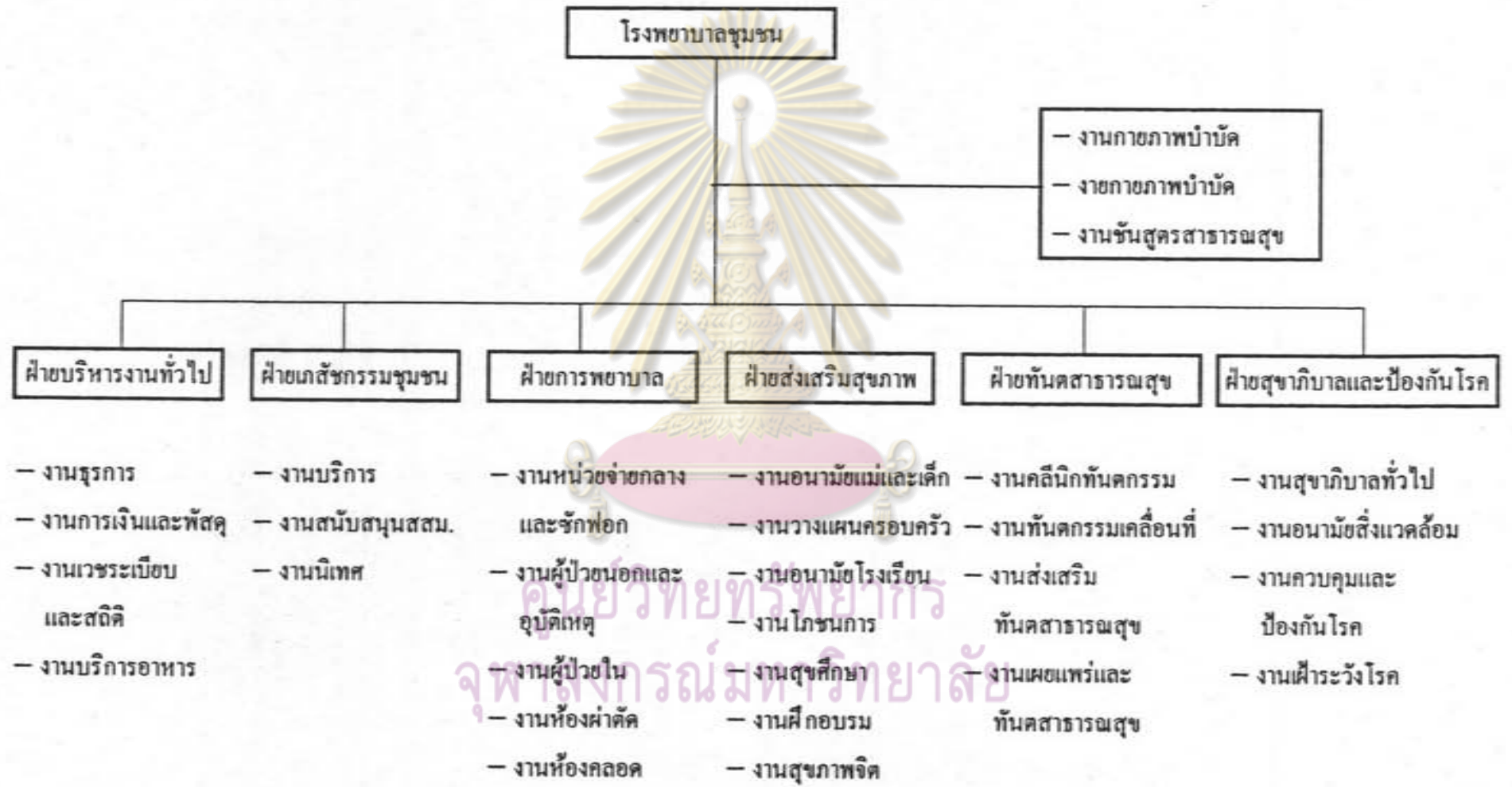
โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดตั้งแต่ 10-120 เตียง ไม่เกิน 150 เตียง หมายถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยในไม่เกิน 150 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในแต่ละอำเภอ มีหน้าที่ในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในเขตพื้นที่บริเวณรองที่ตั้ง โรงพยาบาลอยู่ในสายการสนับสนุนของการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2531)

หน้าที่การให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน คือ

1. ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริการงานอนามัยแม่และเด็ก งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุขและงานเภสัชกรรมชุมชน เป็นต้น
2. ให้บริการด้านการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การให้บริการงานสุขภาพิบาลทั่วไป งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกัน และงานเฝ้าระวังโรค เป็นต้น
3. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริการงานรักษาพยาบาลทั่วไป งานรักษาพยาบาลในหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานรักษาพยาบาลทาง วิชชุนสูตรสาธารณสุข งานเภสัชกรรม งานทันตกรรมบำบัด เป็นต้น
4. ให้บริการตามระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ โดยจัดดำเนินการสำหรับผู้รับบริการทุกประเภท ไม่จำกัดเฉพาะเพียงผู้ป่วยเท่านั้น

โรงพยาบาลชุมชนได้มีการแบ่งงานออกเป็น 6 ฝ่าย และ 3 งาน ดังแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 8 แสดงการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) (10-20 เตียง ไม่เกิน 150 เตียง)



โรงพยาบาลชุมชนนอกจากจะทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรงแล้ว ยังต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่รับการส่งต่อมาจากสถานอื่นมาด้วย และเป็นพี่เลี้ยงทางด้านวิชาการแก่สถานอื่นมาอีกด้วย (สุรเกียรติ์ อชานุกาพ, 2533)

โครงสร้างฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

ฝ่ายการพยาบาลเป็นฝ่ายหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชน ในงานจัดบริการพยาบาลในหน่วยงานย่อยต่างๆ โดยให้บริการครอบคลุมทั้งด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพตลอด 24 ชั่วโมง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7

แผนภูมิที่ 7 แสดงการแบ่งงานบริการภายในฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)



การใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งพิจารณาแยกกลุ่มผู้ป่วยตามกลุ่มงานหลัก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยใน (กองสาธารณสุข ภูมิภาค, 2538)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใน

สำหรับการบริการการพยาบาลผู้ป่วยใน ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับงานรับผู้ป่วยในเป็นอย่างดี ซึ่ง จอห์น อาร์ แมคโบกีนี (สุภา ตันติวิสุทธิ อังโณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2527 : 23) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับงานรับผู้ป่วยใน โดยได้กล่าวว่า “งานของแผนกผู้ป่วยในเป็นสะพานเชื่อมโยงที่สำคัญที่สุดระหว่างชุมชน การจัดการจึงค่อนข้างจะลำบากมาก และเน้นว่า การประชาสัมพันธ์ ซึ่งมักไม่ค่อยได้รับการเอาใจใส่สัก กลับเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ตามความคิดเห็นของชุมชน ผู้ป่วย ญาติ และผู้ติดตาม ดังนั้นถ้าหากผู้ป่วย ญาติ ได้รับการต้อนรับที่แสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจ เป็นมิตร ขอมช่วยผ่อนคลาขารณณ์ตึงเครียดได้ ขณะเดียวกันก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ”

โรเบิร์ต เคลลี อเชินเบล และเจมส์ อี มูน (อ้างเรื่องเดิม : 141) กล่าวว่าไว้ว่า “แผนกผู้ป่วยในเป็นด่านแรกที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจและความประทับใจครั้งแรกในการมารับบริการของผู้ป่วยใน ซึ่งสิ่งมีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้ป่วยได้แก่ ความมีเมตตา ความเอาใจใส่ ดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น”

พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในหอผู้ป่วย เพราะมีการผลัดเปลี่ยนเวรกันดูแล ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาและแผนการพยาบาล ถ้าผู้ป่วยขาดการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ไม่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือหายช้า ต้องใช้เวลาพักฟื้นนานเกินไป ทำให้ต้องขี้ดเวลากลับบ้าน

การจัดบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลสมบูรณ์แบบที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยต่างๆ โดยปราศจากอาการทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถกลับเข้าดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องภายหลังจากการเจ็บป่วย สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ และครอบครัวของผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กองการพยาบาล, 2531)

เกณฑ์มาตรฐานโครงสร้างการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย (กองการพยาบาล, 2531)

1. ให้บริการการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามอาการและพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยแต่ละคนโดยยึดหลักการพยาบาลสมบูรณแบบที่รวดเร็ว ปลอดภัย และประหยัด
2. ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้หายจากความเจ็บป่วยต่างๆ โดยปราศจากอาการทุพพลภาพภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุข
3. ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ภายหลังจากการเจ็บป่วย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป
4. ให้คำแนะนำแก่ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยในการป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

กิจกรรมการจัดบริการ (กองการพยาบาล, 2531)

1. จัดอาคารสถานที่ได้อย่างเหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยผู้ให้การพยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง
2. จัดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลออกเป็นหมวดหมู่โดยคำนึงถึงหลักการคิดเชื้อ
3. จัดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละระดับ ตามความเหมาะสม และความต้องการในหน่วยงาน กำหนดหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้มีขอบเขตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับอย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการทำงานซ้ำซ้อน
4. จำแนกประเภทผู้ป่วยโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์การจำแนก ตามอาการ หรือ ตามสมรรถภาพ เพื่อเป็นแนวทางการมอบหมายงาน ติดตามสนับสนุน และประเมินผลงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล
5. ดำเนินการรับผู้ป่วยใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอื่น ๆ ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่กำหนดไว้
6. ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวผู้ป่วย ญาติ และรายงานจากบันทึกการตรวจพิเศษต่างๆ
7. วางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการที่ค้นพบให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

8. ให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ โดยยึดหลักการให้การพยาบาลสมบูรณ์แบบและมีการมอบหมายงานเป็นทีม
9. กำหนดรูปแบบและวิธีการเขียนบันทึกรายงานต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบบันทึก โดยจะต้องทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอยู่เสมอ
10. จัดระเบียบรายงานผู้ป่วยที่รับใหม่จำหน่ายในหอผู้ป่วย ตลอดจนบันทึกจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทประจำวันหรือคิดเป็นจำนวนต่อเดือน ต่อปี เป็นข้อมูลภายในหน่วยงาน
11. ประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกคนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ
12. ให้การพยาบาลทุกขั้นตอน โดยยึดหลักการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่
13. ส่งเสริมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่อยู่เสมอ
14. ประสานงานและสนับสนุนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลต้องพบปัญหาอยู่ตลอดเวลา พยาบาลต้องมีการประยุกต์ความรู้ในการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล และต้องมีการประเมินผลอยู่ตลอดเวลาว่าผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร ประสิทธิภาพด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะในการติดต่อสื่อสาร ความมั่นใจและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อประสิทธิภาพเหล่านี้มีการสั่งสมขึ้นเรื่อย ๆ ความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ยกระดับความรู้และเพิ่มการรับรู้ทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Domahue and Martin, 1996) จะส่งผลสนับสนุนสมรรถนะด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล (Long and Gomberg, 1996 : 230) การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นพยาบาลเผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ในการปฏิบัติงาน เช่น เสียง อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ แสง สภาพทั่ว ๆ ไป เป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพนั่นเองและสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น พยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยทุก ๆ สภาพะ ซึ่งผู้ป่วยนั้นจะมีทั้งอาการดีขึ้นหรือทรุดลง พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ช่วยเหลือ พยาบาลแสดงถึงการยอมรับ เคารพในความเป็นบุคคล ไว้วางใจซึ่งกันและกันในการรับรู้ภาวะต่าง ๆ ของพยาบาลแต่ละคนจะแตกต่างกัน ถ้ามีความวิตกกังวลใจเรื่องต่างๆทำให้มีผลต่ออัตมโนทัศน์ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อ

ตัดสินใจช้าหรือเร็ว และมีผลทำให้คุณภาพการตัดสินใจนั้นลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ (Long and Gomberg, 1996)

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับทีมสุขภาพนั้น ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับพยาบาล เป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพจะช่วยเหลือ ร่วมกันประเมินปัญหา และตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งพยาบาลกับแพทย์ต้องร่วมมือเพื่อให้การรักษาพยาบาล เมื่อแพทย์มีความขัดแย้งในการปฏิบัติงานกับพยาบาล ส่งผลให้การตัดสินใจของพยาบาลนั้นไม่มีประสิทธิภาพ (Long and Gomberg, 1996 : 231)

การยอมรับ การเข้าใจความรู้สึก และการใช้เหตุผลในการไตร่ตรองอย่างรอบคอบนั้นเป็นการใช้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้จิตวิญญาณ (Long and Gomberg, 1996) สอดคล้องกับความรู้สึก ซึ่งเป็นการรับรู้ เข้าใจความรู้สึก ยอมรับ แสดงความเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น

จากแนวคิดต่าง ๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Long and Gomberg (1996 : 228) ดังนี้

1. สมรรถนะในการตัดสินใจ เป็นการใช้ประสบการณ์ที่สั่งสมมาจากทักษะการติดต่อสื่อสาร ความมั่นใจ การตัดสินใจที่ผ่านมา
2. ความเครียดหรือสิ่งที่พยาบาลเผชิญขณะปฏิบัติการพยาบาลเป็นเชิงอุปสรรค เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการพยาบาล การรับรู้ ความรู้สึกของตนเองจากภาวะต่างๆ ในการดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย,ญาติ
3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นความร่วมมือซึ่งกันและกันซึ่งมีผู้ร่วมวิชาชีพของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน
4. จิตวิญญาณเป็นการแสดงออกถึงการยอมรับเข้าใจ มีเหตุผลไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ซึ่งสอดคล้องกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลนั่นเอง

จากแนวคิดของ Long and Gomberg (1996 : 225) มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาดังต่อไปนี้

ประสบการณ์การทำงาน

การมีประสบการณ์ในคลินิกนั้น ทำให้ทักษะในการติดต่อสื่อสาร, ความมั่นใจ และการปฏิบัติการตัดสินใจ จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นตามระยะเวลา ซึ่งจะสนับสนุนสมรรถนะในการตัดสินใจปัญหาทางการพยาบาล (Long and Gomberg, 1996)

ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้ทักษะสูง การใช้กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนของการวางแผนและประเมินผลนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน ในขั้นประเมินปัญหาผู้ป่วยนั้นความเป็นผู้มีประสบการณ์จะเป็นสิ่งที่ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหาผู้ป่วย สาเหตุแห่งปัญหานั้นจะค้นหาได้โดยใช้ประสบการณ์ ความคิดสร้างสรรค์ และการตรวจตราดูความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเบี่ยงเบนของสาเหตุแห่งปัญหา เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีประสบการณ์จะมีโอกาสโดยเพิ่มพูนทักษะในการทำงาน จะทำให้สามารถประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติการ ประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล, 2536) และมีเหตุผลมากขึ้นด้วย (Kirk, 1981)

นอกจากนี้ประสบการณ์ช่วยให้การปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาฉุกเฉิน ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อนเลย (วิเชียร ทวีตภา, 2534) และสามารถใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ มาเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพราะพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์เมื่อเผชิญปัญหาฉุกเฉินจะทำให้เกิดความตื่นเต้น ในเหตุการณ์เฉพาะหน้านั้น ดังนั้นประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพราะกระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานที่ดี จะสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และตรงกับปัญหานั้น

ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจเนื่องจากประสบการณ์ยกระดับความรู้และเพิ่มการรับรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Domahue and Martin, 1996) ซึ่งการมีประสบการณ์ในอศิตมีบทบาทที่สำคัญในการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากได้รู้และเข้าใจว่าอะไรเป็นสิ่งที่ควรเลี่ยง ไม่ควรเลี่ยง และดี ไม่ดี การมีประสบการณ์มากมีโอกาสมองปัญหาต่าง ๆ มาก ทำให้อัปเดตเผชิญกับปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหาเป็นทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ช่วยให้บุคคลสามารถจินตนาการได้อย่างกว้างไกล รอบคอบ มีเหตุผลสามารถเลือกทางเลือกต่างๆถูกต้อง (Kirk, 1987) และในการแก้ปัญหาที่ประสบผลสำเร็จนั้นพบว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ (Silva, 1990 :83)

Benner (1982 cited in Domahue and Martin, 1996) กล่าวว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นการใช้ความคิดอย่างไตร่ตรอง และเป็นการเผชิญสถานการณ์จริง ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างจากทฤษฎีและความแตกต่างของระดับประสบการณ์ แต่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

อัครมโนทัศน์

ความสามารถในการตัดสินใจจะช้าหรือเร็ว นั้น มีผลมาจากพยาบาลมีความวิตกกังวลต่าง ๆ (Long and Gomberg, 1996) ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลหรือภาวะทางอารมณ์ได้รับการกระทำ ทำให้การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด การประเมินและการมีเจตคติต่อตนเองแคบ นั่นคือการมีอัครมโนทัศน์ในทางลบ (Stuart and Sundeen, 1991) แสดงว่า บุคคลที่ไม่มีความวิตกกังวล มีการรับรู้ ความรู้สึก การประเมินตนเองและเจตคติที่มีต่อตนเองในทางบวก จะทำให้ภาวะจิตอารมณ์ไม่เครียด ทำให้การตัดสินใจเร็ว คุณภาพการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จ

อัครมโนทัศน์เป็นศูนย์กลางของทัศนคติ การพิจารณาอย่างมีเหตุผล ค่านิยม ซึ่งบุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในด้านพฤติกรรม ความสามารถ สภาพร่างกายและความมีเกียรติในฐานะที่เป็นบุคคล (Byren, 1966)

Stuart and Sundeen (1991) ให้ความหมายของอัครมโนทัศน์ว่าเป็น ความคิดเห็น ความเชื่อ และความมั่นใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น, และเป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะและความสามารถ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม เป็นค่านิยมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และวัตถุ รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคลด้วย

Sundeen, et al. (1994) ให้ความหมายของอัครมโนทัศน์ว่าเป็น การรับรู้, ความรู้สึก, ค่านิยม และความเชื่อ ที่เป็นการนำและมีอิทธิพลกับพฤติกรรม และเป็นการแสดงออกทางด้านความคิดของแต่ละบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

Driever (1976) กล่าวว่าอัครมโนทัศน์ หมายถึง องค์ประกอบของความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองโดยมีรูปแบบมาจากการรับรู้ ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น และพฤติกรรมโดยตรงของบุคคลเอง

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) กล่าวว่าถึง อัครมโนทัศน์ของบุคคลจะรวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึก ความเชื่อ และค่านิยม ซึ่งมีส่วนกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการติดต่อกับโลกภายนอก

จินตนา ชูนิพันธ์ (2529) กล่าวว่าถึง อัครมโนทัศน์ เป็นภาพในทางความคิดและทางอารมณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการความมั่นคงและความพึงพอใจตลอดระยะเวลาพัฒนาการที่ผ่านมา ภาพของตนเองในความคิดของแต่ละบุคคลจะดีหรือไม่ดีจะเป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นประเมินว่าผู้ที่เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดมองตนอย่างไร

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก นึกคิด การประเมินตนเองในด้านพฤติกรรม ความสามารถ และเจตคติ ที่มีต่อตนเองในด้านร่างกาย บุคลิกภาพ ด้านสติปัญญา และด้านอารมณ์ ความรู้สึก อุดมนิสัยใจคอ

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

Driever (1976) ได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ตนเองอันดับแรก โดยมองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะรวมทั้งหน้าที่ของสมรรถภาพทางเพศทั้งในสภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 การรับรู้ถึงลักษณะรูปร่างหน้าตา และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

1.2 การรับรู้ถึงความสามารถที่จะควบคุมหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

2. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว ซึ่งจะทำหน้าที่เหมือนผู้สังเกต ผู้จัดมาตรฐาน ผู้คิดฝันผู้เปรียบเทียบและผู้ประเมินผล เกือบทั้งหมดที่บุคคลคิดว่าตนเองเป็น โดยแบ่งย่อยเป็น 4 ด้าน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-Ethical Self) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่า การยอมรับนับถือตนเอง ค่านิยมทางศาสนา

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self-Consistency) เป็นการที่บุคคลจะพยายามรักษา หรือคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในตน และภาพพจน์

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความคาดหวัง (Self-Ideal/Self-Expectancy) เป็นความคาดหวังของบุคคลที่จะเป็นหรือจะทำอะไร รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนด้วย

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเอง (Self-Esteem) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง

พัฒนาการของอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์มีการพัฒนาอย่างช้าๆ เริ่มเมื่อทารกสังเกต และแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม จะมีการพัฒนาการเร็วขึ้น เมื่อเด็กสามารถเข้าใจภาษา การเรียกชื่อจะช่วยให้เด็กสามารถรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นอิสระไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม พัฒนาการของอัตมโนทัศน์จะมีอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยสิ่งต่างๆ ดังนี้ (Stuart & Sundeen, 1991 : 373) คือ

1. **ค่านิยม** ความรู้สึกในทางบวกที่มีต่อประสบการณ์ทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นั่นคือ ค่านิยมของบุคคลและค่านิยม และความรู้สึกในทางลบต่อประสบการณ์ที่พบก็จะทำให้เกิดความตึงเครียด และมีปัญหาในการพัฒนาของอัตมโนทัศน์

2. **ความสามารถในการรับรู้** เรื่องต่าง ๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม นั่นคือบุคคลจะเลือกรับรู้ในประสบการณ์ที่ตนชอบ ตามค่านิยมของตน และสังคม

3. **ความสำเร็จในตนเอง** หรือการตระหนักถึงศักยภาพที่เป็นจริงของบุคคล การยอมรับในคุณค่าของตนเอง ซึ่งบุคคลแต่ละคนย่อมต้องการ

นอกจากนี้แล้ว Sullivan (cited in Stuart and Sundeen, 1983) ยังกล่าวว่าประสบการณ์ที่ได้ติดต่อกับสังคมและบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์มากยิ่งขึ้น ซึ่งเรียกว่าเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยที่ผู้อื่นเป็นกระจกเงา คือ บุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนา

อัตมโนทัศน์ คือ บิคามารดา ดังที่ Combs and Snygg (cited in Stuart and Sundeen, 1983) กล่าวว่า ไม่มีประสบการณ์ใดที่จะมีความสำคัญต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ในเด็กเท่ากับประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้นจากครอบครัวของเด็กเอง จะเป็นพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมของเด็กไปชั่วชีวิต

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาอัตมโนทัศน์นั้นจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยไม่มีการจำกัดเวลาหรือขอบเขต อัตมโนทัศน์อาจจะเปลี่ยนแปลงไปได้บ้างตามสภาพแวดล้อมและสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตาม อัตมโนทัศน์ ของแต่ละบุคคลก็มักจะค่อนข้างคงที่พอสมควร กล่าวคือ ไม่ถึงกับเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ หรือบ่อย ๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการตัดสินใจแก้ปัญหาการพยาบาล

อัตมโนทัศน์ เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม อัตมโนทัศน์จะพัฒนาไปได้เรื่อยๆ ตามวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม ไม่จำกัดเวลาและขอบเขต อัตมโนทัศน์จึงเป็นพื้นฐานสำคัญก่อให้เกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรม จึงมีความสำคัญต่อพยาบาล ช่วยให้เข้าใจตนเองว่ามีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองอย่างไร แล้วจึงจะเข้าใจพฤติกรรมคนอื่นได้ เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และผู้อื่นที่ถูกต้อง มีการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) ได้กล่าวถึง การมีอัตมโนทัศน์ทางบวกของ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ย่อมเข้าใจพฤติกรรมผู้อื่นได้ เนื่องจากมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และผู้อื่นที่ถูกต้องเหมาะสม

ทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป สามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและรัตนา ทองสวัสดิ์ (2532) กล่าวว่า พยาบาลมีความเข้าใจว่าบุคคลนี้มีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างไรบ้าง ข่อมเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นหลักปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นทางร่างกาย และจิตสังคม

ดังนั้นอัทมโนทัศน์ จึงมีส่วนส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น

สภาพแวดล้อมทางคลินิก

สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพภายนอกโดยรวมทั้งหมดและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต และการพัฒนาสิ่งมีชีวิตแต่ละสิ่ง (Webster's New Collegiate Dictionary)

สภาพแวดล้อมทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาล ต้องเผชิญกับเสียงของอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการพยาบาล, ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงและทางด้านอื่นๆ ทำให้มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล (Long and Comberg, 1996)

จินตนา ชูนิพันธ์ (2527) ได้จำแนกสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเรียน การสอน เป็น 2 ประเภท คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
2. สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคม

Jones (1947 อ้างถึงใน ชูติมา มาลัย, 2537) กล่าวถึงสภาพแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่าง รวมทั้งหมดที่อยู่ล้อมรอบบึงเจกบุคคลหรือกลุ่ม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม หรือวัฒนธรรม ซึ่งต่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ทั้งสิ้น

และสมพร ปุทรานนท์ (2527) ได้แบ่งสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของทันตแพทย์ออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ภูมิอากาศ ภูมิประเทศพื้นที่ อุณหภูมิ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตที่แวดล้อมบึงเจกบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการ มีปฏิสัมพันธ์ และมีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้มนุษย์คิดมาก และมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ต่อสิ่งเร้าแตกต่างกัน

2. สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment) หมายถึง คนอื่นๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเรา ซึ่งมีอิทธิพลต่อเรา โดยการปฏิสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งโดยชนิด และปริมาณของคนเหล่านั้นด้วย และเราก็จะมีปฏิริยาโต้ตอบกับบุคคล เหล่านั้นด้วยในที่สุด

3. สภาพแวดล้อมทางบุคคล (Personal environment) เป็นสภาพแวดล้อมที่คัดแปลงมาจากกรอบการศึกษาของ French, et al. (1974) หมายถึง ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางสังคม ซึ่งทำให้ทัศนแพทย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน

4. สภาพแวดล้อมทางหน้าที่การงาน คือ สิ่งที่ถูกกำหนดขึ้นมาโดยธรรมชาติของงานในหน้าที่ของทัศนแพทย์

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมทางคลินิก ประกอบไปด้วย

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
 2. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
- รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ เช่น สถานที่ปฏิบัติงาน เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เครื่องมือเครื่องใช้ ผลงานซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยหรือญาติ หรือ ผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในทีมงาน (สมคิด รักษาสัตย์, 2533)และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่จำเป็นมีดังนี้ คือแสงสว่าง อุณหภูมิ การระบายอากาศ ความกดดันอากาศ การขจัดของเสียที่เหมาะสม การลดจำนวนสารเคมีที่อาจก่ออันตราย ตลอดจนความสะดวกของพื้นผิวและสิ่งตกแต่งรอบ ๆ ตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมอาจมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งในทางสร้างสรรค์ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2532 :194)

โฮลลี่ (1976 อ้างถึงใน ปราณิต สวัสดิรักษา, 2529 :12) กล่าวถึงคุณภาพของการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมดีขึ้น และในรูปโครงสร้างของการพยาบาลที่เกี่ยวกับทรัพยากร อุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ โดยเน้นที่ผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมที่จะส่งเสริม อำนาจความสะดวก และคล่องตัวในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลคนหนึ่งย่อมจะต้องปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเรื่องส่วนตัวและทางด้านวิชาชีพก็จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางวิชาชีพ โดยกิจกรรมการดูแลจะเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ความสะดวก การดูแลรักษาเครื่องมือ และของใช้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ มีดังนี้ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2536 :22)

1. เตรียมเตียงสำหรับผู้ป่วย
2. การรักษาความสะอาดพื้น หน้าต่างห้องน้ำ และห้องต่าง ๆ
3. ทำความสะอาดเตียง โต๊ะ ข้างเตียง หรือห้องผู้ป่วย
4. ตรวจสอบตราสภาพสิ่งของต่าง ๆ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อมที่จะใช้ได้
5. ปิดฝุ่น เท็ดding และทำความสะอาดสภาพหอผู้ป่วยโดยทั่วไป
6. เก็บรักษาเสื้อผ้าต่างๆ ที่จะใช้กับผู้ป่วย และจัดหาน้ำดื่มและน้ำใช้

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ สภาพ ขนาด ลักษณะหอผู้ป่วย รวมถึงแสงสว่าง เสียง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็ว มีความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน มีผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจ (Long and Gomberg, 1996)

จากข้อความดังกล่าวสรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในสภาพทั่วไปบนหอผู้ป่วย ได้แก่ สภาพ ขนาด และลักษณะของหอผู้ป่วย รวมถึงแสงสว่าง เสียง อากาศ จำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ หนังสือตำรา น้ำดื่ม ที่พักผ่อนและเก็บของ ที่จะอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะพัฒนาไปถึงขั้นของความสนิทสนมได้ เมื่อมีการเปิดเผยถึงความรู้สึก ประสบการณ์ และทัศนคติเกี่ยวกับตนเองเพิ่มขึ้น จนมีความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน (Sasse, 1978)

จารุวรรณ ต. สกุล (2528) กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน อาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือบุคคลต่อกลุ่ม หรือกลุ่มต่อกลุ่มก็ได้ โดยอาศัยการแสดงออกทั้งกาย วาจา และใจต่อผู้อื่น

สุวิณี เกี้ยวแก้ว (2527) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จักกัน และติดต่อเกี่ยวข้องกัน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดชีวิต ซึ่งเป็นอยู่กับชนิดและลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นต้น

จากข้อความดังกล่าว ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลมีความเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วย กระตุ้นและสะท้อนให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิด ความรู้สึกสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการของตนเอง

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และในการทำงานกับผู้ป่วย ต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเป็นอย่างมาก ทักษะการสร้างสัมพันธภาพมีลักษณะเฉพาะมีความซับซ้อน เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นข้อตกลงในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (McMahon, 1990) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพเป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Peplau, 1952 อ้างถึงใน McMahon, 1990)

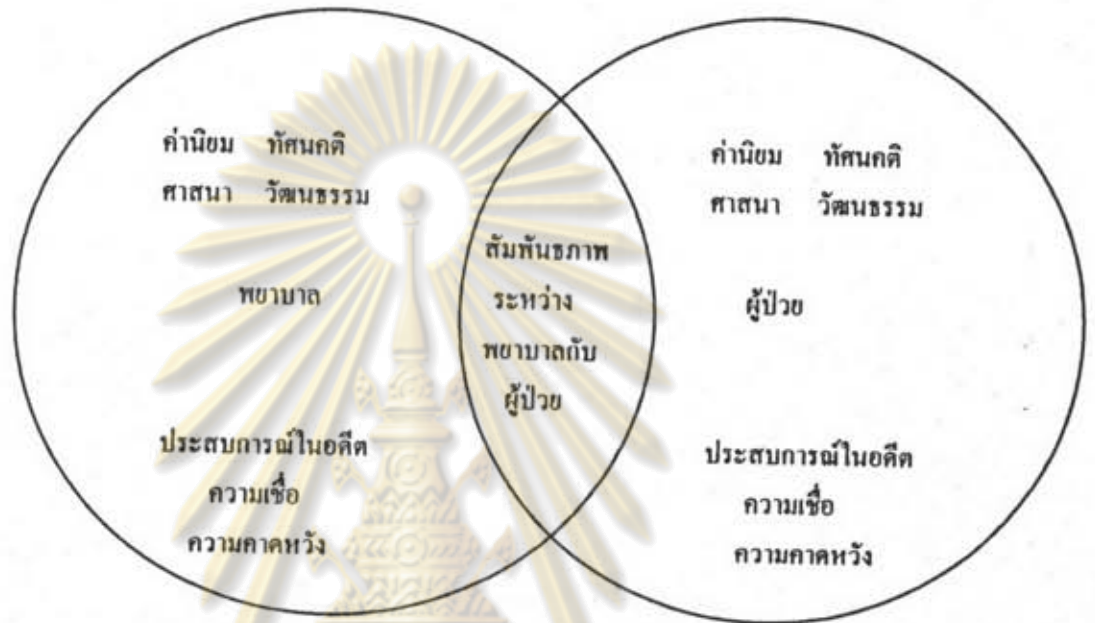
พยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากมีสัมพันธภาพด้วย พยาบาลจะต้องรู้จักตัวเองเข้าใจความรู้สึกและปัญหาของตัวเองเป็นอย่างดี เพื่อให้ปฏิบัติต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย, ครอบครัว และชุมชน ลักษณะสำคัญของสัมพันธภาพนั้น ต้องสามารถตอบสนองความต้องการ และตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ตลอดทั้งครอบครัวและชุมชน (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2533)

กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ

ในการสร้างสัมพันธภาพไม่ว่าจะอยู่ในระดับไหน จะมีกระบวนการอยู่ประมาณ 3-4 ระยะ ตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau, 1987 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) แบ่งกระบวนการของสัมพันธภาพเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Orientation) เป็นระยะแรกในการสร้างสัมพันธภาพพยาบาลและผู้ป่วยพบกันในฐานะคนแปลกหน้า พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลที่มีความสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของคน อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และวางแผนร่วมกับพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะนี้พยาบาลจะต้องตระหนักในตนเองอยู่เสมอ รู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ และยอมรับสภาพของผู้ป่วย ในระยะท้ายของระยะนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะเริ่มคุ้นเคยกัน รู้สึกสบายใจที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ให้ความร่วมมือค้นหาปัญหาร่วมกัน แต่ใน

ระยะนี้ อาจจะมีปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อ การ สร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ และอื่นๆ ทั้งในตัวของพยาบาลและผู้ป่วยซึ่งแสดงในรูปดังนี้



ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การระบุปัญหา (Identification) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึง ความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ต่างๆ พยาบาลจะให้การช่วยเหลือ และให้การพยาบาลแก่ ผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกออกมา โดยพยาบาล เป็นผู้กระตุ้น และสะท้อนให้ผู้ป่วยมองเห็น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและใช้ประสบการณ์ของตนเอง นำมาปรับเปลี่ยนความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง

ในระยะระบุปัญหานี้ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจกันในเรื่องการรับรู้ความคาดหวังซึ่งกันและกัน ทักษะคติที่ดีของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีต่อกันในระยะเริ่มต้น จะทำให้สัมพันธภาพ ดำเนินต่อไปด้วยดี ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะแก้ไขปัญหา (Exploitation) ระยะนี้พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเข้าใจ รับผิดชอบต่อตนเองมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ ริเริ่มในเรื่องของความรู้สึก ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลดีต่อการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะสุดท้าย (Resolution) เป็นระยะที่สืบเนื่องมาจากระยะที่สาม โดยที่ผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดการพึ่งพาผู้อื่น มีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีการเสริมสร้างความสามารถของตนในการตอบสนอง ความต้องการของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจ และได้เรียนรู้วิธีการพยาบาล เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างอิสระเหมาะสม มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะเฉพาะของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีดังนี้

1. มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และสังคม
2. มีลักษณะเป็นการช่วยเหลือ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม
3. เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน มีการเริ่มต้น ดำเนินไปและสิ้นสุด ตลอดระยะเวลาต้องมีการ ประเมินผล มีการปรับปรุง และเปลี่ยนแปลง
4. พยาบาลผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีความรู้ ได้รับการศึกษาและฝึกฝนจากสถาบันการศึกษาวิชาชีพพยาบาล
5. สัมพันธภาพดำเนินไปภายใต้กฎระเบียบ และจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

Thomas (1991) แบ่งระดับของสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ ออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งการพยาบาลในเรื่องการดูแลความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือ ความต้องการทางร่างกาย

ระดับที่ 2 เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งการควบคุมทางสังคม มีการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือภาวะวิกฤติ หรือชี้แจงสั้นๆ เกี่ยวกับการรักษา

ระดับที่ 3 เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งการบำบัด มีการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มีการตัดสินใจใหม่ในรูปแบบความรู้ ความเข้าใจ

ระดับที่ 4 เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง มีการปฏิบัติเพื่อการวิเคราะห์ มีการ ทบทวนการตัดสินใจ

ในแต่ละระดับต้องการคุณลักษณะเฉพาะของผู้สร้างสัมพันธภาพที่แตกต่างกัน Thomas ได้กล่าวถึงคุณสมบัติเฉพาะของพยาบาลผู้สร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

1. มีความตระหนักในตนเองและเคารพผู้อื่น โดยพยายามให้ความเคารพให้การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า
2. การเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาโดยที่พยาบาลรับฟัง ยอมรับ วิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข
3. การมีความหวัง พยายามจะต้องมองสถานการณ์ในทางที่ดีมีกำลังใจ และให้บริการที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา

พยาบาลกับผู้ป่วย พยายามควรรักษาไว้ซึ่งความเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วย เข้าใจ เห็นใจ และให้อภัยแก่อารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย ให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย โดยเสมอหน้ากัน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยกิริยาจากที่สุภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในอาชีพนี้ต้อนรับด้วยความเต็มใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมีความศรัทธาและเชื่อถือในฐานะพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ มีมนุษยธรรมและมีความรับผิดชอบ (Manester and Werner, 1964 อ้างในละออ หุตางกูร, 2521)

สัมพันธภาพในทีมสุขภาพ

สัมพันธภาพกับสมาชิกในทีมการพยาบาลและผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีเป้าหมายเพื่อการบริการสุขภาพอนามัยในการทำร่วมกันเป็นทีมนั้น การสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่เปิดเผยมตรงไปตรงมาและ จริงใจต่อกัน เข้าใจบทบาท การยอมรับนับถือในความสามารถ การตระหนักถึงความสำคัญของกันและกันในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพและในฐานะบุคคล การรับฟังความคิดเห็น ตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้สัมพันธภาพในทีมสุขภาพบรรลุเป้าหมายและเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการปฏิบัติการพยาบาล (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2533) และ Manester and Werner (1960 อ้างถึงใน ละออ หุตางกูร, 2521) กล่าวว่าพยาบาลควรมีโอกาสมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้คือ พยาบาลกับผู้ป่วย, พยาบาลกับแพทย์, พยาบาลกับพยาบาล และ พยาบาลกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีความรับผิดชอบรอบด้าน และฟาริดา อิบราฮิม (2536 :18) กล่าวถึง บทบาทพยาบาลกับผู้ร่วมงานดังนี้

1. แลกเปลี่ยน ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วย กับแพทย์ และทีมการพยาบาล
2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาลร่วมกัน

3. แลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นกับหน่วยงานอื่น เกี่ยวกับวิทยาการและความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล

สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มุ่งการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่ปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนี้ต้องมีการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสัมพันธภาพในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ด้านโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์
2. สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์

ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต มักเป็นปัญหาที่มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งแพทย์และพยาบาล ต่างตระหนักดีว่า การให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการโดยลำพัง เฉพาะสาขาวิชาชีพของตนเองนั้น มีอาจช่วยให้บุคคลบรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้ การให้บริการสุขภาพแก่บุคคลต้องการบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นๆ เข้าร่วมด้วย การเข้าร่วมของบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่น ในการให้บริการสุขภาพเป็นปริมาณมากน้อย กว้างขวาง และลึกซึ้งเพียงใด ขึ้นอยู่กับตรงต่อสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ(ประนอม โอทกานนท์,2535)

Ellen H. Elpern and Others(1983) กล่าวว่า การเข้าร่วมกันปฏิบัติงานของแพทย์ และพยาบาล หมายถึง การร่วมกันรับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ต้องมีการประนีประนอมรวมทั้งบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆด้วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แพทย์และพยาบาลที่จะมาดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ต้องศึกษาบทบาทตามวิชาชีพของตน เป้าหมาย ปรัชญาของการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการปฏิบัติการของแต่ละบุคคลมีการสังเกตการณ์ในหน่วยงานก่อนเพื่อเก็บข้อมูลว่าจะสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างไรนอกจากนี้ ยังมีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการแบ่งความรับผิดชอบ ข้อตกลงเรื่องเวลา ผลตอบแทน และเป้าหมายของวิชาชีพในอนาคตของแต่ละคน เพื่อเป็นการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสร้างสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ร่วมงานทั้งสองจะต้องมีการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน ในเรื่องความเชี่ยวชาญและคุณภาพในการทำงานของแต่ละบุคคล แพทย์และพยาบาลต้องเข้าใจการถามเกี่ยวกับการให้การดูแล และรักษาพยาบาลผู้ป่วยของผู้ร่วม

งาน ไม่ได้เป็นการตำหนิ เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดี แต่เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการพัฒนา
ในความสามารถบุคคลและปรับการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น

Helena Temkin (1983) กล่าวว่า ความคาดหวังของบุคลากรในทีมสุขภาพ แตกต่างกัน บางคน
คาดหวังว่าลักษณะของโครงสร้างและบรรทัดฐานของทีมไม่ตรงกัน ซึ่งเป็นการยากที่จะกำหนดลงไป
ให้ชัดเจนได้ มีความสับสนในบทบาทและขอบเขตวิชาชีพ ทั้งตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ ในการสร้าง
เป้าหมายของการทำงานทีมที่แบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย แพทย์มักจะมองพยาบาลว่าเป็นส่วนหนึ่งของบทบาท
ของตนและมองว่าเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ พยาบาลจะมองว่าเป้าหมายของการทำงานเป็นทีมหมายถึง
ถึงการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แพทย์จะตั้งเป้าหมายว่าตนจะต้องมีอำนาจเหนือบุคลากรอื่น ๆ ในขณะที่เป้าหมาย
ของการพยาบาลในการทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อได้รับการมีส่วนร่วมในการทำงาน และยกฐานะ
ของวิชาชีพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น แพทย์เป็นผู้ที่มีความ
เชี่ยวชาญทางด้านการรักษาถือว่าเป็นหัวหน้าทีมในการรักษาผู้ป่วย แพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบ
แผนการรักษา ตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วย จะทำการตรวจ ให้ข้อวินิจฉัย และดำเนินการรักษาผู้ป่วย จนกระทั่งผู้
ป่วยกลับบ้าน

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลต้องการความร่วมมือจากแพทย์ เมื่อ พยาบาลกับแพทย์
มีความขัดแย้งในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลหมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัด
ขวางต่อการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพของพยาบาล (Long and Gomberg,
1996) แสดงว่าถ้าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์เป็นการร่วมมือกัน เข้าใจบทบาท ขอมรับนับ
ถือในความสามารถ ตระหนักถึงความสำคัญต่อกันและกันในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพและใน
ฐานะบุคคล รับฟังความ คิดเห็น ตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งไม่มีความขัดแย้งกัน
ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญศรี ระเบียบ,
2533)

ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์จึงมีส่วนส่งผลให้การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการ
พยาบาลดีขึ้น

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับพยาบาลหรือสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ

สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาล หมายถึง ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลที่ปรากฏ ในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา การชี้แนะแนวทางแก่กันและกัน แสดงถึงความไว้วางใจต่อกัน ทั้งในด้านการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับปัญหาส่วนบุคคล (จินตนา ญาติบรรพต, 2529)

วิเชียร ทวีลาภ (2534) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเป็นพฤติกรรมของบุคคล แสดงออกด้วยการร่วมมือ ประสานงาน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พุดจาไพเราะ มีความจริงใจต่อกัน รักและชอบพอกัน ยิ้มแย้ม ขกข้องซึ่งกันและกัน

Beyer and Marshall (1981) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพว่าหมายถึง มิตรภาพ (Comradeship) ความเป็นเพื่อน (Fellowship or Common Spirit) และเอกลักษณ์ร่วม (Communal identity) ซึ่งเป็นลักษณะของความสัมพันธ์กันในทางบวกมากกว่าทางลบ ก่อให้เกิดความสามัคคีความศรัทธาเริ่มสร้างสรรค์ และพลังอำนาจทางวิชาชีพ

Kelly (1981) กล่าวว่า สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความผูกพัน การมีส่วนร่วม การแนะนำ และการช่วยเหลือในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะออกมาในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน การมาร่วมให้ ข้อมูลในสิ่งที่จำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การเปิดโอกาสเพื่อท้าทายให้แต่ละคนได้คิด

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ หมายถึง ลักษณะของการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลร่วมกัน โดยแสดงออกด้วยลักษณะของการมีส่วนร่วม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นแก่กัน ด้วยความจริงใจต่อกัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อบุคคลและวิชาชีพพยาบาล

ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะเพื่อนร่วมงานที่เป็นพยาบาลวิชาชีพด้วยกัน เป็นส่วนหนึ่งที่เกิดสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เพราะจะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความเป็นวิชาชีพ และตระหนักในความเป็นตัวเอง และได้รู้จักตัวเองมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลจะรู้สึกว่าเป็นตัวของตนชัดเจนที่สุด เมื่อผู้นั้นอยู่ท่ามกลางสิ่งที่แตกต่างจากตนเอง (ทัศนา บุญทอง, 2528)

สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกัน และการทำงานร่วมกันนั้นมีจุดมุ่งหมายโดยมุ่งที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งจะแตกต่างจากการทำงานในลักษณะอื่นๆ ลักษณะการทำงานของพยาบาลจะไม่มุ่งเพียงพอเพื่อให้งานเสร็จสิ้น เพราะพยาบาลปฏิบัติต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีความละเอียดอ่อนและซับซ้อน พยาบาลทุกคนจะช่วยกันประเมินว่าสิ่งใดคือปัญหาของ

ผู้ป่วยและมีหนทางใดบ้างที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายโดยเร็วที่สุด ซึ่งหนทางปฏิบัติที่นั้นไม่มีสูตรที่เฉพาะตายตัวเหมือนกับงานทั่วไป เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป (บิลลี อุณหเลขกะ, 2533) ซึ่งงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องเผชิญกับปัญหาและพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ตัดสินใจโดยใช้วิธีการและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งจะทำการแก้ปัญหาเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (ทัศนยา บุญทอง, 2533)

องค์ประกอบของสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ

สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาล ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ ความมั่นใจและความไว้วางใจที่มีต่องานและเพื่อนร่วมงาน (confidence and trust) การให้ความช่วยเหลือกันและกัน (mutual help) การสนับสนุนกันและกัน (mutual support) ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ (friendliness and enjoyment) การทำงานของกลุ่มที่มุ่งความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกัน (team efforts toward goal achievement) การริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity) การติดต่อสื่อสารแบบเปิด (open communication) และความเป็นอิสระจากการคุกคาม (freedom from threat) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้ (Beyer and Marshall, 1981 :133)

1. ความมั่นใจและความไว้วางใจที่มีต่องานและเพื่อนร่วมงาน

ความมั่นใจและความไว้วางใจเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นคู่กันไป เมื่อพยาบาลเกิดความไว้วางใจต่อกันก็จะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงจังต่อกัน องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีเจตคติที่ดีต่อกันในการปฏิบัติงานคือ ความเชื่อถือนในเพื่อนร่วมงาน การเคยมีประสบการณ์ หรือได้รับข้อมูลของกันและกัน และความคิดที่คิดว่าน่าจะทำงานด้วยกันได้ จากนั้นก็จะเกิดความพอใจ ความชอบ ความชื่นชม และที่สุดก็จะนำมาซึ่งพฤติกรรมของความมั่นใจ และความไว้วางใจในเพื่อนร่วมงาน โดยจะแสดงออกด้วยการให้ข้อมูลสำคัญ การระบายความรู้สึกแก่กันและกัน ฉะนั้นในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เมื่อเกิดความมั่นใจและความไว้วางใจ จะทำให้บุคคลกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการแก้ปัญหาแก่กันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานโดยรวม กล่าวได้ว่าการทำงานเป็นทีมบุคลากรทุกคนจะต้องมีความมั่นใจ และไว้วางใจต่อผู้ร่วมงาน เพราะจะสามารถส่งผลให้บุคคลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และ ขอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้

2. การให้ความช่วยเหลือกันและกัน

การให้ความช่วยเหลือกันและกันนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในปัจจุบันนับว่าเป็นสิ่งที่หาได้ยาก เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่มักมีความรักตนเอง พยายามที่จะทำงานเพื่อตนเองมากกว่าที่จะช่วยเหลือผู้อื่น มีผลทำให้การทำงานขององค์การขาดประสิทธิภาพได้ ดังนั้นบุคคลจึงควรที่จะมีความยินดีที่จะแบ่งปันกัน มีอะไรช่วยกันทำ ไม่นิ่งดูคยในงานหนักของผู้อื่น (สายชล กองอ่อน, 2537)

สำหรับงานของพยาบาลนั้นจะเป็นไปในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือกันและกันในระหว่างเพื่อนร่วมงานโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายบริการหรือฝ่ายการศึกษาก็ตาม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการ ในการให้ความช่วยเหลือกันและกันนั้นมีมากขึ้น

เมื่อพิจารณาความช่วยเหลือกันและกันในระดับบุคคลพบว่า ระบบการทำงานของพยาบาลมีส่วนเกื้อหนุนให้พยาบาลได้แสดงออก ซึ่งความช่วยเหลือกันและกันเช่นกัน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าจะพยายามช่วยเหลือรุ่นน้องให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้คินับตั้งแต่การให้คำแนะนำ ปฐมนิเทศ และการทำงานก็จะทำคู่กันไป รุ่นที่จะทำหน้าที่เป็นตัวอย่างในบทบาท โดยการแสดงตัวอย่างให้เห็น (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2532) ดังนั้น ลักษณะการทำงานต่าง ๆ จะถูกถ่ายทอดต่อกัน เป็นการแสดงสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายทอดความรู้ความชำนาญทางวิชาการในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของพยาบาลทุกคนการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันของพยาบาลทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพและมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจที่ถูกต้องชัดเจนรวมทั้งสนับสนุนให้มีความคิดสร้างสรรค์ (Titchey and Binnis , 1995)

3. การให้ความสนับสนุนกันและกัน

ปัจจุบันการปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในรูปของการทำงานเป็นทีม ลักษณะของการทำงานส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเป็นอย่างมาก เพราะในการทำงานเป็นทีมพยาบาลจะมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลทั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล เพื่อแนวทางแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง พยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกันและแสดงความคิดเห็นทางวิชาการและประสบการณ์ทางการพยาบาลของแต่ละสมาชิกในทีมพยาบาลที่ทำหัวหน้าทีมจะกระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในทีมทำงาน ในความรับผิดชอบได้อย่างดีที่สุด(ปิลลิตี อุณหเลขกะ, 2533)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความสนับสนุนกันและกันของพยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทำให้ห้องกการดำรงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความสนับสนุนกันและกันนี้ อาจแสดงออก

ทางพฤติกรรมได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ ความเต็มใจที่จะรับฟังผู้อื่นการให้การยอมรับนับถือยกย่อง และให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก และยอมรับฟังข้อคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความจริงใจ

4. ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์

การทำงานของพยาบาลต้องอาศัยความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ที่เกิดขึ้นจากเพื่อนพยาบาล วิชาชีพอย่างมาก ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ จะทำให้บรรยากาศของการทำงานร่วมกันเป็นไปด้วยดี เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จินตนา ญาติบรรทุง (2529) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่าถ้าพยาบาลมีสัมพันธภาพต่อกันเป็นอย่างดีพยาบาลก็จะทำงานด้วยความสุขใจ ไม่เกิดความท้อลอบ ให้อภัย และยินดีกับความสำเร็จของเพื่อนและงานที่ทำร่วมกัน และนอกจากนั้นยังสะท้อนถึงสังคมของพยาบาลด้วย สังคมพยาบาลคือ สังคมวิชาชีพ เป็นสังคมที่มีการรวมตัวกันเป็นสมาคมซึ่งก่อตั้งขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความรัก และมีอุดมการณ์ร่วมกัน (ละออ หุตางกูร, 2521) ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์นั้นส่งผลให้เพื่อนร่วมงานทุกคนทำงานร่วมกันด้วยความพึงพอใจ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ ของพยาบาลวิชาชีพ คือการแสดงออกซึ่งความอบอุ่นในการทำงานร่วมกัน ทำงานด้วยความสบายมีการผ่อนคลาย มีการติดต่อกันตัวต่อตัว โดยแสดงออกซึ่งความเคารพแก่กัน ให้ความสนใจและห่วงใยบุคคลอื่น

5. การทำงานของกลุ่มที่มุ่งความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกัน

การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ต้องปฏิบัติเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับ ซึ่งจะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระหว่างผู้ร่วมงาน ซึ่งแสดงออกโดยการให้ความร่วมมือแก่ทุก ๆ คน ในงานที่จะทำให้บังเกิดผลดีแก่ผู้ป่วย (วิเชียร ทวีลาภ, 2534) ซึ่งเป็นการทำงานของกลุ่มที่มุ่งความสำเร็จร่วมกัน เป็นพฤติกรรมความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ที่มีลักษณะของความร่วมมือร่วมใจ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมรับผิดชอบ กระตือรือร้น เสียสละ และเต็มใจปฏิบัติงานโดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (สายชล กองอ่อน, 2537)

6. การริเริ่มสร้างสรรค์

การริเริ่มสร้างสรรค์เป็นเรื่องของความคิดจินตนาการประยุกต์ที่สามารถนำไปสู่สิ่งประดิษฐ์เป็นความคิดในลักษณะที่คนอื่นคาดคิดไม่ถึงหรือมองข้าม เป็นความคิดหลากหลาย คิดไว้วางใจ กล้าเน้นทั้งปริมาณและคุณภาพ อาจเกิดจากการคิดผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างความคิดใหม่ ๆ กับประสบการณ์เดิม ให้เกิดสิ่งใหม่ที่แก้ปัญหาและเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อตนเองและสังคม บุคคลทุก

คนย่อมมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อยู่ในตน เนื่องจากความเชื่อที่ว่า มนุษย์นั้นสามารถพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้(สายชล กองอ่อน, 2537)

ด้วยเหตุที่การพยาบาลเป็นการกระทำต่อชีวิตมนุษย์ จึงต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และไม่ควรจะมีการผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้น เพราะนั่นย่อมหมายถึงความมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพจะเป็นการส่งเสริมวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น พยาบาลจะต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นของตนเอง มีจรรยาบรรณของวิชาชีพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นมาด้วยความพยายาม ด้วยการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของพยาบาล แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ อย่างเป็นขั้นตอน โดยอาศัยในรูปแบบของกระบวนการแก้ปัญหา และการวิจัยทางการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2527) การริเริ่มสร้างสรรค์เป็นพฤติกรรมของการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ของบุคลากร (บีลตี อุณหเลขกะ, 2535) และ Locke (1976) กล่าวว่า งานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เป็นงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจและทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน

7. การติดต่อสื่อสารแบบเปิด

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการในการที่จะส่งความคิด ข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้สึกของบุคคลออกสู่ผู้อื่น ซึ่งข่าวสารนั้นจะสื่อความหมายด้วยการ เขียน การพูด กิริยาท่าทาง ในการสื่อสารระหว่างผู้ร่วมปฏิบัติงานในทีม การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากเท่าใด จะนำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาลที่ต่อเนื่องได้มากเท่านั้น(สายชล กองอ่อน, 2537) ซึ่งการสื่อสารที่ดีนั้นควรเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว หรือการสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) (วิเชียร ทวีลาภ, 2534) ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระมีความรู้สึกปลอดภัย มั่นคงที่จะอภิปรายปัญหาต่อกัน เอื้อเพื่อข้อมูลสำคัญต่อกัน ยอมรับข้อมูลจากบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ และสามารถจัดการกับข้อขัดแย้งได้อย่างเปิดเผย และตรงไปตรงมาเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการติดต่อสื่อสารแบบเปิด (บีลตี อุณหเลขกะ, 2533) สรุปได้ว่า การสื่อสารระบบเปิดเป็นลักษณะอาการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เป็นการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเปิดเผย อิสระตรงไปตรงมา และก่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ และการเข้าใจที่ตรงกันของผู้ร่วมงาน

8. ความเป็นอิสระจากการคุกคาม

ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์ (2522) กล่าวว่า ความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ คือ เอกสิทธิ์ของการพยาบาล ซึ่งหมายถึงสิทธิอันเฉพาะของพยาบาลที่จะกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในอันที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งต้องการการคิดและการตัดสินใจอย่างถูกต้องเหมาะสม และต้องเข้าใจในสิทธิอันเป็นอิสระของตน และการมีสิทธิในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และปกครองตนเองได้ โดยปราศจากการควบคุมจากภายนอกอิสระที่เกิดขึ้นนี้ต้องควบคู่ไปพร้อมกับความรู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบและกล้าแสดงความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัตินั้นอย่างเต็มที่ (นันทนา น้าฝน, 2538)

จากการศึกษาของ Knave et. al.(1986 cited in Jone and Beck, 1996) พบว่า ในหอผู้ป่วยหนักพยาบาลที่มีอิสระในการตัดสินใจในการปฏิบัติกรพยาบาลกับพยาบาลที่ไม่อิสระในการตัดสินใจปฏิบัติกรพยาบาลนั้น อัตราการตายของผู้ป่วยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีอิสระในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเป้าหมายการพยาบาลบุคคลเป็นการทำงานเป็นทีม โดยมุ่งความสำเร็จของผู้รับบริการให้ได้รับการแก้ปัญหา ซึ่งสมาชิกในทีมมีการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2533)

การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลให้ชัดเจนนั้น จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นการนำข้อมูลข่าวสารมาวิเคราะห์ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) โดยพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้และรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการกับทีมพยาบาล ในการรับและส่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความเข้าใจอันดี และสามารถในการช่วยเหลือได้ทันที่ ต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีเช่นกัน (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2533) เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ สามารถนำมาสนับสนุนให้การตัดสินใจเร็วและง่ายขึ้น

สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพของพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกันและการทำงานร่วมกันมีจุดมุ่งหมายที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลักษณะของการปฏิบัติงานในทีมการพยาบาลที่มีต่อผู้รับบริการและทีมการพยาบาล เป็นงานที่มีอิสระต้องการผู้ปฏิบัติที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตัดสินใจแก้ปัญหาฉับไว มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และมีความรอบรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพอนามัยด้วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2533)ซึ่งสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพจะทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจได้ถูกต้องชัดเจนขึ้นและ

สนับสนุนให้พยาบาลมีความคิดสร้างสรรค์(Titchen and Binnie, 1995)ดังนั้นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพจึงมีส่วนส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลดีขึ้น

การร่วมรู้สึก

ลักษณะของการตัดสินใจโดยใช้จิตวิญญาณเป็นการใช้รูปแบบการยอมรับ การเข้าใจความรู้สึกที่เป็นแบบธรรมชาติ และการใช้เหตุผลไตร่ตรองอย่างรอบคอบ (Long and Gomberg, 1996)

Ivey, Allen E. et al (1987) กล่าวว่า การร่วมรู้สึก เป็นการเข้าไปอยู่ในโลก (worldview) ของผู้ป่วยซึ่งการค้นหาสิ่งต่างๆ นั้นจากสายตาของเขา

Sundeen, et al (1994) กล่าวว่า การร่วมรู้สึก หมายถึง ความสามารถที่จะทำตัวเสมือนอยู่ในสภาพของผู้อื่น และเป็นการรับรู้ความรู้สึกและความตั้งใจของผู้อื่นได้ถูกต้องแม่นยำ

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) กล่าวว่า การร่วมรู้สึกเป็นพฤติกรรมที่ออกมาจากจิตใต้สำนึก ทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ ทุกข์ร้อนวิตกกังวล และกระสับกระส่ายไปกับความทุกข์ของผู้ป่วย

สุคาพร สงวนวงษ์ (2535) ให้ความหมายของความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือสมรรถนะในการร่วมรู้สึก หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับในความรู้สึกและความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องรู้สึกเห็นใจต่อความต้องการและความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น

ศรสวาท ชัยครุณ (2537) ให้ความหมายว่า คือ ความสามารถในการเข้าถึงชีวิตของบุคคลอื่น การรับรู้ถึงความรู้สึก และความหมายของบุคคลอื่นอย่างถูกต้อง ที่เชิงตรง

จากข้อมูลข้างต้น พอสรุปได้ว่า การร่วมรู้สึก คือ การยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด ปัญหา และความต้องการของบุคคลอื่น รู้สึกเห็นใจต่อความต้องการและความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความเมตตากรุณา เอาใจเขามาใส่ใจเรา และมีความรู้สึกผูกพัน

การร่วมรู้สึกหรือการเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่นในทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงการร่วมรู้สึกว่าเป็นกระบวนการของการรวมเข้าด้วยกันทางอารมณ์ของบุคคลสองคน

Rawnsley (1980 อ้างถึงใน ปาหนัน บุญหลง, 2528) กล่าวถึง การร่วมรู้สึกว่าแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ

1. ด้านเนื้อหา การร่วมรู้สึก หมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้รับรู้เรื่องราว หรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่กำลังประสบอยู่
2. กระบวนการ การร่วมรู้สึก หมายถึง กระบวนการที่ความรู้สึกถูกถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ เมื่อบุคคลสองคนนี้มีความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

การร่วมรู้สึกเป็นการแสดงออกของอารมณ์ในทางที่เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่น ไม่ได้เป็นการเข้าใจความหมายในคำพูดของผู้อื่นเท่านั้น แต่เป็นการที่มีความรู้สึกเหมือนกับผู้อื่น

ดังนั้น พยาบาลที่มีการร่วมรู้สึก จะเป็นผู้ที่เข้าใจ มีความรู้สึกคล้ายตามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง ก่อนที่พยาบาลจะเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่นเสมือนกับตนมีความรู้สึกอย่างนั้นจริงๆ พยาบาลต้องมีความมั่นใจและยอมรับตนเอง เข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้เสียก่อน บ่อยครั้งที่ความรู้สึกหนึ่งไปครอบคลุมความรู้สึกด้านอื่น เช่น บางครั้งความเศร้าโศกเสียใจมาครอบคลุมความรู้สึกโกรธ หรือในทางตรงข้าม ความโกรธมาครอบคลุมความเสียใจ ซึ่งเราจะพบมากในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยนอกจากจะมีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยด้านร่างกายแล้วยังมีปัญหาอื่นๆ อีก เช่น ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งกระทบกระเทือนถึงบุคลิกภาพรวมทั้งหมดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัวเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค กลัวความพิการ กลัวความตาย ไม่ค่อยกล้าซักถามแพทย์ หรือพยาบาล ไม่กล้าบ่น หรือวิพากษ์วิจารณ์ เพราะกลัวจะถูกกลั่นแกล้งจากเจ้าหน้าที่ (Kelly, 1990)

ดังนั้น งานสำคัญของพยาบาลก็คือ พยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลบางสิ่งบางอย่างที่กระจัดกระจายสับสนออกมา เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองและรู้ปัญหาของตนเองในทุกๆ ด้าน อันจะนำไปสู่การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งพยาบาลจะต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยพยาบาลมองในกรอบอ้างอิงภายในของผู้ป่วยว่าเขาคิดและรู้สึกอย่างไร นั่นก็คือการเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย หรือการร่วมรู้สึกนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับ พรรณราช ทรัพย์ประภา (2527) กล่าวว่า ความร่วมรู้สึก เป็นส่วนสำคัญที่สุดของกระบวนการในการช่วยเหลือ เพราะถ้าเราไม่สามารถเข้าใจผู้อื่นได้อย่างดีเพียงพอแล้ว เราไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นการร่วมรู้สึกมีความสำคัญต่อการพยาบาลในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาพยาบาลสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ การร่วมรู้สึกยังมีส่วนสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลให้เด่นชัดขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยให้การส่งเสริมมาตรฐานการทำงานของพยาบาลให้ดีขึ้น ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของ

ผู้ป่วยรวมทั้งเตรียมการบริการ หรือยินยอมตามคำเรียกร้องของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

การสื่อความร่วมมือรู้สึก (Communicating Empathy)

คนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นความสบายใจที่จะสื่อความร่วมมือรู้สึก (Heiskell and Rychiak, 1986) ในบางครั้งต้องใช้ความพยายามพิเศษ ที่จะสื่อความร่วมมือรู้สึกต่อผู้อื่นทั้งที่เป็นภาษาพูด (Verbal) และภาษาท่าทาง (NonVerbal)

การสื่อความร่วมมือรู้สึกด้วยภาษาท่าทาง (Empathy Nonverbal)

1. แสดงความร่วมมือรู้สึกอย่างกระตือรือร้นด้วยสีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม
2. รวมความสนใจของเราทั้งหมดขณะแสดงความร่วมมือรู้สึกในตัวเอง เช่น ประสานสายตา และท่าทางของร่างกายให้ใกล้ชิดตลอดเวลา
3. ใช้การสัมผัสที่เหมาะสม

การสื่อความร่วมมือรู้สึกด้วยภาษาพูด (Empathy Verbal)

Jerry Authuer and Gustason (Cited in De Vito., 1992) ได้กล่าวถึงวิธีการใช้การสื่อความเห็นอกเห็นใจด้วยภาษาพูด (Empathy Verbal) ซึ่งมีดังนี้คือ

1. สะท้อนกลับไปที่ความรู้สึกที่รุนแรงที่สุดที่เขาได้แสดงออกถึงความรู้สึกนั้นออกมา และ เป็นสิ่งที่เราคิดว่าเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่ต้องให้ความช่วยเหลือ และจะเป็นการตรวจสอบความถูกต้องในการรับรู้ของเรา และแสดงถึงความปรารถนาถึงความ เข้าใจในความรู้สึกของเขาด้วย
2. สร้างประโยคทดลองที่เกี่ยวกับสิ่งที่ท่านคิดว่า อะไรเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น
3. ใช้การเปิดเผยตนเองของเราให้เข้าประเด็นปัญหาที่จะสื่อความเข้าใจของเราให้นำไปถึงสิ่งที่เป็นประสบการณ์ของเขา
4. ส่งข่าวสารที่เป็นลักษณะของการสื่อความที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจแก่เขามากกว่าที่จะเป็นการเปิดเผยถึงความจริงของตนแต่ฝ่ายเดียว

กระบวนการของการร่วมรู้สึก

Ehmann (1976 cited in Sundeen, 1994) กล่าวว่ากระบวนการของการร่วมรู้สึกมี 4 ขั้น ดังนี้

1. การระบุความรู้สึก (Identification) คือ พยายามโอนอ่อนผ่อนตามให้ตนเองมีความรู้สึกเหมือนผู้ป่วยขณะนั้นนำตัวเราไปใส่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้สึกของตนเองเข้าไปตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การรวบรวมความรู้สึก (Incorporation) เป็นขั้นตอนที่ตัดจากการปรับความรู้สึกของพยายามให้คล้ายตามผู้ป่วย ขั้นนี้พยาบาลต้องรวบรวมประสบการณ์ และควบคุมความรู้สึกของตัวเอง ในการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้ป่วย เป็นขั้นที่นำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ ระยะนี้พยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ซึ่งพยาบาลต้องหาวิธีลดความวิตกกังวลของตน โดยศึกษาถึงสาเหตุและทำความเข้าใจตนเองให้ดั่งแท้

3. การสะท้อนความรู้สึก (Reverberation) เป็นขั้นตอนที่มีการสะท้อนกลับไปกลับมา โดยมีปฏิริยาตอบโต้กันระหว่างความรู้สึกของพยาบาลเองในสถานการณ์ของผู้ป่วย และความรู้สึกของพยาบาลเมื่อคล้ายตามความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นขั้นที่พยาบาลต้องผสมผสานความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 1 และ 2 โดยที่พยาบาลก็ยังเป็นตัวของตัวเองอยู่ ยังอยู่ในระดับที่คิดและสามารถใช้สติปัญญาของตนให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้

4. การแยกความรู้สึกออกจากกัน (Detachment) เป็นขั้นสุดท้ายที่ช่วยทำให้ความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นและขั้นนี้เป็นระยะสุดท้ายที่พยาบาลต้องแยกตนเองออกจากผู้ป่วย หรือเป็นการแยกตัวเองออกจากสถานการณ์ของผู้ป่วยซึ่งคล้ายกับขั้นสุดท้ายของการสิ้นสุดสัมพันธภาพเพราะถ้าพยาบาลยังคงมีความรู้สึกเหมือนผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา สภาพจิตใจของพยาบาลเองจะทนไม่ได้

ดังนั้นจะเห็นว่า การร่วมรู้สึกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยเริ่มจากการเอาใจเราไปใส่ใจผู้อื่น มีความรู้สึกเหมือนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ของผู้อื่นจริงๆ แต่ไม่ใช่ความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องมีการควบคุมความรู้สึกของตัวเอง พยายามทำความเข้าใจในข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้รับ แล้วนำมาวิเคราะห์ถึงรายละเอียดและเหตุผล เพื่อช่วยให้ความรู้สึกหรือความต้องการของผู้อื่นได้รับการตอบสนอง และกระบวนการสุดท้าย ผู้ที่ให้การช่วยเหลือจะต้องนำตัวเองออกมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ให้ผู้ที่ถูกช่วยเหลือมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้

Gladstein (1987) กล่าวว่าพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการร่วมรู้สึก ประกอบด้วย

1. การแสดงออกทางสีหน้า
2. การแสดงออกทางแววตา หรือการใช้สายตา
3. ตำแหน่งการยืนควรทำมุม 45 องศา ยกเว้นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายร่างกาย
4. ยิ้มอย่างเป็นธรรมชาติ แต่ไม่พร่าเพรีอ
5. พยักหน้าเมื่อเห็นด้วย
6. ใช้มือ-แขน ในการประกอบท่าทางที่เหมาะสม แต่ไม่ควรยกเลืกสูงเกินหน้า ออก
7. ใช้เท้า-ขา ในการประกอบท่าทางที่เหมาะสม แต่ไม่ควรยกสูงกว่าระดับหัวเข่า

จะเห็นว่า การร่วมรู้สึกหรือการเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น บุคคลนั้นควรจะต้องมีความตระหนักในตนเองเป็นอย่างดี ในการเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่นจึงมิใช่เพียงเข้าใจความหมายที่ผู้อื่นบอก หากจะต้องเข้าใจและตระหนักต่อความรู้สึกจริง ๆ ของผู้อื่นด้วย โดยอาศัยความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์เช่นเดียวกับผู้อื่นที่กำลังเป็นอยู่ แต่จะต้องไม่นำความรู้สึก ตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง และเมื่อเราเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่นแล้ว ควรแสดงออกให้ผู้อื่นรับรู้ด้วยว่าเราเข้าใจในความรู้สึกของเรา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางสีหน้า แววตา น้ำเสียง การสัมผัส การอยู่เป็นเพื่อน การใช้คำพูด ที่เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึก ความคิด หรือความต้องการของผู้อื่น การพูดที่แสดงถึงความห่วงใย เห็นใจ และการเสนอตัวให้การช่วยเหลือ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสร้างสัมพันธภาพ การร่วมรู้สึก สภาพแวดล้อมทางคลินิกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อนทั้งประเทศและต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบ้างเช่น

การศึกษาของศรสวาท ชัยครุณ (2536) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์และนักศึกษา กับประสพการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน จำนวน 460 คน พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์ประสพการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คือ การแสดงออกอย่างอบอุ่นและเอื้ออาทร ซึ่งร่วมกันพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ได้ร้อยละ 32.60 ($R^2 = .3260$)

วันเพ็ญ เดิสมงคณาม (2529) ศึกษาการตัดสินใจสั่งการในการปฏิบัติงานของหัวหน้าผู้ป่วย ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 15 แห่ง รวม 200 คน พบว่า ระดับความสามารถ ในการตัดสินใจสั่งการในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) มีความสามารถ ในการตัดสินใจสั่งการ ในระดับปานกลาง

หฤทยา ปรีชาสุข (2531) ศึกษาบทบาทและปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการตัดสินใจ การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารข้อมูลตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และ พยาบาลประจำการ จำนวน 629 คน พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมี คะแนนเฉลี่ย การรับรู้บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ทุกด้าน สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด พยาบาลประจำการมี คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และ บทบาทที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับ ปฏิบัติน้อย คือบทบาทการริเริ่ม สร้างสรรค์ บทบาทที่มีความสำคัญตามการรับรู้เป็นอันดับ 1 คือ การขาดความรู้และทักษะ ด้านการ บริหารงาน

รุจิรา อินทรตุล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการ ตัดสินใจกับการให้ เหตุผลเชิงจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 194 คน พบว่า ระดับความสามารถในการตัดสินใจ ของผู้บริหารการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการตัดสินใจ กับการให้เหตุผลเชิงจริย ธรรมของผู้บริหารการพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ประยูรวงษ์ (2533) ศึกษาการวิเคราะห์ความสามารถในการตัดสินใจ ของหัวหน้าผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 152 คน พบว่าระดับความสามารถในการตัดสินใจ ในขั้นระบุปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ระดับความสามารถในการตัดสินใจ ในขั้นวิเคราะห์ข้อมูลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความสามารถ ในการตัดสินใจในขั้นวิเคราะห์ทางเลือกของ หัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หัว หน้หอผู้ป่วยใช้แบบคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาอยู่ 2 แบบ ได้แก่ การคิดแบบไม่มีหลักการ และ การคิดแบบพิจารณาอย่างรอบคอบ

ศุภาพร สงวนวงษ์ (2535) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง อึดมโนทัศน์ แรงจูง ใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาตนเองกับความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรง พยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัยของความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์กับความสามารถ ด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยใช้แบบวัดอึดมโนทัศน์ลักษณะแนวออกสตุค พบว่าอึดมโนทัศน์มีความ

กรอบแนวคิด

