



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโครงการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดปฐมนิเทศ การวางแผนดำเนินการโดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับลักษณะขององค์การ ทรัพยากรสนับสนุนและความต้องการของผู้รับการปฐมนิเทศ มีข้อสรุปแนวคิดโดยรวม ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานเป็นครั้งแรกย่อมมีหน้าที่ ความรับผิดชอบ และบทบาทที่เปลี่ยนไปจากสภาพของการเป็นนักศึกษา พยาบาลสำเร็จใหม่เหล่านี้จึงต้องการระยะเวลาและความช่วยเหลือจากหน่วยงานในการเรียนรู้เกี่ยวกับองค์การ ลักษณะงานเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการทำงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ (จรรยาธิ รุ่งสุวรรณ, 2529) การปล่อยให้พยาบาลสำเร็จใหม่เรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ และปรับตัวด้วยตนเองนั้นอาจก่อให้เกิดผลเสียได้ เมื่อพบว่าลักษณะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นแตกต่างไปจากที่ได้เรียนมาในสถานศึกษา ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน และขัดแย้งขึ้นได้ สถานการณ์ดังกล่าวเรียกว่า ความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง หากพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2525) เครเมอร์ (Kramer, 1977) ได้กล่าวถึงความตื่นตระหนกต่อสภาพจริงว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อมีความขัดแย้ง จากค่านิยม ความเชื่อเดิม กับค่านิยม ความเชื่อใหม่ ความสำคัญของการช่วยเหลือให้มีการเปลี่ยนสภาพจากการเป็นนักศึกษามาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ราบรื่นสามารถปรับตัวเข้ากับระบบการปฏิบัติงานได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งของการจัดปฐมนิเทศ (Pohustky, 1979) โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจถึงเป้าหมาย วิธีการ และการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้เรียนมาให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงาน เพราะการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะหน้าที่ การปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานได้ส่วนหนึ่ง (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2527) ขณะเดียวกันวิธีการจัดปฐมนิเทศที่เป็นลักษณะของ

การเสริมความรู้ และฝึกทักษะนี้ต้องใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เพื่อเร้าความสนใจให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสนใจ และรู้สึกว่าการเรียนรู้อาจไม่ใช่สิ่งที่น่าเบื่อหน่าย ขณะเดียวกันผู้บริหารจะต้องมีการวางแผนงานในลักษณะของกระบวนการ และมีการประเมินผลที่ได้รับว่าได้รับความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงลักษณะของโครงการวิธีดำเนินการในการจัดปฐมนิเทศในครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ
2. ความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง
3. ทฤษฎีแรงจูงใจ
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่
5. การประเมินโครงการโดยจุดมุ่งหมาย

แนวคิดเกี่ยวกับการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ

การพัฒนาบุคลากรเป็นกิจกรรมที่สำคัญประการหนึ่ง ภายหลังจากการคัดเลือกบุคคลเข้าปฏิบัติงานและจัดขึ้นเพื่อพัฒนาผู้ที่อยู่ในระดับต่าง ๆ ขององค์การเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน

ดิวินเซนติ (Divincenti, 1972) ได้กล่าวถึงความหมายของการพัฒนาบุคลากรว่า หมายถึง การวางแผน และจัดประสบการณ์ด้านการศึกษาให้แก่บุคลากร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สวอนสเบอร์ก (Swansburg, 1961) ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรในรูปแบบของการศึกษาขณะปฏิบัติงานว่า เป็นการศึกษาที่จัดขึ้นเพื่อให้บุคลากรได้ปรับปรุงสมรรถภาพของตนเองในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ซึ่งได้แก่การศึกษาที่ได้รับขณะปฏิบัติงาน การศึกษาที่ได้รับจากนายจ้าง และภายหลังจบการศึกษาแล้ว

วิเชียร ทวีลาภ และคณะ (2523) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรว่า หมายถึง กระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ อุปนิสัย ทักษะ และวิธีในการทำงานเพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่า การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการสำคัญที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะทัศนคติ เพื่อผลในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้นกว่าเดิม

การปฐมนิเทศเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการแนะนำให้พนักงานใหม่รู้จักหน่วยงาน งานหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้พนักงานใหม่ได้รู้และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง (ธงชัย สันติวงษ์, 2527) ทั้งในเรื่องของความ เป็นมา วัตถุประสงค์ นโยบาย ผลงานในอดีต และโครงการในอนาคต สิทธิประโยชน์ กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ (กุลธนา ธนาพงษ์ธร, 2528) เพื่อให้บุคลากรใหม่เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ที่หน่วยงานยอมรับเขา และเกิดความรู้สึกว่า เป็นสมาชิกคนหนึ่งของหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในความ สำเร็จของงานด้วย

การปฐมนิเทศในวิชาชีพพยาบาลนั้น เริ่มมีใน ค.ศ. 1920-1930 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือให้การเปลี่ยนสถานภาพจากนักศึกษาเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นไปอย่างราบรื่น ได้เรียนรู้การใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงาน ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และเพื่อนร่วมงาน ต่อมา ค.ศ. 1965 สมาคมพยาบาลอเมริกันได้ประกาศ ให้ฝ่ายบริหารการพยาบาลรับผิดชอบในการจัดอบรม และพัฒนาบุคลากร กำหนดว่า การปฐมนิเทศ คือการแนะนำเกี่ยวกับปรัชญา เป้าหมาย ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในบทบาท สิ่งอำนวยความสะดวก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในปี ค.ศ. 1973 สมาคมพยาบาลอเมริกัน ได้ประกาศอย่างชัดเจนว่า ฝ่ายบริหารการพยาบาลจะต้อง จัดโปรแกรมการปฐมนิเทศ และเสนอหัวข้อในการปฐมนิเทศไว้ดังนี้

1. ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และฝ่ายการพยาบาล
2. นโยบายการบริหารบุคคล
3. หน้าที่และความรับผิดชอบ
4. สภาพแวดล้อม
5. นโยบายและวิธีปฏิบัติงานในคลินิก
6. นโยบายและวิธีปฏิบัติงานโดยรวม

ต่อมาในปี ค.ศ. 1974 โทบินและคณะ (Tobin et al, 1974) ได้กล่าวเสริมว่า การจัดปฐมนิเทศพยาบาลนั้น ควรมีการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อวิชาชีพ โทบินได้เสนอว่า

ทักษะที่ควรฝึกได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาล การเขียนบันทึกการพยาบาล การป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันอันตราย และการฝึกช่วยชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้และฝึกทักษะจึงเป็นที่ยอมรับมาถึงปัจจุบัน เพราะเป็นที่ยอมรับกันว่า งานพยาบาลจะต้องให้ทักษะในการประยุกต์ทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ ทั้งนี้การฝึกทักษะต่าง ๆ จะช่วยให้พยาบาลที่สำเร็จใหม่สามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทที่หน่วยงานคาดหวังไว้ (จรียาวัตร คมพยัคฆ์, 2522)

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการปฐมนิเทศ เพราะการจัดปฐมนิเทศมีผลในการช่วยเหลือให้พยาบาลสำเร็จใหม่ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน การดำเนินบทบาทในฐานะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้สามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน การช่วยเหลือดังกล่าวจึงเป็นการมุ่งเสริมความรู้ ทักษะและเจตคติตามที่หน่วยงานคาดหวังไว้ (Cope land and Miller, 1976) โบเวน (1979) ได้กล่าวว่า พยาบาลสำเร็จใหม่เป็นผู้ที่มีความรู้ทางทฤษฎี แต่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาของบุษบา สมร่วง (2528) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีวรรณ กลั่นกลิ่น (2523) พบว่า นักศึกษาพยาบาลประสบปัญหาในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติ และจากการศึกษาติดตามผู้สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ของสุทธิรัตน์ นิยมพงศ์ และคณะ (2527) พบว่า ร้อยละ 79.58 มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง และร้อยละ 15.05 มีความมั่นใจในระดับน้อย เนื่องจากมีประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติน้อย มีเวลาเตรียมตัวเพื่อเข้าทำงานน้อย ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน และงานในหน้าที่รับผิดชอบมีมากกว่าเมื่อเป็นนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาติดตามพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากโรงพยาบาลรามาริบัติของ สุภาณี วศินอมร และคณะ (2530) พบว่า ร้อยละ 77 ของผู้สำเร็จการศึกษา มีความยุ่งยากใจในการปฏิบัติงานระยะ 6 เดือนแรกเองการปฏิบัติงาน สืบเนื่องมาจากมีความไม่มั่นใจในความรู้ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลของตนเอง การปรับตัวต่อระบบงาน บุคคลและสถานที่ สอดคล้องกับการศึกษาของออสซิเมค (Ozimek, 1965) และลาร์จ (Large's, 1970) พบว่า พยาบาลสำเร็จใหม่ต้องการการเตรียมเข้าสู่การทำงานทางด้านการพยาบาล และบริหารงาน การศึกษาของเครเมอร์ (Kramer, 1977) พบว่า พยาบาลสำเร็จใหม่อาจพบกับความตื่นตระหนกต่อสภาพจริงหากพบว่า สภาพการปฏิบัติงานต่างจากแนวเดิม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานได้

การปฐมนิเทศจึงควรจัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่หน่วยงานประสบเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถของพยาบาลสำเร็จใหม่ ขณะเดียวกันจะต้องช่วยเหลือให้พยาบาลสำเร็จใหม่สามารถปรับตัวต่อสภาพการณ์ใหม่ ดังที่ โพฮุสกี (Pohustky, 1979) ได้เสนอว่า การจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. ช่วยในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการปฏิบัติงาน
2. ให้โอกาสในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และฝึกใช้เครื่องมือทางการแพทย์ หรือเสริมสร้างความมั่นใจ
3. ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ในระยะเวลาอันสั้น
4. ช่วยให้การเปลี่ยนสถานภาพจากนักศึกษาสู่พยาบาลวิชาชีพเป็นไปอย่างราบรื่น
5. ลดความวิตกกังวลของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการปรับตัวทำงาน หน้าที่รับผิดชอบ บุคคลและสถานที่

ความสำคัญของการปฐมนิเทศดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้บริหารต้องคำนึงถึงการวางแผน การจัดปฐมนิเทศโดยการกำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการ และทรัพยากร ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินการมีความสอดคล้องและมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน รวมทั้งสามารถประเมินความสำเร็จของการจัดปฐมนิเทศได้โดยง่าย โทบินและคณะ (Tobin et al, 1974) ได้กล่าวเกี่ยวกับขั้นตอนของการปฐมนิเทศว่าประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล ขั้นตอนต่าง ๆ นี้ เมื่ออธิบายด้วยทฤษฎีระบบ ก็คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยด้านองค์การ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับองค์การที่ส่งผลต่อการดำเนินการปฐมนิเทศ เพื่อให้พยาบาลสำเร็จใหม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับองค์การ และลักษณะการปฏิบัติงาน เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาล เป้าหมายของงานพยาบาล ความคาดหวังในบทบาทพยาบาลวิชาชีพของหน่วยงาน
 - 1.2 ปัจจัยด้านผู้เรียน เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้เรียนอันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่กระบวนการปฐมนิเทศจะพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้น ผู้บริหารจะต้อง

ตระหนักถึงคุณลักษณะของผู้เรียน รูปแบบการเรียนรู้ ความต้องการการเรียนรู้ ของผู้เรียนรวมทั้ง เนื้อหาวิชาที่ใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ทั้งในวิชาพื้นฐาน และวิชาชีพ

2. กระบวนการ (Process) ขั้นตอนของกระบวนการปฐมนิเทศมีองค์ประกอบ ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

2.1 บรรยากาศการเรียนรู้ เป็นองค์ประกอบที่เสริมสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ที่ดี ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจในการเรียนรู้ บรรยากาศการเรียนรู้นี้เป็นลักษณะการเรียนการสอน ที่เป็นกันเอง การซักถาม และแสดงความคิดเห็นร่วมกันของผู้เรียน และการยอมรับความแตกต่าง ของผู้เรียน

2.2 การวางแผนดำเนินการสอน เป็นการเตรียมจัดดำเนินงานทั้งโดยหน่วยงาน และหน่วยงานย่อย ประกอบไปด้วยการประเมินความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนในแต่ละเรื่อง เนื้อหา วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ กำหนดเวลา ผู้สอน รวมทั้ง เกณฑ์ในการประเมินผล

3. ผลผลิต (Output) เป็นผลที่ได้รับจากโครงการปฐมนิเทศ อันได้แก่ ความรู้ ความสามารถของผู้เรียน พฤติกรรม หรือทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นวัตถุประสงค์การจัดปฐมนิเทศ โดยใช้วิธีการวัดผลผลิตที่ได้ว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่

โทบินและคณะ ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับแรงจูงใจโดยอธิบายว่า การปฐมนิเทศที่ดีนั้น จะส่งผลให้ตอบสนองความต้องการของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และได้ กล่าวถึงหลักและวิธีการให้ความรู้ ต้องคำนึงถึง หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ การเรียนการสอนจึง จะเป็นไปอย่างราบรื่นและก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี

โรงพยาบาลแต่ละแห่งย่อมมีปรัชญา นโยบายและเป้าหมายในการบริการที่เหมาะสมกับ ทรัพยากรสนับสนุนอัน เป็นลักษณะ เฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล มีแนวคิดในการจัดปฐมนิเทศแตกต่างกัน ทำให้ลักษณะการจัดปฐมนิเทศมีหลายรูปแบบ (Pohustky, 1979) จากการศึกษาและรวบรวม ของ โอ คอนเนอร์ (O'Connor, 1986) ได้แบ่งลักษณะการจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพไว้ 6

ลักษณะ ผู้วิจัยได้สรุปและแสดงด้วยตารางไว้ดังนี้
 ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ

| ชื่อ | วิธีการ | ความเหมาะสม | ผลที่ได้รับ |
|--|---|---|---|
| 1. การปฐมนิเทศ รูปแบบเดิม (Traditional Program) | 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับฝ่ายการ พยาบาล 3. ฝึกทักษะที่จำเป็น 4. ฝึกปฏิบัติการพยาบาล | 1. สำหรับผู้ที่ฝึกปฏิบัติ งานเมื่อเป็นนักศึกษา ในโรงพยาบาลแห่งนี้ | 1. สามารถปรับตัว ต่อขั้นตอนการปฏิบัติ งานได้ |
| 2. การใช้ชุดปฐม นิเทศ (Modular orientation) | 1. ให้ข้อมูลเช่นเดียวกับการ ปฐมนิเทศ รูปแบบเดิม แต่อยู่ในรูปคู่มือสื่อต่าง ๆ 2. มีการทดสอบก่อนและหลัง การเรียนรู้ เพื่อเทียบกับวัตถุ ประสงค์ที่ตั้งไว้ | 1. ผู้ที่ต้องการทำ ความรู้จักหน่วยงาน ในระยะเวลายาว เช่น พยาบาลพิเศษจาก หน่วยงานอื่น | 1. เลือกเรียนรู้ข้อมูล ที่ต้องการ 2. ใช้ระยะเวลายาว |
| 3. การปฐมนิเทศ เน้นการปฏิบัติงาน (Performance Based Orientation) | 1. พยาบาลสำเร็จใหม่ ประเมินความพร้อมของตนเอง และสิ่งที่ต้องการฝึกปฏิบัติ 2. จัดประสบการณ์การเรียนรู้ หลายรูปแบบ เช่น การทำข้อ ตกลง เกี่ยวกับการพัฒนา ทักษะนั้น ๆ การปฏิบัติภายใต้ การนิเทศ | 1. นักการศึกษาผู้รับ ผิดชอบมีความสามารถ ในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ 2. ทรัพยากร และผู้ นิเทศเพียงพอ | 1. เน้นความต้องการ ของแต่ละบุคคล |

| สื่อ | วิธีการ | ความเหมาะสม | ผลที่ได้รับ |
|---|---|--|--|
| 4. การปฐมนิเทศ ในหน่วยพิเศษ (Special Orientation Units) | 1. แบ่งกลุ่มย่อย 6-8 คน ร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ 2. ฝึกความสามารถเฉพาะการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย ในแผนกนั้น | 1. แผนกต่าง ๆ ที่ ต้องการให้พยาบาล สำเร็จใหม่มีความ สามารถในการดูแล เฉพาะโรค | 1. เกิดความรับผิดชอบ ชอบร่วมกันทั้ง บุคลากรใหม่และ บุคลากรที่มี ประสบการณ์ |
| 5. ระบบพี่เลี้ยง (Preceptorship) | 1. จับคู่ถ่ายทอดประสบการณ์ ระหว่างพยาบาลรุ่นพี่ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมกับพยาบาลสำเร็จใหม่ 2. เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นแกน (Problem base Learning) 3. มีข้อตกลง และให้ข้อมูล ย้อนกลับ | 1. พยาบาลสำเร็จ ใหม่ที่เรียนรู้ด้วยการ สังเกตก่อนการ ปฏิบัติจริง | 1. มุ่งความต้องการ และรูปแบบการรับรู้ ที่แตกต่างระหว่าง บุคคล |
| 6. การฝึกงานแบบ หมุนเวียน (Internship) | 1. ฝึกงานประจำและทักษะพิเศษ 2. สอนในห้องและในคลินิกใน ลักษณะคล้ายนักศึกษา | 1. พยาบาลสำเร็จใหม่ มีประสบการณ์น้อยกว่า 6 เดือน 2. สนใจฝึกหลายแห่ง ก่อนเลือกที่ปฏิบัติงาน | 1. สามารถปฏิบัติ ตามความคาดหวัง ของหน่วยงานและมี ทักษะพิเศษ |

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ใดทำการ
ศึกษา ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบต่าง ๆ ในต่างประเทศมี
มากมาย กล่าวโดยสรุปดังนี้ จากการศึกษาของการปฐมนิเทศโดยใช้ชุดการเรียนรู้ของ โคปแลนด์

และมิลเลอร์ (Copeland and Miller, 1976) สอดคล้องกับการศึกษาของแรนท์ (Rantz, 1980) จากการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการปฐมนิเทศโดยชุดการเรียนรู้พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม และหัวหน้าทีมมีความพึงพอใจและให้คุณค่าแก่ชุดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก การศึกษาของโบเวน (Bowen, 1979) บิวโนและคณะ (Bueno and Other, 1987) โพฮัสกี (Pohustky, 1979) และบิคคัส (Buickus, 1984) เกี่ยวกับการจัดปฐมนิเทศใน ลักษณะการให้ความรู้ในห้องเรียน เสริมด้วยการฝึกปฏิบัติความสามารถในทางวิชาชีพก่อให้เกิดความ อบอุ่นใจลดความขัดแย้งในบทบาทและพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่สามารถปฏิบัติงานได้ดีในระยะต่อมา การศึกษาเกี่ยวกับการปฐมนิเทศเน้นการฝึกปฏิบัติงานของแทรนทัม (Tranthum, 1979) คินเซอร์ (Kinzer, 1976) และเชปแมน (Chapman, 1975) พบว่า การให้พยาบาลสำเร็จใหม่ประเมิน ความสามารถในการทำกิจกรรมการพยาบาลของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพ และส่งผลให้สามารถประเมินความก้าวหน้าจากความรู้ ความสามารถที่มีอยู่เดิมของ พยาบาลสำเร็จใหม่ ภายหลังจากปฏิบัติในแต่ละระยะ การศึกษาเกี่ยวกับการทำสัญญาการเรียนรู้ ของ ฮวง และโชแอนเนซท์ (Huang and Schoenlenecht, 1984) อันเกิดจากความเชื่อใน การเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละคน โดยกำหนดเนื้อหา ผู้ช่วยเหลือ และชุดการเรียนรู้ 22 ชุด และฝึกปฏิบัติในตึกต่าง ๆ เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่กำหนด พบว่า สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยตนเอง รู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจ และประเมินความรู้ความสามารถของตนเองได้ การศึกษา เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงาน ระบบหมุนเวียนภายหลังการปฐมนิเทศทั่วไป ของ ซิสเตอร์ เดนเนน (Dennen, 1972) เฟลมมิง และคณะ (Fleming and Others) โคโค (Coco, 1976) แซคกาเรส (Chagares, 1980) พบว่า ระบบการฝึกงานแบบหมุนเวียนก่อให้เกิดการปรับตัวต่อ บทบาทใหม่ที่ดี มีความเข้าใจต่อลักษณะงานในองค์การได้ดี พยาบาลสำเร็จใหม่พึงพอใจและสามารถ ปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ การศึกษาของไกดาร์ (Guida) แล้วให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้ข้อมูล ดังกล่าว ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ เขียนแบบฟอร์มรับผู้ป่วยบันทึกการพยาบาล วางแผน การพยาบาล วิธีนี้ทำให้พยาบาลคุ้นเคยต่อระบบต่าง ๆ และแสดงความสามารถ และไม่รู้สึกเบื่อ หน่ายต่อการได้รับข้อมูลมากเกินไป จากการศึกษาของ แฮมเมอร์สเต็ดและคณะ (Hammerstad and Others) ในการใช้โครงการปฐมนิเทศแบบผสมผสาน กล่าวคือ ภายหลังจากการปฐมนิเทศ ทั่วไปแล้ว พยาบาลวิชาชีพจะได้รับการดูแลแบบระบบพี่เลี้ยง (Buddy) การให้ความรู้แบบกลุ่ม (Group Hire) เพื่อลดความขัดแย้ง การสัมภาษณ์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและ

ระหว่างแนวทางแก้ไข การฝึกปฏิบัติ (Procedure) การฝึกขึ้นเวร และทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม (Individual Unit) การหมุนเวียนฝึกปฏิบัติงาน พบว่า จากลักษณะเด่นของแต่ละวิธี เมื่อมาผสมผสานกันจะทำให้พยาบาลสำเร็จใหม่ ได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ลดความขัดแย้งในบทบาทและปรับตัวได้ดีในระยะเวลาอันสั้น

สรุปโดยรวมเกี่ยวกับการวิจัยเรื่อง การปฐมนิเทศ พบว่า การปฐมนิเทศแต่ละวิธีต่างก็ให้ผลดีทั้งความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของพยาบาล ยังไม่มีการค้นพบว่าวิธีใดที่ให้ผลดีแตกต่างไปจากวิธีอื่น ๆ หรือเป็นวิธีที่ดีที่สุด ด้วยเหตุนี้การจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้อาจจัดขึ้นโดยการผสมผสานแนวคิดในการปฐมนิเทศ และแนวคิดเกี่ยวกับความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง แรงจูงใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการประเมินโครงการของไทเลอร์ ดังกล่าวต่อไปนี้

โครงการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

โครงการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นโครงการอบรมระยะสั้น ที่มีจุดมุ่งหมายให้ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากความรู้ในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีก่อนการปฐมนิเทศในหัวข้อ ภาวะบวมการพยาบาล การบันทึกการพยาบาล การป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันอันตราย การช่วยชีวิต ใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในเวลา 5 วัน ประเมินโครงการใช้การทดสอบความรู้ก่อน และหลังดำเนินโครงการตั้งรายละเอียดโครงการในภาคผนวกหน้าเนื้อหาที่ใช้ในการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1. ภาวะบวมการพยาบาล
2. การบันทึกการพยาบาล
3. การป้องกันโรคติดเชื้อ
4. การป้องกันอันตราย
5. การช่วยชีวิต

ดังมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีการในการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีมาตั้งแต่ปี 1859 โดยฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ที่ได้พยายามวางรากฐานของการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการสังเกต พยาบาลต้องรู้สึกว่าจะต้องสังเกตอะไรบ้าง สังเกตอย่างไร และอาการอะไรบ้างที่แสดงว่าผู้ป่วยดีขึ้นหรือเลวลง การสังเกตนี้เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูล และอยู่ในขั้นแรกของกระบวนการพยาบาล ต่อมาใน ค.ศ. 1900 เดบอราห์ แมคเลอร์ก์ เจนเสน ได้นำวิธีการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้เกิดแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล และนับแต่นั้นมา การกำหนดขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้รับบริการอันเกี่ยวกับการประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผลจึงเกิดขึ้น และมีความชัดเจนมากขึ้นเป็นลำดับ สำหรับในประเทศไทยนั้นไม่มีหลักฐานระบุไว้แน่นอนว่า พยาบาลไทยเริ่มใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่เมื่อใด พบว่า พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ ได้เขียนหนังสือเรื่อง การวางแผนการพยาบาล พิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2522 มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และฟาริดา ฮีบราอิม ได้เขียนหนังสือ เรื่องคู่มือปฏิบัติการพยาบาล ชั้นวิชาชีพในปีเดียวกัน และกล่าวถึงกระบวนการพยาบาลไว้เช่นกัน (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2527)

ยูรา และวอลลส์ (Yura and Walsh, 1983) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาล เป็นหัวใจ และเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นจุดรวมของกิจกรรมการพยาบาล ที่สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใด ๆ และด้วยทฤษฎี ความเชื่อใด ๆ เพราะสามารถยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ส่วนขั้นตอนต่าง ๆ นั้นสามารถทดลอง วิเคราะห์ การปฏิบัติของพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการ การเรียกชื่อขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการพยาบาลจะแตกต่างกันในพยาบาลแต่ละกลุ่ม ขณะเดียวกันตั้งอยู่บนพื้นฐานเดียวกัน คือ การรวบรวม มีระบบ และความรอบคอบในการวิเคราะห์

เอทคินสัน (Atkinson, 1986) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ในการวางแผน และให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการพยาบาลจึงเป็นแนวทางในการคิดของพยาบาล แนวคิดมีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นผลจาก

ความสามารถทางวิชาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เป็นการผสมผสานวิธีการในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือภาวะสุขภาพอนามัย และการให้ความช่วยเหลือ

อัลฟาโร (Alfaro, 1986) กล่าวถึง กระบวนการพยาบาลว่า เป็นวิธีการรวบรวมที่เป็นระบบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยมุ่งที่การตอบสนองของบุคคล กลุ่มคน ต่อการกระทำ หรือศักยภาพในการปฏิบัติต่อสุขภาพอนามัย เป็นกลุ่มของกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างพินิจพิเคราะห์ที่พยาบาลปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้นเพื่อแน่ใจว่า ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่การปฏิบัติพยาบาลจะช่วยเหลือได้

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการแก้ปัญหาของบุคคลซึ่งเริ่มด้วยการประเมินหาลักษณะไม่สมดุลย์ (assessing) โดยศึกษาและเปรียบเทียบจากองค์ประกอบต่าง ๆ ในภาวะสมดุลย์ ให้การวินิจฉัยปัญหาเนื่องจากความไม่สมดุลย์ของร่างกาย (nursing diagnosis) ให้การพยาบาลเพื่อรักษาคุณภาพของระบบ (intervention) โดยกำหนดเป้าหมาย หรือจุดประสงค์และวิธีการพยาบาลที่บรรลุเป้าหมาย (planning) รวมทั้งนี้แผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (implementation) และประเมินผลการพยาบาล เพื่อค้นหาความสำเร็จของการพยาบาลว่า บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และปรับปรุงให้ดีขึ้น

จากความหมายและหลักการของกระบวนการพยาบาลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปลักษณะของกระบวนการพยาบาลได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการ ครอบครัว โดยใช้กระบวนการคิดอย่างมีระบบในการประเมินปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติ แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงวิธีการให้เหมาะสม โดยที่ขั้นตอนมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสามารถปรับใช้ได้ตามทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะอยู่บนความเชื่อ หรือ ทฤษฎีการพยาบาลใดก็ตาม

ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

เพ็ญศรี ระเบียบ (2527) ได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการพยาบาลไว้ดังนี้

1. กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหา หรือตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถกระทำ ได้โดยอิสระ

2. ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบ มีขั้นตอน และมีความต่อเนื่องกันในการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและ ประเมินผลการพยาบาล โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์

3. ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้ และทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ในการทำความเข้าใจผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ค้นหา และเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ เหมาะสม ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อนำไปสู่การติดต่อสื่อสาร เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาล ทักษะในการสังเกตรวบรวมข้อมูล ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การใช้ความรู้และทักษะเหล่านี้ทำให้สามารถให้การพยาบาลคนทั้งคนได้ รวมทั้งแสดงออกถึงความ สามารถ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติวิชาชีพ ต่อผู้รับบริการ ได้

4. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดการพยาบาลสำหรับตนเอง

5. การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะ ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมการพยาบาล รวมทั้งทีมสุขภาพ ตลอดจนเป็นหลักฐาน เกี่ยวกับผู้รับบริการ และช่วยให้สามารถตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้

6. การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล จะช่วยให้พยาบาลสามารถสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้

7. ขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ เป็นผลจากการใช้ความคิด เชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปความ จากข้อมูลต่าง ๆ ของผู้รับบริการ จะนำไปสู่ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นศาสตร์ของการพยาบาลได้อีกด้วย

แอทคินสัน (1983) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้กระบวนการพยาบาล ที่มีต่อพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลดังนี้

1. ข้อกำหนดของ National League for Nursing กำหนดให้พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลทุกคนใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาล

2. ทำให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติพยาบาล เพราะมีเป้าหมายและวิธีการที่ชัดเจน
3. เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เพราะการวางแผนที่ดีทำให้ประหยัดเวลาและพลังงาน เพิ่มความสำคัญในการแก้ปัญหาผู้รับบริการ เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ
4. เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เมื่อมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน มีทักษะในการทำงานร่วมกัน
5. ช่วยในการมอบหมายงาน ในการดูแลผู้ป่วย ตามความรู้ความสามารถของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล
6. การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ตามมาตรฐานของ JCAH คือ กระบวนการพยาบาลจะเป็นข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ประเมินความต้องการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับหลังจากรวบรวมข้อมูลแล้วจะมีการวางแผนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรพยาบาลทุกคนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องด้วย ขณะเดียวกันการใช้กระบวนการได้ตรงกับมาตรฐานในกิจกรรมของพยาบาลที่กำหนดโดยสมาคมพยาบาลอเมริกันในปี ค.ศ. 1973 ได้แก่
 - มาตรฐาน 1 เก็บรวบรวมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ โดยการบันทึก
 - มาตรฐาน 2 การวินิจฉัยการพยาบาล อาศัยข้อมูลภาวะสุขภาพเป็นพื้นฐาน
 - มาตรฐาน 3 การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยเป้าหมายที่กำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล
 - มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการพยาบาล จะบ่งบอกถึงลำดับ และวิธีการปฏิบัติการพยาบาล หรือวิธีประเมินว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - มาตรฐานที่ 5 กิจกรรมพยาบาลเป็นการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งศักยภาพ
 - มาตรฐานที่ 6 กิจกรรมพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการดำรงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดในด้านสุขภาพอนามัย
 - มาตรฐานที่ 7 ผู้รับบริการและพยาบาลจะร่วมกันตัดสินใจ ผู้รับบริการมีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

มาตรฐานที่ 8 ความก้าวหน้าตามเป้าหมายของการพยาบาลของผู้รับบริการ หรือไม่นั้นจะนำไปสู่การประเมินสภาพบุคคลใหม่ การจัดลำดับความสำคัญ การตั้งเป้าหมายใหม่ และการปรับแผนการพยาบาล

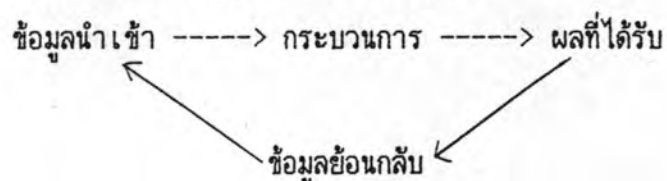
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบไปด้วยทฤษฎี 2 ประเภท ได้แก่ ทฤษฎีทั่วไป (General Theories) และ ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing Theories)

1. ทฤษฎีทั่วไป (General Theories) ได้แก่

1.1 ทฤษฎีระบบ โดยทั่วไประบบจะประกอบด้วยข้อมูลนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และ ผลที่ได้รับ (output)

ข้อมูลนำเข้า หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม และวิธีการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลผลิตที่เป็นเป้าหมาย ผลที่ได้รับ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นภายหลังดำเนินการ การทำงานของทฤษฎีระบบ อธิบายได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 : ทฤษฎีระบบ

เบอร์ตาลเลนฟลี (Bertalanfly) อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานรักษ์ (2522) ได้ อธิบายว่า ระบบจะประกอบด้วยระบบย่อย ซึ่งจะถูกกำหนดแนวทาง เพื่อไปสู่วัตถุประสงค์ ซึ่งเป็น วัตถุประสงค์ของระบบใหญ่

ระบบการพยาบาลเป็นระบบย่อยของระบบการดูแลสุขภาพ ที่ประกอบด้วย การตั้ง วัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อเป็นเป้าหมายในการให้การพยาบาล ข้อมูล นำเข้าของระบบการพยาบาล คือ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ส่วน กระบวนการ ได้แก่ กิจกรรมของพยาบาลในการ เก็บรวบรวมข้อมูล บ่งปัญหาของผู้รับบริการ กำหนด วิธีการปฏิบัติพยาบาล แล้วพยาบาลหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการพยาบาลว่าเป็นไปตาม

วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เป็นข้อมูลย้อนกลับในการค้นหาข้อมูลของผู้รับบริการเพิ่มเติม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อีกครั้งหนึ่ง

1.2 ทฤษฎีข่าวสาร การได้รับข่าวสารมากพอทำให้เกิดการตัดสินใจที่รอบคอบ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ข่าวสารที่พยาบาลได้รับจาก คำบอกเล่าของผู้รับบริการ การสังเกต และผลการตรวจต่าง ๆ จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลเกิดการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปวางแผนการพยาบาล ขณะเดียวกันพยาบาลจะต้องให้ข่าวสารแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ การยอมรับการปฏิบัติของพยาบาล หลังให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลจะติดตามประเมินผลไปที่ตัวผู้รับบริการรับความเปลี่ยนแปลงไปตามวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือไม่

1.3 ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในระบบ การติดต่อมี 2 ส่วน คือ ผู้ส่ง และผู้รับ และมีองค์ประกอบอันได้แก่ แหล่งข้อมูล ช่องทางส่งข้อมูล ทั้ง 5 ประการนี้มีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในข้อมูลที่สื่อสาร พยาบาลควรมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร เช่น รู้ว่าจะใช้คำพูดเช่นไรที่ทำให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจถูกต้อง รับรู้ตรงกัน ผู้รับบริการมีความพร้อมในการรับข้อมูลเพียงใด พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการแสดงถึงความรู้สึกเช่นไร ขณะเดียวกันพยาบาลต้องเป็นผู้รับข่าวสารที่มีความพร้อมในการรับฟัง ทักษะนี้จะช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีให้ข้อมูล และประเมินผลการพยาบาล อันเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้การใช้ทักษะการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ทฤษฎีการตัดสินใจ การตัดสินใจนี้เป็นการตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่เสนอไว้โดยฟลิปโป (Flippo) (อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานรักษ์, 2522) กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจไว้ดังนี้

- ก. กำหนดปัญหาและจุดมุ่งหมายของการตัดสินใจ เพื่อประเมินขอบเขตของปัญหา
- ข. พิจารณาแนวทางแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี จากความรู้ ทฤษฎีและประสบการณ์
- ค. รวบรวมข้อมูล รายละเอียดเพื่อวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหา
- ง. พิจารณาวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาและเปรียบเทียบผลดีผลเสียเพื่อ

การตัดสินใจ

- จ. กำหนดวิธีปฏิบัติจากทางเลือกที่ดีที่สุดเพื่อการแก้ปัญหา

การใช้กระบวนการพยาบาลประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลที่ต่อเนื่องกัน และความสัมพันธ์ในระหว่างขั้นตอนนี้เองที่ทำให้พยาบาลต้องใช้ความคิดพิจารณาอย่างมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจ แต่ละขั้นตอน เพราะหากเกิดความผิดพลาดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและทำให้การใช้กระบวนการพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จ

1.5 ทฤษฎีการรับรู้ ธรรมชาติของมนุษย์มีการรับรู้ต่างกัน และมีระดับการรับรู้ต่างกัน ทำให้เกิดกระบวนการของมนุษย์ที่จะตอบสนองต่อพฤติกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมต่อบุคคล ทั้งภายในและภายนอก การตัดสินใจของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสมและตามการรับรู้ของเขา การใช้กระบวนการพยาบาลนี้พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับรู้ในการติดต่อกับผู้รับบริการ การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความรู้ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ เกิดความร่วมมือในการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

2. ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing Theories)

ศาสตร์ทางการพยาบาล มีความก้าวหน้าที่เป็นลำดับ เนื่องจากมีการคิดค้นทฤษฎีการพยาบาลอันเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาล โดยนักการศึกษา นักปฏิบัติพยาบาลหลายท่าน ในแต่ละทฤษฎีจะมีการให้ความหมายของ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล อันจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล ด้วยเหตุนี้ทำให้พยาบาลผู้มีความเชื่อต่อทฤษฎีโดยอ้อมที่จะมีแนวทางในการมองปัญหาของผู้รับบริการไปในแนวทฤษฎีนั้น ทำให้ส่งผลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน กล่าวคือ แนวทางในการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

แต่เดิมในยุค ค.ศ. 1959-1963 ตามแนวคิดของ โดโรธี จอห์นสัน (Dorothy Johnson) ไอิดา ออร์แลนโด (Ida Orlando) และเออร์เนสโตน์ ไวเดนบัค (Ernextine widenbach) ได้จำแนกกระบวนการพยาบาลเป็น 3 ขั้นตอน แต่มีแนวคิดต่อมาในปี ค.ศ. 1967 ยูรา และวอลสซ์ ได้จำแนก กระบวนการออกเป็น 4 ขั้นตอน เช่นเดียวกับ กิลิตเติล และคาร์

เนวาลี (1969) ที่ได้จำแนกว่าประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพบุคคล 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การประเมินผล ต่อมาปี 1974 ดอริส บลอค (Doris Bloch) ได้กล่าวว่า การประเมินสภาพที่ใช้กันอยู่นั้นเป็นการรวมขั้นตอน การประเมินสภาพบุคคล และการวินิจฉัยปัญหาเข้าไว้ด้วยกัน จึงควรแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน เป็น 1) การประเมินสภาพบุคคล 2) การวินิจฉัยปัญหา 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผล ซึ่งแนวคิดนี้ได้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในปัจจุบัน (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2527)

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาพบุคคล (Assesing) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งหมดทั้งข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยในเรื่องของความเจ็บป่วย ประวัติการรักษา ตลอดจนการรับรู้ของผู้ป่วย ข้อมูลนี้เราเรียกว่า Subjective data และข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจสอบด้วยประสาทสัมผัส การตรวจสอบด้วยเครื่องมือ เช่น ผลการตรวจทางห้องทดลอง ข้อมูลนี้เราเรียกว่า Objective data แล้วนำมาตรวจสอบ และจัดระบบข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นหมวดหมู่ จากนั้นแปลข้อมูลเพื่อบ่งถึง ลักษณะบพร่องทางร่างกายที่ทำให้ต้องการการช่วยเหลือ หรือพยาธิสรีระของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ตรวจพบ

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosing) หลังจากที่ยาบาลรวบรวมข้อมูล และแปลข้อมูลแล้ว จะต้องพิจารณาว่า ข้อมูลใดที่เป็นปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการ โดยกำหนดข้อความที่บ่งถึงปัญหาดังกล่าว

การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นข้อความที่อธิบายถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิด หรือมีแนวโน้มที่จะเกิด ซึ่งพยาบาลมีสิทธิและความรับผิดชอบตามกฎหมายที่จะให้การรักษายาบาลเพื่อแก้ไขปัญหานั้น รวมทั้งสาเหตุที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมนั้น อันจะเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล และการระบุกิจกรรมพยาบาล

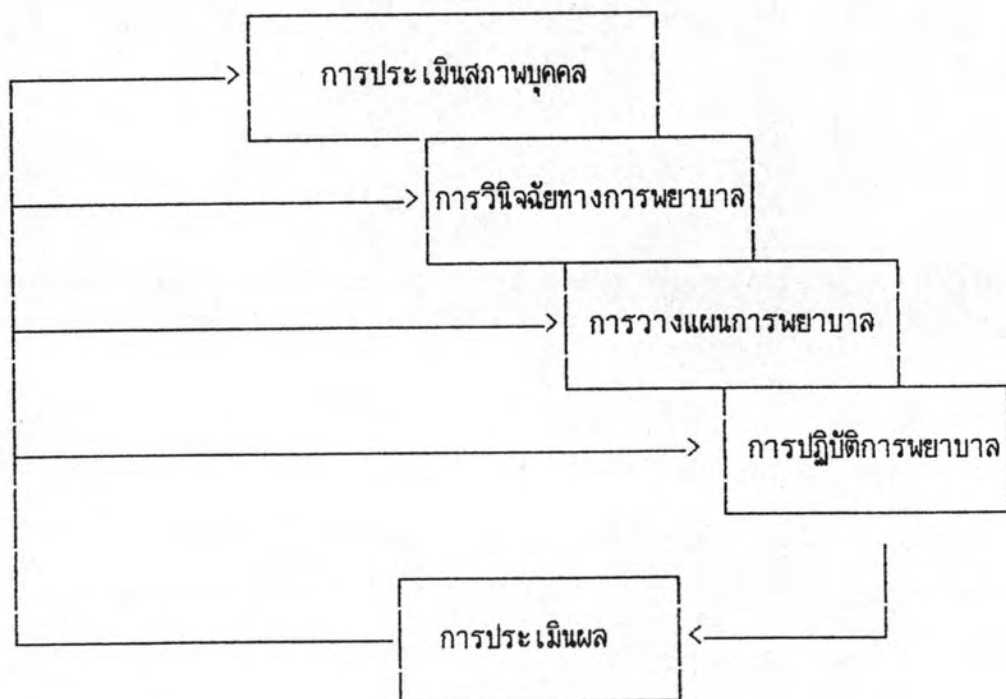
การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล เป็นการกำหนดข้อความที่บ่งบอกผลที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จในระยะเวลาที่คาดหวัง ภายใต้สถานการณ์ในขณะนั้น

การระบุกิจกรรมพยาบาล เป็นการบอกวิธีปฏิบัติภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล

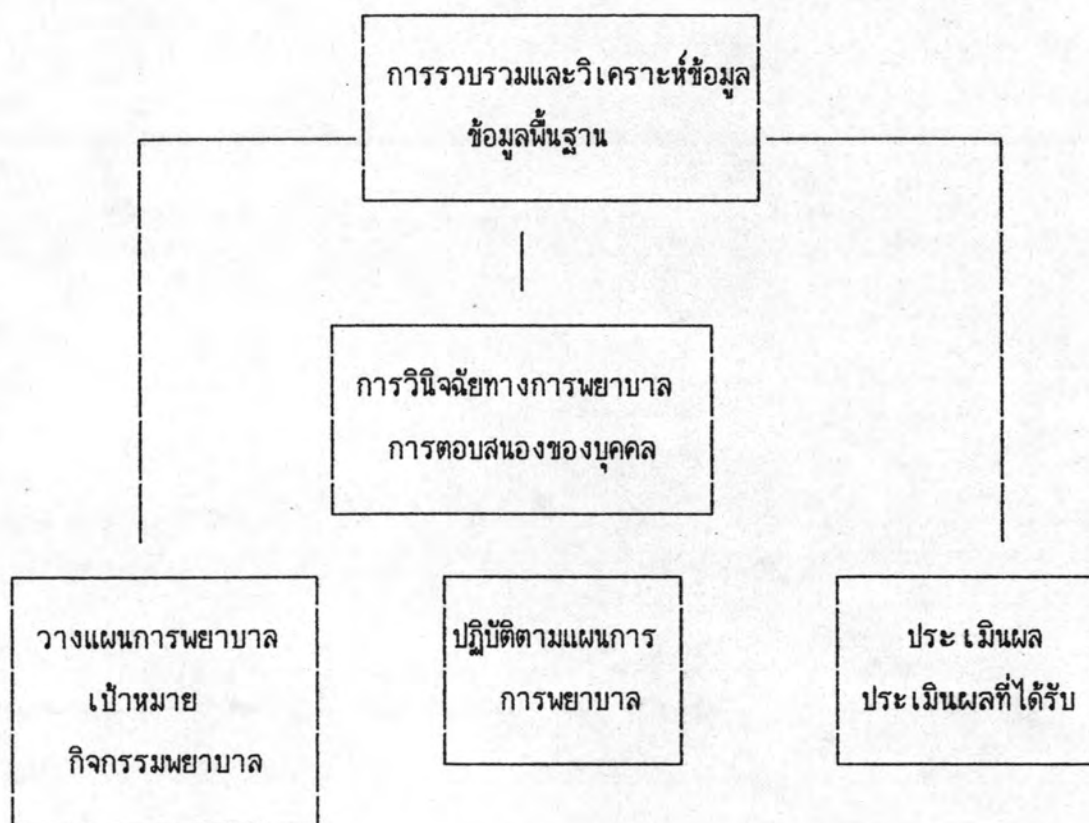
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementing) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

5. การประเมินผล (Evaluating) เป็นขั้นตอนในการประเมินว่าการปฏิบัติการพยาบาลได้ช่วยแก้ปัญหา หรือสนองความต้องการของผู้รับบริการตามเป้าหมายที่วางไว้แต่ละปัญหาหรือไม่ โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ในขั้นวางแผนการพยาบาล

จะเห็นได้ว่า แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังแสดงด้วยแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 2 : ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล



แผนภูมิที่ 3 : ภาพรวมของกระบวนการพยาบาล

ภาพรวมของกระบวนการพยาบาล แสดงถึง กระบวนการและผลผลิตของกระบวนการ และแหล่งความรู้ เซกเลอร์ (Zegler, 1988) ได้อธิบายความสอดคล้องตามรูปภาพนี้ว่า

1. กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการในการให้การพยาบาล
2. ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลต้องใช้ความรู้
3. ความสนใจของพยาบาลแตกต่างกันไปตามความเชื่อถือของพยาบาล
4. กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน การประเมินสภาพบุคคล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล
5. แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะเป็นขั้นตอนที่สิ้นสุดเมื่อเกิดผลผลิต
6. ขั้นตอนแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน
7. การพยาบาลรวมทั้งหน้าที่อิสระ และหน้าที่ไม่อิสระ

8. การวินิจฉัยการพยาบาลคือประโยคที่แสดงการตอบสนองที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พยาบาลจะวินิจฉัย และให้การแก้ไข
9. ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างและองค์รวม
10. พยาบาลให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

การบันทึกการพยาบาล

พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) กล่าวว่า แบบบันทึกการพยาบาล หมายถึง แบบบันทึก แผนการดูแล การปฏิบัติ และความก้าวหน้าในการดูแล ซึ่งบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติโดยมีการบันทึกเป็นประจำ ทุกเวร และทุกวัน

เกศิณี เห็นพิทักษ์ (2525) ได้ให้ความหมายของบันทึกการพยาบาลว่า เป็นบันทึกของพยาบาลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การพยาบาลที่ได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย และผลของการให้การพยาบาลในแต่ละเวร ซึ่งต้องรายงานบันทึกไว้อย่างละเอียด

บึงอร ผลเนืองมา (2522) กล่าวว่า การบันทึกการพยาบาล การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นสาระเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยทั้งหมด นับตั้งแต่ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต สิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการสังเกต การตรวจพบ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้กระทำกับผู้ป่วยและที่วางแผนจะกระทำต่อไป ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังการให้การพยาบาล

โดยสรุป การบันทึกการพยาบาล หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้กระทำกับผู้ป่วย การวางแผน การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังการให้การพยาบาล

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่พยาบาลเขียนลงในบันทึกการพยาบาลนี้เอง ทำให้ บันทึกการพยาบาลมีความสำคัญหลายประการ ดังนี้

เครมเมอร์ (Krammer, 1969) ได้กล่าวว่า บันทึกการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการพยาบาล โดยประเมินการพยาบาลจากบันทึกการพยาบาล เพื่อเป็นการตัดสินประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่า มีคุณภาพตรงตามเกณฑ์ที่วางไว้หรือไม่

เอ็กแลนด์ (Egglund, 1980) ได้กล่าวถึงความสำคัญของบันทึกการพยาบาล คือ ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงภาวะอาการ ความต้องการ

และปัญหาขณะที่รับการดูแลรักษา และใช้ประกอบเป็นหลักฐานในด้านกฎหมายอีกด้วย

จากความสำคัญดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้เป็นประเด็นสำคัญได้ 3 ประการ ได้แก่

1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง
 2. เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคลากรในทีมสุขภาพ
 3. เป็นหลักฐานทางกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
- พวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) ได้กล่าวว่า จุดประสงค์ของการเขียนบันทึกการพยาบาล เพื่อนำมาซึ่ง
1. ใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ อาจเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย และนำมาประกอบการวางแผนรักษาได้จากการบันทึกของพยาบาล
 2. ใช้เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย จากการนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัญหาและวิธีแก้ไข
 3. ใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิจัย ในการศึกษา และวิจัย เกี่ยวกับผู้ป่วย และการพยาบาล
 4. ใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เกี่ยวเนื่องความสามารถในการให้การพยาบาล จัดระบบการพยาบาลที่สนองต่อความต้องการของผู้ป่วย
 5. ใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย ซึ่งอาจใช้ในศาลถ้ามีการฟ้องร้องหรืออ้างถึง บันทึกการพยาบาลก็จะมีส่วนสำคัญในการตัดสินในศาล
 6. เป็นสื่อระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อให้การสื่อสารมีความถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสื่อให้พยาบาลแต่ละเวรได้ข้อมูลที่ตรงกัน
 7. มีผลต่อสถิติ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการคาดการณ์ จากการรายงาน การเกิด การตาย โรค
 8. การศึกษา นักศึกษาทางบริการสุขภาพในสาขาต่าง ๆ สามารถใช้บันทึกรายงานต่าง ๆ เพื่อการศึกษาได้ เพราะจะมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และความเจ็บป่วย

ความสำคัญและประโยชน์ของการบันทึกการพยาบาลดังกล่าวมาแล้ว ทำให้งานเขียนเป็นงานหนึ่งที่พยาบาลจะละเลยเสียไม่ได้ ทั้งต้องตระหนักอยู่เสมอว่า การบันทึกการพยาบาลที่ดีย่อมก่อให้เกิดผลประโยชน์มากมาย จากการศึกษารวบรวมของ จิรา เต็มจิตอารีย์ (2530) พบว่า การบันทึกการพยาบาลมีทั้งหมด 5 วิธี ได้แก่ การบันทึกการพยาบาลโดยใช้ระบบกายวิภาคศาสตร์ การบันทึกการพยาบาลโดยใช้หลักความต้องการเฉพาะของมนุษย์ การบันทึกการพยาบาลโดยปัญหา การบันทึกการพยาบาลโดยยึดการวินิจฉัยพยาบาลเป็นหลัก การบันทึกการพยาบาลตามรูปแบบ PEMS การบันทึกแต่ละระบบมีจุดเด่น มีข้อจำกัดแตกต่างกันและต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะในแต่ละเรื่องนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่า การบันทึกการพยาบาลโดยใช้ปัญหาเป็นการบันทึกที่สอดคล้องกับการปฏิบัติพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมากที่สุด จากข้อเขียนของ ประคอง อินทรสมบัติ (2530) กล่าวถึง การบันทึกเอกสาร ควรมีการบันทึกที่สอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยเฉพาะการแจกแจงปัญหา และแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการให้การพยาบาล และส่งต่อปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมไว้แล้วให้กับพยาบาลเวรต่อ ๆ ไป และบุคลากรพยาบาลคนอื่น ๆ ด้วย

ด้วยเหตุนี้จึงทำการบันทึกการพยาบาลโดยปัญหา (Problem-Oriented System of Charting) มาใช้ เพื่อต้องการให้มีโครงสร้างที่แน่นอน เป็นบันทึกที่ใช้เป็นหลักฐาน เอกสารทางกฎหมาย บันทึกจะครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยทุกขณะ ปัญหาที่มีอยู่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งแสดงให้เห็นทราบถึงผลการกระทำนั้นด้วย (บึงอร ผลเนืองมา, 2522) ระบบการบันทึกโดยปัญหานี้ ได้นำมาใช้โดย นายแพทย์วีต ได้เป็นผู้ริเริ่มการบันทึกระบบนี้ สำหรับบุคลากรการแพทย์ใช้ในทุกระดับและทุกคณะ (Weed, 1971)

องค์ประกอบของการบันทึกโดยปัญหา

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่รวบรวมตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล เข้ารับการรักษา รายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางเศรษฐกิจ และสังคม
2. รายการปัญหา (Problem list) เป็นการนำเอาปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์ได้มาเขียนลงเป็นรายการ เพื่อจะนำไปสู่การจัดการด้านการดูแลรักษาต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องระบุ

วันที่ค้นพบปัญหาและกำหนดเลขที่ของปัญหา ตามลำดับต่อเนื่องกันโดยตลอด นอกจากนี้แล้วกำหนดว่า ปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วน หรือไม่เร่งด่วนด้วย

3. แผน (Plan) จากปัญหาจะนำมาพิจารณาโดยละเอียดเพื่อสั่งการดูแลรักษา การให้ความรู้ วิธีปฏิบัติการพยาบาล และการค้นหาเพิ่มเติม

4. การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) เริ่มต้นการบันทึกด้วย ลำดับที่ของปัญหา และข้อความของปัญหา แล้วจึงติดตามด้วยข้อมูลการดูแลรักษาที่ให้

พวงรัตน์ นุญญาบุรุษ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2524) ได้เสนอรูปแบบการบันทึก โดยปัญหาที่จะมาใช้ในทางการพยาบาลคือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญทางการพยาบาลโดยเฉพาะซึ่งไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลอื่น ๆ ซึ่งจะแสดงพื้นฐานของผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน ได้แก่ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล รายละเอียดของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม ครอบครัวและสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาการในวัยเด็ก รวมทั้งผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ สิ่งที่สำคัญคือ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (nursing history)

2. รายการปัญหา ปัญหาเหล่านี้ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งจะเป็นไปในรูปของอาการสำคัญ ๆ แต่ละอาการ และความต้องการของผู้ป่วย โดยพิจารณาตามขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierachy of needs) ปัญหาดังกล่าวนี้ คือ การวินิจฉัยการพยาบาลนั่นเอง ซึ่งไม่ใช่การวินิจฉัยโรค แต่จะเป็นข้อความที่กล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วย และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหา ซึ่งเกี่ยวกับอาการของโรค หรือไม่เกี่ยวข้องก็ได้ เช่น ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทางสังคม ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วย จะต้องบอกข้อความ ผู้บันทึก และวันที่ปัญหาได้รับการแก้ไข ซึ่งจะต้องบันทึกปัญหาทันทีทุกครั้งที่พบปัญหา

3. รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย ข้อมูลประเภทนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยา อาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล เป็นผลของการพยาบาล ซึ่งการเขียน รายงานความก้าวหน้านี้ มาริเนอร์ (Marriner) ได้เสนอไว้เป็นหลัก คือ SOAP

Subjective data หมายถึงข้อมูลที่ได้มาจากการแสดงออกของผู้ป่วย (patient express) ซึ่งอาจเป็นคำพูดของผู้ป่วย ควรบันทึกในรูปของอาการที่ผู้ป่วยรู้สึก ทั้งในลักษณะของ

ความรุนแรงของอาการ และความมากน้อยของการเกิดอาการนั้น ๆ

Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดยตรงในสิ่งที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละปัญหา ตลอดจนผลการตรวจทางห้องทดลอง และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

Assessment เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รวบรวมมาตั้งแต่ต้น ซึ่งจะบอกได้ว่า สภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ดีขึ้นหรือเลวลง

Plan เป็นการค้นหาปัญหาอีกชั้นหนึ่ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแล้ว ปัญหาที่ถูกแก้ไขแต่ละปัญหาอาจไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องวางแผนการพยาบาลอีกครั้งหนึ่งหรือปรับปรุงแผนเดิมหรืออาจเปลี่ยนเป็นลักษณะของปัญหาใหม่

ต่อมา ไอรินและจอยซ์ (Irene and Joyce, 1981) ได้กล่าวว่า เพื่อให้การบันทึกนี้ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล ได้เพิ่มเติม อีก 2 ประการรวมเป็น SOAPIER คือ

Implementation คือ การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

Evaluation คือ การประเมินผลผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว

Revision คือ การแก้ไขปรับปรุงแผนใหม่ ถ้าผลที่ได้ไม่เป็นไปตาม จะทำบันทึก SOAPIER ต่อไปอีกจนปัญหาได้ถูกแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

การป้องกันโรคติดเชื้อ

ในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาล มีจำนวนหนึ่งที่ติดเชื้อโรคภายหลังการรักษาหรือมีโรคอื่นแทรกซ้อนในขณะที่อยู่โรงพยาบาลก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองแก่ผู้ป่วย ทั้งทำให้ระยะเวลาที่พักรักษาตัวต้องใช้เวลาานานกว่าที่ควร อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยนานขึ้นทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยรายอื่นเข้ารักษาตัวได้ ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้หากบุคลากรในทีมสุขภาพเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคติดเชื้อ และมีการควบคุมโรคติดเชื้ออย่างเคร่งครัด

โรคติดเชื้อ หมายถึง การที่จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรครุกรานเข้าไปในร่างกาย มีการเจริญเติบโตมาก และแบ่งตัวจนกระทั่งการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป

นอกจากปัญหาการติดเชื้อที่พบบ่อย มีทั้งการติดเชื้อระบบการเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ในโรงพยาบาลยังเป็นแหล่งการติดเชื้อที่สำคัญ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดติดเชื้อขึ้นภายหลังมาับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยโรคติดเชื่อนั้นไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวในตอนแรก

รับเข้าโรงพยาบาล เรียกการติดเชื้อนี้ว่า โรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital-Acquired or Nosocomial infection) ก่อให้เกิดผลเสียดังต่อไปนี้ (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และกรองกาญจน์ สังกาศ, 2527)

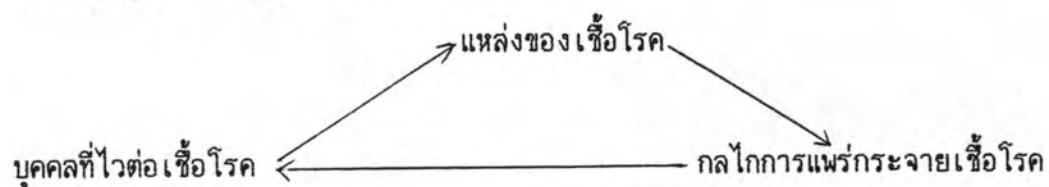
1. อัตราป่วย ทุพผลภาพ ตายเพิ่มขึ้น
2. ผลการรักษาโรคเดิมไม่ได้ผลเท่าที่ควร
3. ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น โดยเฉลี่ยราวร้อยละ 10 วัน
4. โรงพยาบาลรับผู้ป่วยได้น้อยลง
5. มีการแพร่กระจายของ เชื้อที่ดื้อยาในโรงพยาบาล
6. บุคลากรทางการแพทย์อาจติดโรค
7. มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน
8. ผลเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และส่วนรวม

จากปัญหาหรือผลกระทบดังกล่าวนี้ พยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญของการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ เพื่อให้อัตราการติดเชื้อลดน้อยลง เพื่อลดอัตราตาย ทุพผลภาพ และการสูญเสียด้านเศรษฐกิจโดยส่วนรวม

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อย

1. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ
2. การติดเชื้อทางบาดแผล
3. การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ
4. การติดเชื้อทางเลือด
5. การติดเชื้อทางผิวหนัง
6. การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร

กระบวนการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ซึ่งมีความเกี่ยวโยงกันเหมือนลูกโซ่ ถ้าขาดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ก็จะไม่เกิดโรคติดเชื่อนั้นปัจจัยทั้ง 3 คือ (กรองกาญจน์ สังกาศ, 2526)



แผนภูมิที่ 4 : กระบวนการเกิดโรคติดเชื้อ

1. แหล่งของเชื้อโรค หมายถึง ที่มีเชื้อโรคอาศัยอยู่อาจเป็นสิ่งมีชีวิต เช่น ผู้ป่วย บุคลากร ที่ให้การดูแล ญาติที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย หรือสิ่งที่ไม่มียชีวิต เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ อากาศ น้ำ อาหาร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
2. กลไกการแพร่เชื้อโรค ได้แก่
 - ทางอากาศ จากการจาม ไอ
 - ทางการสัมผัสทั้งโดยตรง และโดยอ้อม เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน การให้ยา การผ่าตัด ฯลฯ
 - จากสัตว์ที่เป็นพาหะ เช่น แมลงวัน ยุง
3. บุคคลที่ไวต่อการเกิดโรค หมายถึง บุคคลที่มีความต้านทานต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสี หรือยาที่กดภูมิคุ้มกันของร่างกาย และแม้กระทั่งผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอ หรือผู้สูงอายุ

การรักษาพยาบาลที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

1. การใส่สายสวนปัสสาวะ สาเหตุที่สำคัญ คือ การคาสายสวนปัสสาวะไว้ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การสวนปัสสาวะโดยไม่ระมัดระวัง เทคนิคปราศจากเชื้อ

การป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ

- 1.1 ไม่สวนปัสสาวะถ้าไม่จำเป็น
- 1.2 การสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง
- 1.3 ผู้สวนควรเป็นผู้ที่มีความชำนาญ
- 1.4 เตรียมเครื่องมือให้พร้อม
- 1.5 เลือกขนาดของสายสวนปัสสาวะให้พอดีกับผู้ป่วย
- 1.6 เข้มงวดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ
- 1.7 เครื่องมืออยู่ในภาวะปราศจากเชื้อ
- 1.8 เมื่อใส่สายสวนสู่ตำแหน่งที่เหมาะสมแล้ว ควรตรึงสายสวนไว้กับ

โคนขาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันสายเลื่อนหลุด

การเก็บปัสสาวะ โดยระบบปิด

1. ทิ้งท่อ ถุง หรือขวดรองรับ ต้องปราศจากเชื้อ
2. จัดให้สายเอียงลาดลงตามภาวะที่เก็บ ไม่ควรให้สายสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วย อย่าให้สายขดงอ
3. ภาชนะเก็บควรเปลี่ยนทุกวัน อาจใช้ถุงได้นาน 3 วัน ถ้าหากใส่น้ำยาฆ่าเชื้อลงไปในทุกครั้งหลังจากเทปัสสาวะออก
4. อย่าถอดข้อต่อของระบบเก็บปัสสาวะถ้าไม่จำเป็น
5. การเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ ให้นำยาทำลายเชื้อที่สายสวนปัสสาวะแล้วใช้เข็มที่ปราศจากเชื้อดูดปัสสาวะออกมา
6. การดูแลตรงรูเปิดท่อปัสสาวะด้วยการเช็ดบริเวณรูเปิดของท่อปัสสาวะวันละ 1-2 ครั้ง ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ
7. การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่ควรกระทำนอกจากจำเป็นจริง และควรจะเข้มงวดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ

2. การทำแผล จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานวันก่อนผ่าตัด เมื่อผ่าตัดแล้วมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเป็นอัตราที่สูงตามกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการที่ผิดเทคนิค

การป้องกันการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด

- 2.1 ควรทำความสะอาดผู้ป่วยในบริเวณที่จะผ่าตัดด้วยการโกนขนอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด
- 2.2 หลังผ่าตัดควรแยกผู้ป่วยที่มีบาดแผลติดเชื้อออกจากผู้ป่วยอื่น
- 2.3 เครื่องมือทำแผลควรแยกเป็นชุด ๆ สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 2.4 ล้างมือก่อนทำแผล

3. การให้สารน้ำทางหลอดเลือด อาจเกิดจากการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ

3.1 เลือกให้ที่หลอดเลือดดำที่แขนหรือคอ เพราะมีปัญหาการติดเชื้อน้อยกว่าบริเวณขา หลีกเลี่ยงบริเวณข้อพับ

3.2 การเตรียมสารน้ำที่จะให้ ต้องแน่ใจว่าไม่มีรอยร้าว รั่ว เขยาดู เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ซุน หรือมีตะกอน

3.3 หลีกเลี่ยงการผสมยาอื่น ๆ ถ้าจำเป็น ต้องผสมยาเข้าขวดก่อนให้ เล็กน้อย และเข้มงวดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ

3.4 ใช้เข็มโลหะที่มีขนาดเหมาะสมกับหลอดเลือดที่แทงเข็ม

3.5 ล้างมือให้สะอาดก่อนที่จะทำการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ

3.6 ทำความสะอาดบริเวณที่จะแทงเข็มด้วยไอโอดีน หรือแอลกอฮอล์ ในรายที่แพ้ไอโอดีน

3.7 ตรวจบริเวณแผลตรงรอบเข็มอย่างน้อยวันละครั้ง

3.8 สารน้ำแต่ละขวด สายที่ให้ เข็ม เปลี่ยนทุก 24 ชม. ถ้าเป็นสายสวนควรเปลี่ยนทุก 48 ชม.

4. การฉีดยา การเจาะเลือด

จะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

1. จัดระบบการเฝ้าติดตามโรคที่มีประสิทธิภาพ
2. กำจัดแหล่งเชื้อโรค
3. การแยกผู้ป่วย
4. การเข้มงวดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ การทำลายเชื้อ
5. การเข้มงวดต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ

แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคในโรงพยาบาล

1. การกำจัดแหล่งของเชื้อโรค

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยน้ำมูก น้ำลาย เวลาผู้ป่วยไอ จาม ให้ใช้กระดาษเช็ดหน้าปิดบริเวณปาก และจุ่มก่อนแล้วทิ้งกระดาษเช็ดหน้าลงในถุงพลาสติก

ปิดปากถุงให้สนิทแล้วนำไปทำลายเชื้อ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากหนอง

วิธีทำแผล

1. ล้างมือให้สะอาด
2. ใช้เครื่องมือทำแผลที่ปราศจากเชื้อ
3. อย่าใช้มือจับต้องขณะทำแผล ให้ใช้เครื่องมือแทน
4. สำลี ผ้าพันแผลที่เบื่อนแล้ว ให้ทิ้งลงในถุง 2 ชั้นเพื่อป้องกันการรั่วไหล

ของสิ่งที่มีเชื้อโรค

การป้องกันการแพร่กระจายทางอุจจาระ ปัสสาวะ

1. ล้างมือทุกครั้งที่จับต้องผู้ป่วย
2. สวมถุงมือเมื่อจะจับขวด หรือ กระบอกล้างปัสสาวะ หรือกระโถน
3. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานไม่หมดห่อมิดชิดในห้องผู้ป่วย แล้วนำไปทำลายเชื้อ
4. คนที่จับต้องจาน ชาม ถาด ที่ผู้ป่วยใช้แล้วต้องสวมถุงมือก่อน
5. เวลาขนย้ายผู้ป่วยให้ระวังปัญหา อุจจาระ ปัสสาวะราด

2. การแยกผู้ป่วย (มาลี สنجิเกษตริน, 2528)

การแยกผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำได้รับเชื้อเข้าไป (Protective Isolation)
2. เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากผู้ป่วยแพร่ไปสู่ผู้อื่น (Infection Isolation)

วิธีแยกผู้ป่วย แบ่งเป็น

1. การแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อง่าย (Strict Isolation) ได้แก่ เชื้อแอนแทรกซ์ ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ หรือ ไฟลวกที่ติดเชื้อสเตรปทิลโลคอคคัส หรือ สเตรปโตคอคคัส โรคคอตีบ โรคพิษสุนัขบ้า ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อสเตรปทิลโลคอคคัสออเรียส หรือ สเตรปทิลโลคอคคัส กลุ่ม เอ ฯ

วิธีปฏิบัติ

- แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกที่ปิดประตูเสมอ

- ทุกคนที่เข้าไปในห้องผู้ป่วยรวมทั้งญาติ (อนุญาตเฉพาะญาติที่ใกล้ชิด)
ต้องสวมกาวน์ ผ้าปิดจมูก ใส่ถุงมือกรณีที่ผู้ป่วยมีแผลที่ผิวหนัง

- ต้องล้างมือก่อนเข้าห้อง และออกจากห้องด้วยสบู่ระงับเชื้อ หรือ
แช่มือในน้ำยาฆ่าเชื้อ

- เครื่องใช้ทุกอย่างที่สัมผัสผู้ป่วยต้องแยกไว้ในห้อง และทำลายเชื้อ
ก่อนออกจากห้อง

- หากนำผู้ป่วยออกจากห้องต้องใส่กาวน์ และปิดจมูกให้ผู้ป่วย

- ห้ามนำแผ่นประวัติผู้ป่วยเข้าในห้อง

- ผ้าแต่งแผลและเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนออกจากตัวผู้ป่วย ต้องใส่ถุงห่อมิดชิด

2 ชั้น และติดป้าย "ติดเชื้อ" แล้วนำไปทำลาย

- เสื้อผ้า ผ้าปู ผ้าขาวเตียง ค่อย ๆ ม้วนเวลาที่จะเปลี่ยนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. การแยกผู้ป่วยที่ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Isolation) ได้แก่ Chicken pox, Influenza, Measles (Rubeola), Meningococcal meningitis, Mumps, ไอกรน หัดเยอรมัน

วิธีปฏิบัติ

- แยกห้องและปิดประตูเสมอ (ถ้าไม่มีห้องแยก ก็ม่านและปิดป้ายไว้)
- ทุกคนที่เข้าห้อง ใช้ผ้าปิดจมูก ไม่ต้องใส่กาวน์และใส่ถุงมือ ล้างมือ
ก่อนออกจากห้อง

- เครื่องใช้ที่เกี่ยวกับเสมหะต้องฆ่าเชื้อให้ถูกวิธี

- หากนำผู้ป่วยออกจากห้องต้องใส่ผ้าปิดจมูกให้ผู้ป่วย

3. การแยกผู้ป่วยที่มีความต้านทานต่ำ (Protective Isolation) ได้แก่
ผู้ป่วยที่เป็นโรคเลือด เช่น Agranulocytosis, Lymphoma, Leukemia ที่ยังไม่ติดเชื้อ
ผู้ป่วยที่ได้รับ Immunosuppressive Therapy, Extensive ezematous dermatitis,
Burn-extensive none infected

วิธีปฏิบัติ

- ต้องแยกห้อง (ถ้าไม่มีห้อง ให้แยกบริเวณ กั้นม่าน ปิดป้ายไว้)
- ทุกคนที่เข้าห้อง ต้องใส่กาวน์ใส่ผ้าปิดจมูก ใส่ถุงมือถ้าถูกต้องผู้ป่วย
- เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าทุกชนิดต้องทำความสะอาดก่อนใช้
- หากนำผู้ป่วยออกจากห้อง ต้องระวังการติดเชื้อ

4. การป้องกันการติดต่อของโรคติดเชื้อ (Infections-Precaution) เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ที่ติดต่อโดยการกิน หรือสัมผัส โดยทางแผลทางผิวหนัง น้ำลาย เสมหะ หรืออุจจาระปัสสาวะ ได้แก่ อหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ โรคตับอักเสบชนิด บี ฯ

วิธีปฏิบัติ

- ต้องแยกห้อง ถ้าไม่มีห้อง แยกผู้ป่วยไว้ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยมีม่านกั้น

ปิดป้ายให้ทราบ

- ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยควรสวมเสื้อกาวน์ไม่ต้องปิดจมูก ถ้าสัมผัสผู้ป่วย หรืออุจจาระปัสสาวะต้องใส่ถุงมือ และล้างมือให้สะอาด
- เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้า ของผู้ป่วยต้องแยกไว้แล้วนำไปฆ่าเชื้อ
- อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ ต้องฆ่าเชื้อก่อน
- กระบอกฉีดยา และเข็มเจาะเลือด Syringe สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอักเสบเมื่อใช้แล้วต้องแยกทำความสะอาดต่างหาก หรือใช้ชนิด disposable

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ควรตระหนักถึง

1. เชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเชื้อชนิดใด
2. ทางที่เชื้อแพร่กระจาย
3. เชื้อจะเข้าไปในร่างกายอย่างไร
4. สิ่งใดบ้างที่นำเชื้อเข้าไป
5. เชื้อนี้มีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร
6. ภูมิคุ้มกันเกี่ยวกับเชื้อโรค
7. การป้องกันการแพร่เชื้อหรือติดเชื้อ

หลักสำคัญในการป้องกันการแพร่เชื้อ

1. ใช้เทคนิคการแยกโรคติดต่อ
2. ใช้ผ้าผูกหน้า สวมกาวน์ แล้วสวมถึงมืออย่างถูกวิธี
3. ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสผู้ป่วย หรือสิ่งของที่มีเชื้อโรค
4. ดูแล ทำลายแหล่งที่มีเชื้อโรคอย่างถูกวิธี
5. ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโดย
 - แนะนำให้ผู้ป่วยปิดจมูกและปากเวลาไอ หรือจาม แล้วห่อให้มิดชิดทิ้ง

ในที่ที่จัดไว้

- การทำความสะอาดพื้น ไม่ควรกวาดให้ผงฝุ่นกระจายไป ควรทำให้พื้น

ขึ้นเสียก่อน

- รักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

6. จัดให้มีการระบายอากาศอย่างเหมาะสม
7. ปิดประตูผู้ป่วยที่ต้องแยกอยู่ตลอด
8. ใช้แสงอุลตราไวโอเล็ต ทำลายเชื้อในอากาศในห้อง
9. ไม่ใส่แหวนขณะให้การพยาบาล
10. ดูแลทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้อย่างถูกวิธี
11. ใช้ยาระงับเชื้อที่ถูกต้องขนาด และใช้ได้ผลในการทำลายเชื้อ

การทำให้ปลอดเชื้อและการทำลายเชื้อ

การป้องกันโรคติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล นอกจากจะควบคุมกำจัดแหล่งของเชื้อ สาเหตุชักนำต่าง ๆ และเข้มงวดในกรรมวิธีปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ดีแล้ว สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ การทำให้ปลอดเชื้อ และการทำลายเชื้อ

การทำให้ปลอดเชื้อ (Sterilization)

เป็นการกำจัดจุลินทรีย์และสปอร์ที่เครื่องมือ เครื่องใช้ ให้หมดสิ้นไป โดยไม่ทำให้คุณภาพของสิ่งของหรือเครื่องมือเสื่อม โดย

1. การใช้ความร้อน เช่น
 - การต้มในน้ำเดือดวิธีนี้มีข้อเสียคือ ไม่สามารถทำลายไวรัสและจุลินทรีย์

ที่มีสปอร์ได้

- การอบในที่อุณหภูมิสูง ใช้ทำลายจุลินทรีย์ได้ทุกชนิด วิธีนี้ได้ผลในการทำให้ของปราศจากเชื้อ ไม่สามารถใช้กับพลาสติก ยางชนิด โปรทัวตอณหภูมิ

2. การใช้สารเคมีที่สามารถฆ่าเชื้อได้ เช่น การใช้ alcohol 70 % ผสม ไอโอดีน 0.2 % แช่ปรอทนาน 10 นาที ใช้น้ำยา savlon 1 : 100 แช่สายยางนาน 30-60 นาที
3. การกระจายรังสี เช่น แสงอัลตราไวโอเลต เช่น การฝังที่นอน
4. การอบแก๊ส

การทำลายเชื้อ (Disinfection)

เป็นการทำลายจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ไม่สามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรียได้ แต่ยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ที่เครื่องมือได้

สำหรับบทบาทในการทำให้ปลอดเชื้อ และการทำลายเชื้อนี้ พยาบาลควรจะศึกษาคุณสมบัติ วิธีการใช้ และความเหมาะสมของการใช้น้ำยาแต่ละชนิด เครื่องมือที่ใช้และควรทำให้ปราศจากเชื้อวิธีใด

การป้องกันอันตราย

การปฏิบัติการพยาบาลนอกจากจะเป็นการดำเนินบทบาทเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแล้ว การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็นหน้าที่อีกหน้าที่หนึ่งที่พยาบาลพึงตระหนักและระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นได้ เพราะอันตรายที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง หรือเสียชีวิตได้ การให้ความรู้และการจัดระบบป้องกันการเกิดอันตรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การป้องกันอันตราย หมายถึงการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเพราะความพลอเรือ ความประมาท หรือความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของเจ้าหน้าที่ (สุภาณี วิวัฒนากรณ์, 2529)

1. อันตรายจากเครื่องใช้ และอุปกรณ์รักษา

อันตรายที่พบบ่อยจากการสำรวจ คือ การหกล้มตกเตียงซึ่งพบในทุกระดับอายุ ทั้งนี้ เพราะเมื่อร่างกายมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การทรงตัว การช่วยเหลือตนเองจะกระทำได้น้อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสียหลักการทรงตัว ทำให้หกล้มตกเตียง

วิธีป้องกัน

1. เตรียมของใช้ที่จำเป็นให้พร้อม และวางให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก
2. เอาไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาในผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเด็กผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
3. พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงเป็นระยะเวลานาน ในการลุกขึ้นครั้งแรกและควรอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
4. ควรตรวจสอบสภาพของพื้นห้องไม่ให้ลื่น ไม่ให้มีน้ำหก
5. ควรจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ เช่น โต๊ะข้างเตียง

เก้าอี้

6. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง เช่น การพยุงผู้ป่วยลงจากเตียงเพื่อไปรถนั่ง ควรล็อคล้อเตียง และล้อรถนั่ง เพื่อป้องกันการเลื่อนไถล
7. แนะนำผู้ป่วยในการใช้สัญญาณแจ้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
8. เจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมตรวจเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยในห้องแยก ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์พิเศษ

2. อันตรายจากความร้อน ความเย็น

อันตรายที่พบบ่อยมากเกิดจากการใช้กระเป๋าน้ำร้อน จึงควรระมัดระวังตรวจสอบก่อนใช้ว่ามีรูรั่วหรือไม่ และไม่ควรรู้น้ำเดือด นอกจากนี้จะต้องคำนึงถึงระดับของความร้อน ความเย็นที่เหมาะสม และระยะเวลาที่ให้ เช่น อบแผลผิวยับด้วยแสงสีแดง (infra red) ควรตั้งดวงไฟห่างแผล 2 ฟุต นาน 15 นาที

3. อันตรายจากการใช้เครื่องไฟฟ้า

อันตรายจากเครื่องไฟฟ้าอาจทำให้เกิดรอยไหม้ ฟกช้ำและสลับ หายใจไม่ออกขึ้นได้ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ควรระมัดระวังการใช้เครื่องไฟฟ้ากับผู้ป่วยดังนี้

1. ปลั๊กไฟอยู่ในสภาพดี การถอดปลั๊กเมื่อเลิกใช้ไม่ควรใช้วิธีดึงสายไฟ
2. พื้นห้องบริเวณที่ติดตั้งควรแห้ง เพื่อหลีกเลี่ยงไฟฟ้ารั่ว ไฟดูด เพราะ

น้ำเป็นตัวนำไฟฟ้าที่ดี

3. อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิด ก่อนใช้ทุกครั้งควรตรวจสอบขนาดกระแสไฟฟ้าให้

ตรงกัน

4. ไม่ควรรีใช้กระแสไฟฟ้าที่ใดที่หนึ่งมากเกินไป

4. อันตรายจากอัคคีภัย

อัคคีภัยมักเกิดจากไฟฟ้าลัดวงจร หรือสุมบุหรี่ใกล้สิ่งไวไฟ จึงควรรระมัดระวัง

ดังนี้

1. ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่บนเตียงนอน หรือเผากระดาษ จุดธูปข้างเตียง

2. บริเวณที่ให้ออกซิเจน ต้องมีป้ายห้ามสูบบุหรี่ ติดประกาศให้เห็นชัด

และอนุญาตให้สูบบุหรี่ห่างบริเวณดังกล่าว 12 ฟุต

3. สิ่งไวไฟ เช่น แก๊สออกซิเจน ไนตรัสออกไซด์ อีเทอร์ แผ่นฟิล์ม กระดาษ

ต้องเก็บไว้ให้มิดชิด

4. รู้วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย

- เมื่อพบเหตุการณ์ให้รีบตัดสวิทช์ไฟ และแจ้งบริเวณเกิดเหตุ ให้

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบทราบ

- ค้นเคยสัญญาณเตือน

- รู้วิธีดับไฟ ชนิดสารเคมีที่ใช้ดับไฟ สถานที่เก็บและวิธีใช้

- รู้วิธีย้ายผู้ป่วยหนัก ทางหนีไฟ การออกจากบริเวณเกิดเหตุ เช่น

ห้ามใช้ลิฟท์ หากบริเวณเกิดเหตุมีหมอกควันให้ก้มตัวต่ำ หรือคลานออก

5. อันตรายจากรังสี เกิดจากร่างกายได้รับรังสีเกินขนาดพยาบาลจึง

ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการรับรังสีเกินขนาดดังนี้

- การใช้รังสีเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอ็กซเรย์ รังสีที่ใช้มีขนาดน้อย

อันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยมีน้อย ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ช่วยจัดทำให้ผู้ป่วยต้องใส่เสื้อตะกั่วกำบังรังสี

- ผู้ป่วยที่รักษาด้วยรังสีชนิดฝังแร่ ต้องจัดผู้ป่วยนอนอยู่เฉพาะบนเตียง

เพื่อป้องกันรังสีทำอันตรายกับผู้อื่น ส่วนพยาบาลผู้ดูแลใกล้ชิดและยาวนาน ควรใส่เสื้อตะกั่วทุกครั้ง

- ควรใส่ถุงมือเมื่อต้องสัมผัสสิ่งของที่ปลดปล่อยออกจากร่างกายผู้ป่วยที่ได้

รับการรักษาด้วยรังสี โดยใช้ภาชนะแยกเก็บ และแยกทำลายเป็นพิเศษ

การช่วยชีวิต

ภาวะหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะที่เป็นอุบัติเหตุและจากพยาธิสภาพของโรค พยาบาลควรตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดเพื่อหาวิธี ป้องกัน รู้หลักการวินิจฉัยได้ทันทั่วทั้ง และรู้วิธีช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากที่สุด

การช่วย-ชีวิต (Cardio-Pulmonary Resuscitation) หมายถึง การกระทำที่ช่วยให้หัวใจและปอดซึ่งหยุดทำงานกลับมาทำงานได้อีก ซึ่งจะกระทำเมื่อมีภาวะฉุกเฉินของระบบหายใจ หรือเมื่อมีอาการหัวใจหยุดเต้น

ภาวะหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะที่เป็นอุบัติเหตุ และจากพยาธิสภาพของโรค หากเป็นในโรงพยาบาลมักเกิดภาวะดังกล่าวจากการเสียเลือดมาก หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ การดมยาสลบ หรือการแพ้ยาชนิดบางอย่าง แต่ถ้าเป็นนอกโรงพยาบาลมักเกิดจากการจมน้ำ ไฟฟ้าช็อต และช็อคจากการแพ้ยา ผู้ป่วยจะหมดสติ หากสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตภายใน 4 นาที หรือเร็วกว่า 4 นาที อัตราผู้รอดชีวิตจะมีประมาณ 30 % พบว่า การปฏิบัติส่วนใหญ่จะเริ่มทำภายหลัง 4 นาที หรือนานกว่านั้นถึง 4 เท่าตัว ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตไม่ถึง 10 % (กัมพล ประจวบเหมาะ, 2526) ดังนั้น ความสำคัญของการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรพยาบาลควรเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามวิธีการที่มีประสิทธิภาพ

ศุภชัย ถนอมทรัพย์ (2528) ได้กล่าวถึงความหมายของหัวใจหยุดเต้น หมายถึง ภาวะที่หัวใจหยุดส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายทันทีเนื่องจากมีความผิดปกติของหัวใจชิกขาจาก ventricular fibrillation หรือ ventricular asystole ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นจะหยุดหายใจและหมดสติโดยรวดเร็ว ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยที่หยุดหายใจถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้ง ก็ จะเกิดหัวใจหยุดเต้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นถ้าไม่สามารถแยกว่า หัวใจหยุดเต้นหรือการหยุดหายใจก่อน จะรวมเรียกว่า หัวใจหยุด และหยุดหายใจ (Cardiopulmonary arrest)

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา และในหลาย ๆ ประเทศพบว่า สาเหตุของการเสียชีวิต กระทั่งหันมีดังนี้ (ชมพูนุท อ่องจรีต, 2523)

1. โรคทางหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 60 %
2. โรคทางเดินหายใจประมาณ 15 %
3. โรคทางสมอง ประมาณ 15 %
4. โรคทางเดินอาหาร และระบบปัสสาวะ ประมาณ 7 %
5. สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ยา พิษงู ไฟดูด เป็นต้น ประมาณ 4 %

จากการศึกษาพอสรุปสาเหตุการเกิดได้ดังนี้

หัวใจหยุดเต้นเกิดจาก

1. กล้ามเนื้อหัวใจมีออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จาก การอุดตันของทางเดินหายใจ หายใจเอาก๊าซที่มีส่วนผสมของออกซิเจนต่ำกว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือด
2. มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกาย จาก มีอากาศเข้าถุงลมปอดไม่เพียงพอ หายใจเอาก๊าซที่มีส่วนผสมของคาร์บอนไดออกไซด์มาก
3. มีการกระตุ้นปฏิกิริยาสะท้อนต่าง ๆ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงจนถึงหยุดนิ่ง เช่น การได้รับยาสลบบางชนิด การกระตุ้นบริเวณทวารหนัก มดลูก
4. การให้ยาเกินขนาด และกำกวมหรือไวต่อยา เช่น การให้ยาสลบเกินขนาด ทำให้กีดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือการกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจจากยาจำพวกอะดรีนาลิน
5. การเปลี่ยนแปลงของไอออนต่าง ๆ ของร่างกายผิดไปจากปกติ เช่น มีระดับของโพตัสเซียมในเลือดสูงทำให้เกิดหน้าที่ลื่อนำไฟฟ้าในหัวใจ
6. อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง และกีดการนำไฟฟ้าของหัวใจ
7. การกระตุ้น หรือ ดึงรั้งโดยตรงต่อหัวใจ เช่น ขณะผ่าตัดมีการกดหรือดึงรั้งหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ
8. โรคหัวใจชนิดต่าง ๆ เช่น ลิ้นหัวใจตีบ
9. การจมน้ำ

ภาวะหยุดหายใจเกิดจาก

1. การอุดตันทางเดินหายใจ เช่น ลื่นตกไปอุดหลอดลม อากาศหอบหืดอย่างเฉียบพลัน ไข้คอตีบ การเกร็งของกล่องเสียง
2. มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจบางส่วน เช่น เมล็ดผลไม้ตกลงไปในหลอดลม
3. เกิดจากหัวใจ ปอดทะลุ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ปอด เช่น ตกเลือดภายในช่องปอด การอักเสบที่ปอด หรือ ผู้ป่วยได้รับยาออกฤทธิ์ควบคุมการหายใจ เช่น มอร์ฟีน บาร์บิตูเรทเกินขนาด
4. หากมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในหลอดอาหาร ไปอุดหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก

สามารถวินิจฉัยได้โดย

1. คลำชีพจรที่เส้นโลหิตใหญ่ไม่ได้
2. ม่านตาขยายโต ไม่หดเล็กเมื่อถูกแสง
3. หายใจสะอื้นตามด้วยการหยุดหายใจ
4. ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่ได้
5. วัดความดันโลหิตไม่ได้
6. ถ้าเป็นระหว่างผ่าตัดจะพบโลหิตที่ออกเป็นสีดำ ไม่มีเลือดพุ่งจากเส้นโลหิตแดง
7. ร่างกายซีดเขียว
8. ตรวจจุกคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (E.K.G.) มีการหยุดนิ่ง ชยกขยิก

การช่วยชีวิต (Cardiopulmonary Resuscitation) คือ การกระทำที่ช่วยให้หัวใจและปอดซึ่งหยุดทำงานกลับมาทำงานได้อีก จะกระทำเมื่อมีภาวะฉุกเฉินของระบบหายใจหรือเมื่อมีหัวใจหยุดเต้น

มยุรี แก้วจันทร์ (2527) กล่าวถึงการช่วยชีวิตว่าจะให้ผลดีเมื่อสามารถปฏิบัติภายหลังที่ผู้ป่วยมีอาการ ในระยะเวลาอันสั้น ทั้งต้องถูกตามเทคนิค และระเบียบวิธีปฏิบัติ

การช่วยชีวิตให้สำเร็จโดยสมบูรณ์ ประกอบไปด้วย การช่วยชีวิตขั้นมูลฐาน (basic life support) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยปราศจากเครื่องมือใด ๆ และการช่วยชีวิตขั้นที่สอง คือการช่วยชีวิตแบบก้าวหน้า (advance cardiac life support) ซึ่งเป็นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา โดยแพทย์

การช่วยชีวิตขั้นมูลฐาน ประกอบด้วย

1. การทำให้ทางเดินหายใจโล่ง กระทำได้โดยจับผู้ป่วยนอนหงายตะแคงศีรษะไปทางด้านข้าง พยายามเอานิ้ว หรือ ผ้าพันนิ้วล้วงเอาเศษอาหารออก (ถ้ามีการอาเจียน) เอาพันปลอมที่มีลักษณะเป็นซี่เดี่ยว หรือสองซี่ออก จากนั้น คุกเข่าลงใกล้ผู้ป่วยใช้มือกดหน้าผากให้หน้าหงาย มือล่างดันคอให้ยกขึ้นเล็กน้อย ทำนี้จะช่วยแก้ไขการที่ลิ้นหย่อนลงไปอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนทำให้ทางหายใจเปิดโล่ง เวลาทั้งหมดที่ใช้ในขั้นตอนนี้ไม่ควรเกิน 10 วินาที

2. การช่วยหายใจ ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ ผู้ช่วยชีวิตสามารถช่วยหายใจด้วยการเป่าลมเข้าปากหรือจมูกของผู้ป่วย ซึ่งลมหายใจของคนปกติจะมีออกซิเจนเหลือจากการนำไปใช้ประมาณ 18 % ที่เพียงพอสำหรับป้องกันมิให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน (Mason, 1978) การช่วยหายใจครั้งแรก ผู้ช่วยชีวิตเป่าลมผ่านเข้าปอด 4 ครั้ง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ของมือที่อยู่บนศีรษะบีบจมูกให้แน่นฝ่ามือกดหน้าผากผู้ป่วยให้หงายหน้าตลอดเวลา สูดหายใจเข้าเต็มปอดแล้วเอปากกดแนบปากผู้ป่วยให้สนิท เป่าลมเข้าปากแรง ๆ 4 ครั้งต่อกัน โดยไม่ปล่อยให้ลมออกจากปอดของผู้ป่วยในระหว่างการเป่าแต่ละครั้ง เพื่อให้ปอดขยายเต็มที่ ขณะปฏิบัติต้องมองดูหน้าอกของผู้ป่วยว่า เคลื่อนไหวขึ้นลงตามจังหวะหรือไม่ และต้องมีความรู้สึกว่ามีแรงต้านทานต่อการเป่าจากภายในปอดของผู้ป่วยด้วย กรณีที่อยู่ในโรงพยาบาล ใช้ Ambu bag ร่วมกับการใส่ mask

3. การช่วยการไหลเวียนเลือด โดยวิธีกดหน้าอก ผู้ช่วยชีวิตคุกเข่าลงข้าง ๆ ผู้ป่วยบริเวณหน้าอก ใช้สันมือข้างหนึ่งวางตรงกึ่งกลางกระดูกหน้าอกห่างจากปลายกระดูกหน้าอกประมาณ 3 นิ้วมือ และยกมืออีกข้างวางซ้อนลงบนมือที่วางอยู่ก่อน จากนั้นโน้มตัวลงให้ตั้งฉากกับมือทั้งสองที่กดหน้าอก เพื่อการถ่ายเทน้ำหนักตัวลงบนแขนและมือได้สะดวก การกดต้องกดลงด้วยน้ำหนักที่ทำให้กระดูกยุบลงประมาณ 3-5 ซม. สิ่งสำคัญคือ ก่อนกระทำจะต้องจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ

บนพื้นแข็ง เพื่อให้ส่วนที่ถูกกดได้รับแรงกระแทกตามน้ำหนักที่ใช้กดจริง ๆ จึงจะได้ผลเต็มที่ กรณีที่มีผู้ช่วยชีวิตคนเดียวให้กดหน้าอก 15 ครั้ง สลับกับการหายใจ 2 ครั้ง อัตราการกด 80 ครั้งต่อนาที ถ้ามีผู้ช่วยชีวิต 2 คน ให้มีอัตราส่วนกดหน้าอก 5 ครั้ง ต่อการช่วยหายใจ 1 ครั้ง

หลังจากปฏิบัติทั้ง 3 ขั้นตอนได้ผลแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการช่วยชีวิตแบบก้าวหน้า (advance cardiac life support) ซึ่งเป็นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์การให้ยา

1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อการให้ยาต่าง ๆ ตามความจำเป็น ดังนี้

1.1 Adrenaline ใช้เพื่อทำให้หัวใจบีบตัวแรง และเร็วขึ้น ทำให้หัวใจสร้างคลื่นไฟฟ้าได้ในภาวะ asystole ขนาดที่ใช้ฉีด I.V. หรือ Intracardiac จำนวน 0.5-1 มล.

1.2 Sodium Bicarbonate ให้เพื่อแก้ไขภาวะกรดเกินในร่างกาย (metabolic acidosis) ให้ครั้งแรกเมื่อหัวใจเริ่มเต้นได้เอง ขนาดที่ใช้ 50 ซีซี ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ และอาจใช้ซ้ำได้ทุก 10 นาที ช่วยเสริมฤทธิ์ของ adrenaline

1.3 Calcium chloride หรือ Calcium gluconate ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

1.4 ยาเพิ่มความดันโลหิต โดยเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด ส่วนปลาย ได้แก่ Noradrenaline (norepinephrine) วิธีให้ ใช้ขนาดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ผสมกับ 5 % Dextrose ในน้ำ ความคุมความดัน systolic ให้อยู่ระหว่าง 90-100 มม.ปรอท

1.5 Isoproterenol ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เร็วขึ้น ยานี้ใช้ผสมใน 5 % Dextrose ในน้ำ หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ

2. การตรวจหาคคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (E.K.G) เพื่อวินิจฉัยให้เห็นว่า หัวใจหยุดเต้นแบบใด

3. การแก้ไขหัวใจเต้นสั่นพร่าด้วยเครื่องไฟฟ้า (Fibrillation treatment) ควรให้ Sodium Bicarbonate และ adrenaline ก่อนใช้วิธีนี้

การกระตุ้นหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้าภายนอก

3.1 วางแผ่นโลหะ (electrode paddles) ที่หุ้มด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือชุ่ม ๆ

2 อัน ที่ได้กระตุกโหลปลาร้าให้ชืดขอบขากระดูกหน้าอกอันหนึ่ง อีกอันวางชืดขอบปลายล่างสุดของหัวใจ

3.2 กระแสไฟฟ้ากระแสตรง 100-400 วัตต์/วินาที หรือกระแสไฟฟ้ากระแสสลับ 220-400 วัตต์/วินาที

3.3 เมื่อจะปล่อยกระแสไฟฟ้าจากเครื่องกระตุ้นหัวใจเข้าหาผู้ป่วยต้องให้ทุกคนยืนห่างจากผู้ป่วย และต้องถอดสิ่งของที่เป็นโลหะออกจากผู้ป่วยก่อน การหยุดฟื้นชีวิต ควรหยุดกระทำเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ได้แก่

1. สีผิวหนัง เยื่อบุเริ่มแดงขึ้น
2. อาจงอข้อศอก หรือเดินไปมา
3. กระพริบตาได้
4. ขนาดของรูม่านตาเล็กลง
5. คลำชีพจรได้
6. หายใจดีขึ้น

ในกรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น คือ เมื่อทำการนวดหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลา 30 นาที การตอบสนองทางระบบหัวใจ และหลอดเลือดยังไม่ได้ผล นอกจากผู้ป่วยที่เป็นพิษจากบาร์บิตูเรท หรือถูกไฟฟ้าดูด อาจฟื้นชีวิตได้แม้ต้องช่วยชีวิตนานกว่า 30 นาที (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2528)

แนวความคิดเกี่ยวกับความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง (Reality Shock)

พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จใหม่ เมื่อปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพเป็นครั้งแรก ย่อมพบกับสภาพการณ์แปลกใหม่ที่ต่างจากสภาพในขณะที่เป็นนักศึกษา ต้องมีการปรับตัว ปรับความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ผลิต (จรรยาพร รุ่งสุวรรณ, 2524) ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นจากวิธีปฏิบัติงานที่ได้เรียนมา กับวิธีปฏิบัติในสถานบริการด้านสุขภาพ ที่มีความแตกต่างกันไปตามทรัพยากร และระยะเวลาที่จำกัด ลักษณะการปฏิบัติงาน อันได้แก่ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร โดยเฉพาะการเป็นหัวหน้าเวร ทั้งในเวลาปกติและยามวิกาล ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจรวมทั้งสภาพแวดล้อมอื่น ๆ (บุญใจ

ศรีสฤษดิ์ธนารากร, 2529) นอกจากนี้ การปฏิบัติงานในหน้าที่ ความรับผิดชอบรวมถึงงานด้านบริหาร จัดการอีกด้วย ความเปลี่ยนแปลงประการสุดท้าย คือ ความคาดหวังต่อบทบาท ค่านิยมทางวิชาชีพ ของสถานบริการที่ต่างออกไปจาก ความคาดหวังและค่านิยมของตนเอง ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้อง ปรับตัว และได้รับความกดดันอย่างมาก ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตนเอง กับความต้องการของหน่วยงาน หากไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนก็ย่อมพบกับความผิดหวัง และไม่อาจทำ อะไรได้ตามที่คาดหวัง ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ที่เรียกว่า ความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง (Reality Shock) ที่ผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพขาดกำลังใจใน การทำงานและลาออกจากวิชาชีพในที่สุด ซึ่งเครเมอร์ เป็นผู้ให้แนวคิดนี้เป็นครั้งแรก (Kramer, 1977)

ความสำคัญของการเผชิญกับความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง จึงเป็นแนวคิดสำคัญในการ จัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ เพราะสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานพยาบาลด้วย ทางหนึ่ง (Cunningham, 1980) ฝ่ายบริหารการพยาบาลจึงจำเป็นต้องหาทางช่วยเหลือให้ พยาบาลสำเร็จใจใหม่ เรียนรู้เกิดความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงาน และหลักการในการปฏิบัติงาน ที่ เป็นวิธีการที่สามารถทำให้ความรู้สึกขัดแย้งบรรเทาลงได้ ในบางโรงพยาบาลในต่างประเทศได้จัด โปรแกรมช่วยเหลือในการเปลี่ยนสภาพการณั่ นักศึกษาสู่พยาบาลวิชาชีพ (Borovies and Newman, 1981) พบว่า สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปรับตัวเข้ากับบทบาทและค่านิยมใหม่ได้ดี

ความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง (Reality Shock) เป็นคำค้นที่ก็นำมาจากการศึกษา ประสบการณ์ที่เรียกว่า ความตื่นตระหนกต่อวัฒนธรรม (Culture shock) อันเกิดจากความรู้สึก ประหลาดใจในสิ่งที่ไม่ได้คาดหมายมาก่อน เมื่อบุคคลหนึ่งจากสถานที่ที่มีความคุ้นเคยต่อการปฏิบัติ ตามขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ วัฒนธรรมใหม่ ที่มีความแตกต่างจากความคุ้นเคย ก็จะทำให้เกิดความตื่นตระหนก ไม่เชื่อถือ และปฏิเสธต่อสิ่งแวดล้อมใหม่นั้น เครเมอร์ (Kramer, 1977) ความตื่นตระหนกเช่นนี้จะเกิดขึ้นกับวิชาชีพพยาบาล เมื่อพยาบาลสำเร็จใจใหม่ ซึ่งมาจากการฝึกฝนวิธีปฏิบัติงาน และสร้างค่านิยม ความคาดหวังต่อบทบาทเชิงวิชาชีพมาจากสถานศึกษา มาสู่ ค่านิยม ความคาดหวังในสถานบริการซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดความขัดแย้ง ในบทบาท ในเรื่องนี้ ฟาริดา อิบราฮิม (2523) ได้ยกตัวอย่างความแตกต่างของเป้าหมายของ

การปฏิบัติงานว่า ขณะเป็นนักศึกษา พยาบาลจะได้รับการสอนให้มุ่งเน้นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยยึดถือ ความต้องการของผู้ป่วยเป็นแกน ในขณะที่หน่วยงาน เน้นความสำเร็จของงานที่เสร็จ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาระหน้าที่รับผิดชอบที่มีมาก ความแตกต่างดังกล่าวนี้ทำให้พยาบาลสำเร็จใหม่รู้สึกว่าจะตนไม่ได้ดำเนินบทบาทที่ตนเองต้องการ เพราะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น หรือการมอบหมายงานในตำแหน่งหัวหน้าทีมทั้ง ๆ ที่พยาบาลสำเร็จใหม่มีความรู้สึกว่าจะ ตนเองยังขาดประสบการณ์ในด้านการตัดสินใจ การแก้ปัญหาผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน ย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทได้ (House, 1976)

เครเมอร์ ได้กล่าวถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมีความตื่นตระหนก ต่อสภาพจริง (Reality Shock) ไว้ดังนี้

1. ระยะเวลาหวานชื่น (Honeymoon phase) เป็นระยะเริ่มแรกของการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพจะมีความรู้สึกว่าจะ ทุกสิ่งสวยงาม การได้รับเงินเดือนและสามารถใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการ การได้รับการยอมรับจากผู้บริหารในฐานะพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเสมือนได้พบกับสิ่งที่น่าชื่นชม มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้
2. ระยะตื่นตระหนก (Shock phase) ระยะนี้พยาบาลวิชาชีพจะค้นพบว่า การปฏิบัติงานพยาบาลในสถานที่ปฏิบัติงานนี้แตกต่างไปจากที่ได้คาดหวังไว้ และเมื่อได้พยายามที่จะเปลี่ยนแนวปฏิบัติให้เป็นไปตามทฤษฎีที่ได้เรียนมา หรือพยายามเสนอความคิดเห็นใหม่ ๆ ต่อผู้ร่วมงานจะพบว่า มีการต่อต้านไม่ยอมรับ ทั้งค่านิยม ความเชื่อที่ตนเองได้เรียนมานั้นแตกต่างจากเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ จะเกิดความตื่นตระหนก คือ ปฏิเสธการทำงาน เกิดความรู้สึกเป็นพวก เขา พวกเรา ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดความเหนื่อยหน่าย มีผลทำให้การรับรู้บิดเบือนไป
3. ระยะฟื้นตัว (Recovery phase) เป็นระยะที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรอบคอบ ไม่ใช่ทุกสิ่งสวยงามดังในระยะต้น และไม่ใช่ความยากลำบากในระยะตื่นตระหนก แต่มองว่าเป็นความสมดุลง่าย ทำให้ลดความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดการแก้ปัญหา
4. ระยะแก้ไข (Reduction phase) พยาบาลวิชาชีพบางคนจะละทิ้งค่านิยมทางวิชาชีพที่ได้รับจากสถานศึกษาที่ทำให้เกิดความขัดแย้งนั้นเสีย จากนั้นยึดถือค่านิยมใน

หน่วยงานขณะที่บางคนไม่สามารถยอมรับบรรยากาศการทำงาน และค่านิยมต่าง ๆ ได้โดยกลับเข้าสู่ระบบการศึกษากลุ่มนี้จะเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มาก ขณะที่บางคนจะมีการปรับตัวที่ดี มีความมั่นใจ ได้รับการยอมรับ

เครเมอร์ ได้เสนอแนวทางในการช่วยเหลือนักศึกษาให้มีการปรับตัวกับสภาพความเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความขัดแย้งในบทบาทดังกล่าว โดยการจัดวิชาที่ชื่อว่า การคาดคิดความสัมพันธ์ทางสังคม (anticipatory Socialization) โดยมีการเตรียมนักศึกษายาบาลให้ยอมรับและปรับตัวเข้ากับระบบงานบริการได้

จากการศึกษาของไมเซนเฮลเดอร์ (Meisenhelder, 1981) เกี่ยวกับการจัดปฐมนิเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ในการช่วยให้พยาบาลสำเร็จใหม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับค่านิยมของระบบบริการ โดยจัดให้มีการปฐมนิเทศทั่วไป การแนะนำงาน การให้ความรู้เกี่ยวกับความสามารถเชิงวิชาชีพ และรูปแบบของการช่วยเหลือนี้ถือการจัดให้มีครูผู้สอนในแต่ละหอผู้ป่วย คอยสังเกตความรู้สึกและความต้องการของพยาบาลสำเร็จใหม่เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด พบว่าครูประจำหอผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลของพยาบาลวิชาชีพได้และพยาบาลสำเร็จใหม่นี้ต้องการการเสริมแรงทางบวก เพื่อเสริมความมั่นใจและทำให้ความกลัวที่จะล้มเหลวลดน้อยลง

ดังนั้นการจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือให้พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ สามารถปรับตัวเข้ากับลักษณะการปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานได้ดี ความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่ผู้บริหารการพยาบาลควรคำนึงถึงเพื่อทำความเข้าใจต่อความรู้สึกและความต้องการของพยาบาลสำเร็จใหม่ และเป็นปัจจัยนำเข้าไปกระบวนการปฐมนิเทศที่สำคัญ ประกอบการวางแผนดำเนินการปฐมนิเทศ ตามแนวคิดของโทบินและคณะ (1974) อีกด้วย

ทฤษฎีการจูงใจ

ไทเลอร์ (1986) ได้กล่าวถึงผลที่ได้จากการพัฒนาบุคลากรว่า นอกจากจะมีการพัฒนาความรู้ และทักษะแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นอีกประการหนึ่งที่จะละเลยเสียไม่ได้ก็คือ ความพึงพอใจ ความ

รู้สึกสนใจและรับผิดชอบ ซึ่งผู้รับอบรมจะพัฒนาความรู้สึกนี้ และส่งผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดโครงการปฐมนิเทศจึงเป็นโอกาสแรกที่ฝ่ายบริหารจงใจให้พยาบาลสำเร็จใหม่เกิดความพึงพอใจต่อลักษณะงาน การทำงานในหน่วยงาน จึงเป็นสิ่งสำคัญ อีกประการหนึ่งที่ผู้บริหารควรตระหนักถึงความต้องการของบุคคลในการเข้าปฏิบัติงาน (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2527)

การจงใจในการประกอบอาชีพพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญเพราะการปฏิบัติกรพยาบาลต้องเกือกกกล้วยกับความทุกข์ทรมาน ถ้าขาดความมั่นคงทางจิตใจ แล้วผู้ปฏิบัติยอมปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ยาก แรงจูงใจที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงานนี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล คือ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเกิดจากความเข้าใจคุณลักษณะของวิชาชีพอ่างแท้จริง เสริมด้วยแรงจูงใจจากภายนอก อันได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน เงินเดือน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ระบบบริหาร และสิ่งแวดล้อม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2523)

ทฤษฎีการจูงใจนั้นมีหลายท่านได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับลักษณะของแรงจูงใจ ผลกระทบ และองค์ประกอบไว้ต่างกัน แนวคิดที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในวงการสุขภาพ คือ แนวคิดของเอิร์ท-เบิร์ก (Paff, 1987) ซึ่งกล่าวถึง แรงจูงใจภายใน ที่เกิดจากตัวกระตุ้น (motivation factor) และแรงจูงใจภายนอก คือ ปัจจัยทางด้านสุขภาพอนามัย (Hygiene factor) อันมีผลต่อความไม่พึงพอใจต่อผู้ปฏิบัติงานได้

ทฤษฎีการจูงใจของเอิร์ทเบอร์กนี้ ได้รับความสนใจอย่างมากเมื่อ ค.ศ. 1959 (อ้างถึงใน สมยศ นาวิการ, 2521) สืบเนื่องมาจากความคิดเห็นของเอิร์ทเบอร์กที่โต้แย้งกับการตอบสนองความพอใจจากงานที่ทำในสมัยเดิม ในตอนแรกที่เคยเป็นที่ยอมรับกันว่า ความพอใจในงานที่ทำของพนักงานอาจพิจารณาได้จากแนวต่อเนื่อง ที่มีปลายสุดด้านหนึ่งเป็นความพอใจในงานที่ทำ (Job satisfaction) และอีกปลายสุดของแนวต่อเนื่อง เป็นความไม่พอใจในงานที่ทำ (Job Dissatisfaction) ดังรูป



แผนภูมิที่ 5 : แนวคิดความพอใจในงานในสมัยเดิม

แนวคิดในสมัยเดิมนั้นกล่าวว่า ประเภทของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความพอใจในงาน ที่ทำจะมีผลกระทบต่อความไม่พอใจในงานที่ทำด้วย ยกตัวอย่างเช่น เงินตอบแทน ถ้าหากพนักงานพอใจต่อเงินตอบแทนที่ได้รับ ก็จะมี ความพอใจในงานที่ทำ แต่ถ้าหากไม่พอใจต่อเงินตอบแทน ก็จะทำให้ไม่พอใจในงานที่ทำ

เฮิทซ์เบอร์กได้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการของคนเบื้องต้นสองอย่างในการทำงาน ประกอบไปด้วย ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากความไม่พอใจในสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความต้องการดังกล่าวนี้อาจจะตอบสนองได้จากปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมประเภทต่าง ๆ ที่เรียกว่า ปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factor) ความต้องการอย่างที่สอง เฮิทซ์เบอร์กเรียกว่า เป็นความต้องการของพนักงานที่จะใช้ความสามารถของเขา และต้องการความก้าวหน้า ความต้องการดังกล่าวนี้อาจจะตอบสนองได้จากปัจจัยตัวกระตุ้นประเภทต่าง ๆ เฮิทซ์เบอร์กเรียกว่า ตัวกระตุ้น (Motivation factor) ตัวกระตุ้นเหล่านี้จะทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ และแสดงให้เห็นเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานได้ ความสัมพันธ์ของความพอใจ กับปัจจัยทั้งสองประการ

ดังนั้นอิทธิพลที่แตกต่างกันของปัจจัยสุขอนามัย และตัวกระตุ้นได้เป็นผลให้เกิดข้อโต้แย้งต่อความคิดเดิม เพราะจากความคิดเห็นของเขาแสดงให้เห็นว่ามีแนวต่อเนื่อง 2 อัน เกี่ยวกับความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ทำแทนที่จะเป็นแนวต่อเนื่องเพียงอันเดียวในสมัยเดิม

ความสำคัญของความคิดเห็นของเฮิทซ์เบอร์ก คือ ประเภทของปัจจัยที่เกี่ยวกับความไม่พอใจในงานที่ทำ (ปัจจัยสุขอนามัย) นั้นจะมีเหมือนกับประเภทของปัจจัยที่เกี่ยวกับความพอใจในงานที่ทำ (ตัวกระตุ้น) ทำให้ฝ่ายบริหารจะหาวิธีการในการป้องกัน หรือลดความไม่พอใจในงานที่ทำนั้น แตกต่างกันไปจากการกระทำที่จะนำมาใช้ในการรักษาไว้ และเพิ่มความพอใจในงาน

ที่ทำ ในกรณีแรก การกระทำนั้นมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้น ส่วนในกรณีที่สองนั้น การกระทำมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การปรับปรุงงาน

ปัจจัยสุขอนามัยไม่ได้เป็นสิ่งจูงใจคนงานภายในองค์การ แต่ถ้าหากไม่มีปัจจัยเหล่านี้แล้ว ย่อมจะก่อให้เกิดความไม่พอใจกับคนงานได้ ปัจจัยนี้ได้แก่ แบบในการบังคับบัญชาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เงินเดือน นโยบายและการบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานและความมั่นคงของงาน การลาป่วย การพักร้อน และโครงการเกี่ยวกับสวัสดิการของคนงาน เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่ การให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยสุขอนามัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการจูงใจ

ตัวกระตุ้น เป็นปัจจัยที่จูงใจบุคคลแต่ละคน แต่การขาดปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความไม่พอใจกับพนักงาน แต่จะมีผลโดยตรงกับผลผลิต เพราะคนจะถูกจูงใจให้เพิ่มผลผลิตด้วยปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ลักษณะงานโดยตัวของมันเอง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำเร็จของงาน ความรับผิดชอบที่มีมากขึ้น การยกย่อง และโอกาสก้าวหน้า ซึ่งถ้าหากคนงานได้รับก็จะทำให้เกิดความพอใจ

จากแนวคิดของเฮทซ์เบอร์ก ทำให้ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึง สิ่งที่ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชา มีความสุข และสิ่งที่ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาไม่มีความสุข

ปัจจัยทั้งสองประการดังกล่าวนี้ ได้มีคำอธิบายเพิ่มเติมให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530) ปัจจัยสุขอนามัย ได้แก่ การนิเทศงาน นโยบาย และการบริหาร สภาพการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใต้บังคับบัญชา กับผู้บังคับบัญชา ตำแหน่ง ความมั่นคงในงาน เงินเดือน การดำรงชีวิตประจำวัน

ตัวกระตุ้นได้แก่

1. ความรู้สึกว่าได้รับความสำเร็จในการทำงาน ได้รู้ว่าตนมีส่วนร่วมและช่วย

ให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

2. รู้สึกว่างานเป็นสิ่งท้าทาย และต้องการความพยายามอย่างเต็มที่จากเขา
3. รู้สึกได้รับการยอมรับนับถือในผลสำเร็จของงานที่ทำ
4. รู้สึกว่ามีอิสระที่จะทำงานโดยใช้ความคิด ความรู้ ความสามารถของตนเอง

อย่างเต็มที่

5. รู้สึกว่าได้รับการพัฒนาและได้มีโอกาสก้าวหน้าทั้งด้านความรู้ความสามารถและ

ประสบการณ์

จากการศึกษาของเวบเนอร์ (1956) ในปี ค.ศ. 1956 เกี่ยวกับผลของการปฏิรูปประเทศ และการพัฒนาบุคลากรที่มีต่อระดับความพึงพอใจต่องาน พบว่า การจัดปฏิรูปประเทศที่ดีจะมีผลเพิ่มความพึงพอใจในงานได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แคชเชลเมเยอร์ (Kachelmeyer, 1975) ที่พบว่า การจัดปฏิรูปประเทศโดยยึดหลักเสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานความรู้สึกมีส่วนร่วม และการได้รับความยอมรับจากหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้เต็มความสามารถในเวลาต่อมา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ แรนท์ซ์ (Rantz, 1980) และ โพฮุสกี (Pohustkey, 1979)

การจัดปฏิรูปประเทศอันเป็นกระบวนการที่หน่วยงานจัดขึ้นเพื่อต้อนรับบุคลากรใหม่จึงเป็นวิธีการที่สำคัญ อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน เมื่อผู้รับการปฏิรูปประเทศได้รับรู้ก่อนโยบาย สายบังคับบัญชา ความมั่นคงในการทำงาน เงินเดือน สวัสดิการ อันเป็นปัจจัยสุขอนามัย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความพอใจในงานได้ ขณะเดียวกันก็สามารถเสริมให้พยาบาลรู้สึกว่าได้รับปัจจัยกระตุ้น คือ ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า มีโอกาสประสบความสำเร็จในงานและแสดงความสามารถของตนเองได้โดยอิสระ

ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

การจัดโปรแกรมการศึกษาใด ๆ ก็ตามต้องคำนึงถึง การเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดขึ้น ระหว่างการเรียนสอน หลักการเรียนรู้ที่ได้รับความนิยมทฤษฎีหนึ่ง เป็น ทฤษฎีการเชื่อมโยงของ ธอร์นไคค์ (Connected theory) ทฤษฎีนี้กล่าวกับการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า

(Stimulus) กับการตอบสนอง (Response) โดยมีหลักเบื้องต้นว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง โดยที่การตอบสนองมักจะออกมาเป็นรูปแบบต่าง ๆ หลายรูปแบบ จนกว่าจะพบรูปแบบที่ดี หรือเหมาะสมที่สุด เราเรียกการตอบสนองเช่นนี้ว่า การลองผิดลองถูก (Trial and error) นั่นคือ การเลือกตอบสนองของผู้เรียนรู้จะกระทำด้วยตนเอง ไม่มีผู้ใดมากำหนด หรือชี้ช่องทางในการปฏิบัติให้ และเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว การตอบสนองหลายรูปแบบจะหายไปเหลือเพียงการตอบสนองรูปแบบเดียวที่เหมาะสมที่สุด และพยายามทำให้การตอบสนองเช่นนั้น เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าที่ต้องการให้เรียนรู้ต่อไปเรื่อย ๆ

ธอร์นไดค์ ทำการทดลองและสรุปออกมาเป็นกฎการเรียนรู้ที่สำคัญได้ 3 กฎ และกฎการเรียนรู้ย่อยที่สนับสนุนกฎสำคัญอีก 5 กฎดังนี้

1. กฎการเรียนรู้สำคัญ

1.1 กฎแห่งความพร้อม (law of readiness) กล่าวถึงสภาพความพร้อมของผู้เรียนทั้งร่างกาย และจิตใจ ทางด้านร่างกาย หมายถึง ความพร้อมทางวุฒิภาวะและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทางด้านจิตใจ หมายถึง ความพร้อมที่เกิดจากความพึงพอใจ ถ้าเกิดความพึงพอใจย่อมนำไปสู่การเรียนรู้

1.2 กฎแห่งการฝึกหัด (law of exercise) กล่าวถึงการสร้างความมั่นคงของการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่ถูกต้อง โดยการฝึกหัดกระทำซ้ำบ่อย ๆ ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้แนบและคงทนถาวร

กฎข้อนี้จำแนกเป็น 2 กฎย่อย คือ

ก. กฎแห่งการใช้ (law of Used) เมื่อเกิดความเข้าใจหรือเรียนรู้แล้วมีการกระทำ หรือนำสิ่งที่เรียนรู้นั้นไปใช้บ่อย ๆ จะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร

ข. กฎแห่งการไม่ใช้ (law of Disused) เมื่อเกิดความเข้าใจหรือเรียนรู้แล้วไม่ได้กระทำซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้การเรียนรู้นั้นไม่คงทนถาวร หรือในที่สุดก็จะเกิดการลืมจนไม่เรียนรู้อีกเลย

1.3 กฎแห่งผลที่พอใจ (law of effect) กล่าวถึงผลที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ ถ้าได้รับผลที่พอใจ อินทรีย์ย่อมอยากที่จะเรียนรู้ต่อไป แต่ถ้าได้รับผลที่ไม่พึงพอใจ อินทรีย์ไม่อยากจะเรียนรู้ หรือเกิดความเบื่อหน่ายต่อการเรียนรู้ได้ ดังนั้นถ้าจะทำให้

การเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองมั่นคงถาวร ต้องให้อินทรีย์ได้รับผลที่พึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละบุคคล

กฎการเรียนรู้ย่อย 5 กฎ

1) ปฏิกริยาการตอบสนองหลายรูปแบบ (Multiple response) คือ อินทรีย์เผชิญกับปัญหาและแสดงการเดาสุ่มออกมาหลายรูปแบบเพื่อแก้ปัญหา

ถ้าพบการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง การตอบสนองหลายรูปแบบจะหยุดชะงักลง และค่อย ๆ ถูกจำกัดไป หรือการตอบสนองจะลดลง ๆ จนเหลือเพียงวิธีที่ดีที่สุดเพียงวิธีเดียว

2) การเตรียมพร้อม หรือทัศนคติ (Set of Attitude) เมื่ออินทรีย์มีความพร้อม หรือความรู้สึกที่ดีต่อการเรียนรู้ จะเป็นหนทางทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีที่สุด แต่ถ้าอินทรีย์ไม่ชอบบทเรียนหรือไม่พร้อม การเรียนรู้จะเกิดขึ้นยากมาก

3) การเลือกพฤติกรรมก่อนหลัง (Prepotency of elements) เมื่ออินทรีย์เผชิญกับปัญหา อินทรีย์พยายามจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา และเมื่อแก้ปัญหาได้เพียง 1 ครั้ง อินทรีย์จะเลือกพฤติกรรมที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดก่อน นอกจากไม่ประสบผลสำเร็จจึงเลือกแสดงพฤติกรรมอื่นต่อไป

4) การตอบสนองโดยอาศัยประสบการณ์เดิมที่คล้ายกัน (Response by analogy) ถ้าอินทรีย์เคยแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งสำเร็จ เมื่อไปพบปัญหาใหม่ที่มีลักษณะคล้ายปัญหาเดิมอินทรีย์จะตอบสนอง เช่นเดียวกับเมื่อตอบสนองปัญหาเดิมนั้น

5) การเคลื่อนย้ายการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้วยการเชื่อมโยงจากสิ่งเร้าหนึ่งไปยังอีกสิ่งเร้าหนึ่ง (Associative shifting) กล่าวคือ การเกิดการเรียนจากสิ่งเร้าหนึ่งก่อน แล้วนำอีกสิ่งเร้ามาแล้วพยายามให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่เช่นเดียวกับสิ่งเร้าเดิมนั้น

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ ต้องคำนึงถึงลักษณะและพัฒนาการของผู้เรียนอันเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการ คือ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การวางแผนกิจกรรมการเรียนการสอน (โทบิน และคณะ, 1974) พยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ได้สำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษา อันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ผู้ที่ศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษานั้น เป็นผู้ที่เจริญพัฒนาเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่แล้ว (วิเชียร ทวีลาภ, 2520)

วิเชียร ทวีลาภ (2520) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ว่า เป็นการจัดกิจกรรมทางการศึกษาที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ใหญ่แต่ละคนมีการเจริญพัฒนา ทางด้านสติปัญญาและการประกอบอาชีพ

พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2532) กล่าวถึงการเรียนการสอนผู้ใหญ่ที่ ผู้สอนจะต้องใช้วิธีการทำให้ผู้เรียน รู้ คิด และดึงเอาศักยภาพของผู้เรียนให้ปรากฏเพื่อเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

สแตน (Stein, 1971) กล่าวถึงความสำคัญของการใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในโครงการพัฒนาบุคลากรว่า เป็นการยากลำบากในการสอนผู้ที่มีประสบการณ์แล้ว ด้วยการเรียนการสอนโดยทั่วไป เพราะผู้เรียนจะเกิดความรู้สึกว่า ผู้เรียนมีประสบการณ์มากกว่าผู้สอน และไม่ได้ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากระบบการศึกษานั้น และกล่าวต่อไปว่า หากผู้สอนใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือ ความสนใจในชั้นเรียนได้ โดยผู้สอนจะต้องเร้าความสนใจให้เกิดขึ้นก่อนการสอนและการจัดเตรียมอุปกรณ์การสอนที่น่าสนใจ จะทำให้การเรียนรู้นั้นมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในการให้ความรู้ จึงเป็นอีกประการหนึ่งที่สนับสนุนให้โครงการปฐมนิเทศประสบความสำเร็วจได้ภายหลังการวางแผนขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการแล้ว (เอิกเกริท์, 1986)

นักการศึกษาได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ไว้หลายท่าน แนวคิดที่เป็นที่ยอมรับมากที่สุดในการศึกษา เป็นแนวคิดของโนวส์ ซึ่งกล่าวว่า การศึกษาผู้ใหญ่เป็นกระบวนการเรียนที่ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ครูจะต้องสร้างทักษะให้แก่ผู้เรียน โดยคำนึงถึงลักษณะของนักศึกษาผู้ใหญ่ ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. อัตมโนทัศน์ (Self Concept) จะเปลี่ยนจากภาวะการพึ่งพาผู้อื่นไปสู่การพึ่งพาตนเอง ต้องการการยอมรับจากผู้อื่น หากสถานการณ์ใดไม่ได้รับการยอมรับจะมีปฏิกิริยาต่อต้านได้ ผู้สอนจึงควรสนับสนุนให้เขามีส่วนรวมมากที่สุด โดย

- 1.1 สร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ (learning climate) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เช่น การจัดสถานที่ แสง เสียง การเรียนรู้แบบ self-directed จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนรู้สึกว่า ตนเองได้รับการยอมรับ ได้แสดงความคิดเห็นในบรรยากาศที่เป็นกันเอง เคารพความคิดเห็นและเอกลักษณ์ของผู้เรียนด้วยความจริงใจ

1.2 การวินิจฉัยความต้องการการเรียนรู้ (Diagnosing of needs)

เพื่อช่วยให้ผู้เรียนหาแนวทางในการเรียนด้วยตนเอง วินิจฉัยความต้องการของตนเองว่า ต้องการเรียนอะไร โดยมีครูเป็นผู้ช่วยเหลือในลักษณะของ

ก. การสร้างรูปแบบแสดงความชำนาญ หรือลักษณะที่ต้องการให้บรรลุ
ข. จัดหาประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้ประเมิน หรือวัดความชำนาญ หรือความรู้ของตนเองที่สัมพันธ์กับรูปแบบที่ต้องการในข้อ ก.

ค. ช่วยให้ผู้เรียนรู้จักวัดความต้องการการเรียนรู้ จากการเปรียบเทียบระหว่างความรู้ ความชำนาญที่ต้องการ กับความรู้ ความชำนาญที่มีอยู่

1.3 กระบวนการวางแผนการเรียนรู้ (The planing process)

ให้ผู้เรียนมีโอกาสร่วมวางแผนการเรียนรู้ร่วมกับครูผู้สอน เพื่อให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งผูกพันที่จะทำงานตามแผนนั้นให้บรรลุผลสำเร็จ โดยครูจะวางแผนโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้เรียน

1.4 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Conducting learning

Experience) การเรียนการสอนในการศึกษาผู้ใหญ่ คือ การรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน บทบาทของผู้สอนคือผู้ช่วยเหลือแนะนำ ที่ปรึกษา ในฐานะเป็นแหล่งความรู้ช่วยให้คนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง สถานการณ์จึงเป็นการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มทำงาน การสัมมนา เป็นต้น

1.5 การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluation of learning) ด้วย

ความเชื่อที่ว่า การเรียนที่มีประสิทธิภาพคือ การเรียนที่ผู้เรียนรู้ความต้องการ และเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงควรให้ผู้เรียนได้ประเมินผลการเรียนด้วยตนเอง โดยการสำรวจความต้องการของตนเองอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

2. ประสบการณ์ (Experience) การมีประสบการณ์ชีวิตที่เพิ่มพูนขึ้น ทำให้ตนเองกลายเป็นแหล่งความรู้มากยิ่งขึ้น การเรียนการสอนโดยใช้ประสบการณ์ อาจทำได้โดย

2.1 เลือกวิธีสอนที่เป็นการใช้ประสบการณ์ เช่น กลุ่มอภิปราย การศึกษารายบุคคล การใช้สถานการณ์ในการสอน การสาธิต การสัมมนา และการประชุมปรึกษา

2.2 ควรเป็นประสบการณ์ที่นำไปใช้ได้จริง โดยจัดให้มีการฝึกปฏิบัติการวางแผนงาน มีการแสดงให้ดู

2.3 ช่วยให้ผู้เรียนชะล้างความยึดถือดั้งเดิม เพื่อเปิดรับสิ่งใหม่ (unfreez) ซึ่งหมายถึงการละลายความยึดถือในสิ่งเก่า ๆ เพื่อจะรับความคิดหรือค่านิยมใหม่มาแทนที่ได้ โดย

ไม่ยึดเอาตนเองเป็นที่ตั้ง เพื่อให้มีความคิดเป็นอิสระจากการยึดถือความคิดเดิม

3. ความพร้อมในการเรียน (Readiness to learn) มีความพร้อมที่จะเรียน และมีความคุ้นเคยต่อการพัฒนาบทบาทในการทำงาน และมีบทบาทในสังคม การจัดการเรียนการสอน โดยใช้ความพร้อม ได้แก่

3.1 พยายามจัดเนื้อหาวิชาการเรียนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนโดยอาศัยพัฒนาการตามวัยของชีวิต

3.2 จัดกลุ่มผู้เรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ตามช่วงเวลาของมนุษย์กับการพัฒนางานทำให้มีประสิทธิภาพสำหรับการเรียนบางอย่าง เช่น การวางแผนครอบครัว การเลี้ยงดูเด็ก แต่การจัดกลุ่ม ผู้ที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันก็อาจมีผลดีต่อการเรียนบางอย่าง เช่น กลุ่มมนุษย์สัมพันธ์ การจัดกลุ่มจึงขึ้นกับเนื้อหาที่จะเรียน และงานที่จะต้องปฏิบัติในชีวิตจริง

4. การนำเข้าสู่บทเรียน (Orientation to learning) ผู้ใหญ่จะยึดศูนย์กลางของการเรียนรู้ที่ปัญหาที่พบ และสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้สอนจึงควรใช้วิธี

4.1 จัดการเรียนการสอนตามความต้องการของผู้เรียน โดยแนะวิธีค้นหา และวินิจฉัยความต้องการในการเรียนของตนเองในแต่ละวิชา หรือโปรแกรมการศึกษานั้น

4.2 จัดโปรแกรมการเรียนแบบใช้ปัญหาเป็นศูนย์กลาง มากกว่า การใช้วิชาเป็นศูนย์กลาง เพื่อการนำไปใช้ได้จริง

โนวส์ ได้กล่าวถึง การวางแผนโปรแกรมการอบรมที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องคำนึงถึง การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เพราะผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในงานและชีวิตมาแล้ว การจัดโปรแกรมการอบรม จึงยึดความต้องการของผู้เรียนเป็นหลัก และการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมดังกล่าว การจัดการอบรมจึงควรประกอบไปด้วย (อ้างถึงใน วิเชียร ทวีลาภ, 2527) คือ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน สร้างบรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเอง ให้ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการ การเรียนรู้ของตนเอง ให้ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง กำหนดวัตถุประสงค์ ของโปรแกรม การจัดโปรแกรมการอบรมและการวางแผนงบประมาณ

จากข้อเขียนของ คลาร์ก (Clarke, 1986) ให้แนวทางในการนำหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ไปใช้ในการปฐมนิเทศ และการฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

1. ผู้สอนต้องคำนึงอยู่เสมอว่า การเกิดการเรียนรู้ นั้น ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้ค้นคว้า แล้วรวบรวมความคิดนั้นกำหนดเป็นหลักการ ภายใต้การช่วยเหลือของผู้สอน โดยคลากค์ อ้างถึง การศึกษาของ วอกเลอร์ว่า ผู้เรียนจะคงไว้ซึ่งการรับรู้ข้อมูลได้ 10 % ของสิ่งที่ได้รับโดยการอ่าน 20 % ของสิ่งที่ได้รับโดยการได้ยิน 30 % ของสิ่งที่ได้รับโดยการเรียน 50 % ของสิ่งที่ได้รับโดยการเห็นและได้ยิน 70 % ของสิ่งที่ได้รับด้วยการพูดอ่านออกเสียง 90 % ของสิ่งที่ได้รับโดยการพูด ขณะที่เขาปฏิบัติงาน นอกจากนี้ วอกเลอร์ ยังศึกษาพบว่า การบอกและสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างจะเป็นวิธีให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้เรียนจดจำ และย้อนระลึกถึงได้มากที่สุด

2. ผู้สอนควรเชื่อมโยงให้ผู้เรียนเห็น ความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหากับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน และให้เขารับรู้ว่าการเรียนเป็นการสร้างเสริมให้เขามีความสามารถในการแก้ปัญหา

3. การกระทำในอดีตที่เป็นประสบการณ์จะส่งผลต่อกระบวนการคิดของผู้เรียน จึงพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนคิด ทำให้การเรียนรู้เป็นแบบสร้างสรรค์

4. พฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้รับการยอมรับจากผู้สอน จะทำให้เขาทำพฤติกรรมนั้นอีก

5. ผู้สอนควรเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับการปฏิบัติงานประจำของผู้เรียนและให้เขารู้วิธีประยุกต์ใช้

6. ผู้ใหญ่จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของประสบการณ์ ทำให้วิธีการเข้า ความสนใจ ลักษณะการเรียนรู้เชิงพฤติกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ต่างกัน ผู้สอนจะต้องยอมรับความแตกต่างดังกล่าว และปรับลักษณะการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ดังนั้นการจัดปฐมนิเทศนิเทศพยาบาลวิชาชีพจึงอาศัย หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นแนวทางในการวางแผนการเรียนการสอน ตั้งแต่การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ การกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อม ความสนใจที่จะรับฟังและมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อทำให้เกิดการพัฒนา ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ดังที่ตั้งจุดมุ่งหมายไว้

การประเมินโครงการโดยยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก

การปฏิรูปนิเทศพยาบาลวิชาชีพ เป็นโครงการฝึกอบรมโครงการหนึ่งที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของฝ่ายการพยาบาล และบุคลากรทางการพยาบาล ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการไว้แน่ชัดจากนั้นวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ อุปกรณ์การสอน และใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในการเรียนการสอน การเลือกวิธีประเมินโครงการมีส่วนสำคัญในการบอกถึงผลที่ได้รับจากโครงการ และประสิทธิภาพของโครงการว่ามีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโครงการในลำดับต่อไป

เกี่ยวกับความหมายของการประเมิน เบกฮาร์ด และแฮร์ริส (Beckhard and Harris, 1977) ได้ให้ความหมายของการประเมินไว้ว่า การประเมิน คือ การวางแผนอย่างมีระบบ การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์กิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้ความรับผิดชอบที่การพัฒนางานการดำเนินงานจะต้องวัด เช่น ความพึงพอใจของผล หรือความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

สมหวัง พิชิตยานุวัฒน์ (2528) กล่าวว่า การประเมิน หมายถึง การตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งสารสนเทศในการตัดสินคุณค่าของโปรแกรมการศึกษา ผลิตผล กระบวนการ จุดมุ่งหมายของโครงการ หรือทางเลือกต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

นิตา ชูโต (2527) กล่าวว่า การประเมินโครงการ หมายถึง กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ความหมายข้อเท็จจริง เกี่ยวกับความต้องการ การหาแนวทาง วิธีการปรับปรุง วิธีการจัดการเกี่ยวกับโครงการ และหาผลที่แน่ใจว่าเกิดจากโครงการ เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของโครงการให้ดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การประเมินโครงการเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อมีการวางแผนโครงการ เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์และตัดสินคุณค่า เพื่อบ่งบอกถึงผลที่ได้รับจากโครงการ และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงวิธีดำเนินการเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการครั้งต่อไป

ลักษณะการประเมินโครงการแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (สมหวัง พิชิตยานุวัฒน์, 2524)

1. แบบประเมินเชิงสำรวจ เป็นการสำรวจสิ่งต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การประเมิน

เช่น วิเคราะห์ตัวโครงการ การวิเคราะห์เอกสาร เป็นวิธีการหลักที่ใช้ในการประเมิน จุดอ่อนของการประเมินแบบนี้ คือ ผลการประเมินมีความเป็นปรนัยต่ำ ทำให้ผลการประเมินเป็นที่น่าสงสัยทางแก้ไขก็คือ พยายามเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงความคิดเห็นให้มีการตรวจสอบซึ่งกันและกัน

2. แบบประเมินเชิงทดลอง เป็นการประเมินโดยอาศัยแบบทดลองแบบการทดลองที่ใช้ประเมินกันมากเป็นแบบมีกลุ่มเดียว มีจุดอ่อนค่อนข้างมาก เพราะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้รับการทดลองได้ตลอดเวลา ดังนั้นเพื่อแก้ไขจุดอ่อนนี้ การประเมินจึงใช้กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

3. แบบประเมินตามโมเดลการประเมิน เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อชี้ทิศทางว่า การประเมินจะเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง ผู้ประเมินต้องทำอะไรบ้าง ผู้ประเมินจะต้องทำอะไรก่อนหลังกันอย่างไร การเลือกใช้แบบหรือโมเดลในการประเมินจะต้องให้สอดคล้องกับความจำเป็นแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ แบบยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก แบบเน้นการตัดสินใจ และแบบเน้นการจัดเป็นหลัก ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะการประเมินโครงการโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก

การประเมินโครงการโดยยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลักจากแนวความคิดของ อาร์ ดับบลิว ไทเลอร์ ได้ให้ความหมายการประเมินว่า การประเมินคือการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติ (Performance) กับจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่วางไว้ และหากจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ชัดเจนรัดกุมและจำเพาะเจาะจงแล้ว จะช่วยเป็นแนวทางช่วยในการประเมินได้เป็นอย่างดีในภายหลัง (สมหวัง นิธิยานูวัฒน์, 2528)

ไทเลอร์ (Tyler, 1986) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบุคลากรว่า จะมีความสำคัญมากขึ้น เพราะเป็นการฝึกอบรม และให้ความรู้ เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีพฤติกรรมดังที่ต้องการ มีประโยชน์ต่อการทำงานดังนั้นจุดมุ่งหมายของการอบรมจึงมักเกี่ยวกับ พฤติกรรม ความสนใจ ทักษะ ทักษะ และค่านิยม ภายหลังเข้าสู่กระบวนการอบรมแล้ว การกำหนดจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม การกำหนดในรูปของ พุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดให้เป็นรูปของสิ่งที่วัดได้ และใช้เครื่องมือที่มีความเที่ยง ความตรงสูง ในรูปแบบการวัดที่เหมาะสม ดังนั้นการดำเนินโครงการอบรมตามแนวคิดของไทเลอร์จึงประกอบไปด้วย

1. การตั้งจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมด้วยข้อความที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง โดยบ่งบอกพฤติกรรมที่ต้องการในภายหลัง

2. กำหนดเนื้อหา หรือประสบการณ์ทางการศึกษาที่ต้องใช้ในการบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้
3. เลือกวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสม ที่จะทำให้จุดมุ่งหมายที่วางไว้ประสบผลสำเร็จ
4. ประเมินผลโครงการ โดยการตัดสินด้วยการวัดผลทางการศึกษาหรือทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินนี้กำหนดได้จาก

1. โมเดลความงอกงาม (Growth Model) เป็นการพิจารณาความงอกงามหรือพัฒนาการที่เพิ่มขึ้น เช่น การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนสอบหลังเรียนกับคะแนนทดสอบก่อนเรียนในกรณีของการตัดสิน อาจทำได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ การกำหนดเกณฑ์ในเชิงสถิติเป็นที่ยอมรับสูง แต่อาจมีปัญหว่า ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างกันชัดเจนในเชิงพฤติกรรม จุดอ่อนอีกประการหนึ่งคือ เป็นการพิจารณาค่าเฉลี่ย มิได้เน้นรายบุคคล น่าจะกำหนดโดยพิจารณารายบุคคลด้วย

1.2 กำหนดช่วงคะแนนที่เพิ่มขึ้น การกำหนดเกณฑ์นี้ยากลำบากในการทำให้ผู้อื่นยอมรับ ทางออกก็คือ กำหนดความรู้ขั้นต่ำที่จำเป็นว่า ถ้าใครมีความรู้ขั้นต่ำ เหล่านี้ก็คือว่าผ่านได้ โดยไม่พิจารณาพื้นความรู้เดิม ข้อดีของวิธีนี้คือ เป็นการพิจารณาผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคล

2. โมเดลสัมบูรณ์ (Absolute Model) เป็นการกำหนดโดยหลักเหตุ

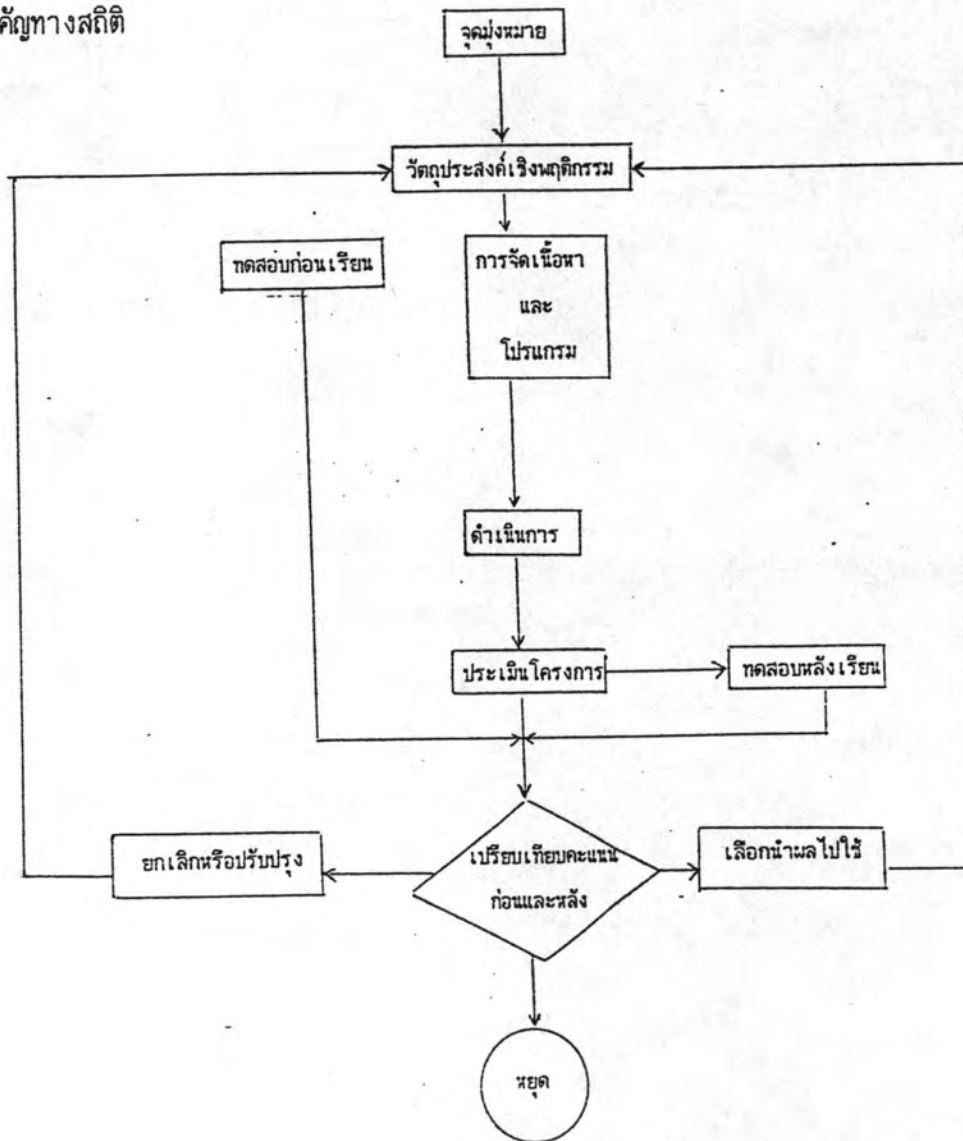
2.1 กรณีที่มีหน่วยตามธรรมชาติ เช่น วิ่งเร็ว 100 เมตร ภายใน 1 วินาที จะเป็นเกณฑ์ที่มีอำนาจในการทำนายสูงมาก ผู้ที่มีพฤติกรรมผ่านเกณฑ์จะเป็นผู้มีความรู้หรือทักษะในเรื่องเหล่านี้เป็นอย่างดี

2.2 กรณีไม่มีหน่วยตามธรรมชาติ ก็จะใช้ความเห็นของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนดขึ้น เช่น สัดส่วนที่บัณฑิตควรสำเร็จในแต่ละรุ่นเป็นเท่าไร เป็นต้น ควรเป็น 1.00 เลยหรือไม่ แล้วใช้ค่าเฉลี่ยจากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเป็นเกณฑ์นั้นการประเมินหรืออาจกำหนดโดยอาศัยกฎเกณฑ์ หรือค่านิยมของสังคมเป็นหลัก

3. โมเดลสัมพัทธ์ (Relative Model) เป็นการกำหนดโดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของกลุ่ม

3.1 การเปรียบเทียบกับของภายในกลุ่ม หรือเปรียบเทียบกับปกติวิสัย เช่น ผู้ที่จะสอบผ่านต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า $X - 2 S.E$ เป็นต้น เป็น Normative Criterion

3.2 การเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นที่คล้ายคลึง หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เช่น ในการทดสอบหลักสูตรใหม่ เกณฑ์ในการพิจารณาก็คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักเรียนหลักสูตรใหม่ จะต้องสูงกว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนในหลักสูตรเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 6 : รูปแบบการประเมินโครงการตามแนวคิดของ ไทเลอร์

จะเห็นได้ว่า ไทเลอร์คิดว่า การประเมินโครงการ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน โดยอาศัยแบบทดสอบสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน (Achievement Tests) การวิเคราะห์ และการสังเกตเป็นพื้นฐานในการประเมินคุณค่าของโครงการ การประเมินผลต้องยึดความสำเร็จของคนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ และตีความจากคะแนนในรูปคะแนนรวมเป็นหลัก โดยใช้ข้อสอบมีลักษณะเป็น เอกพันธ์ วัดพฤติกรรมเฉพาะอย่างก่อน และหลังเรียน โดยกำหนดเกณฑ์ไว้ล่วงหน้าว่า ความสำเร็จในระดับใดจึงถือว่า จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ประสบผลสำเร็จ ลักษณะการประเมินเป็นแบบรวมผลสรุป (Summative Evaluation)

โดยสรุปสาระสำคัญทั้ง 5 เรื่องดังกล่าวแล้วข้างต้นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับการปฐมนิเทศของโทบิน (Tobin et al, 1974) ในการวางแผนโครงการปฐมนิเทศ ในลักษณะของปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลผลิต ได้แก่ ลักษณะความต้องการของผู้เรียน กระบวนการดำเนินงานและผลผลิตของโครงการ เพื่อกำหนดเป็นแผนดำเนินการโดยมีแนวคิด เกี่ยวกับความตื่นตระหนกต่อสภาพจริง (Kramer, 1973) เป็นลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องปรับตัวเมื่อเผชิญกับสภาพการทำงาน เพื่อทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของพยาบาลสำเร็จใหม่ และหาแนวทางในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในระหว่างการปฐมนิเทศ ความสำคัญของการปฐมนิเทศที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานและความพึงพอใจต่อโครงการปฐมนิเทศ ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เป็นหลักการที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการเรียน การฝึกปฏิบัติ ที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่บรรลุสติภาวะแล้ว และการประเมินโครงการโดยจุดมุ่งหมายของไทเลอร์ (Tyler) มาใช้ในขั้นประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างและประเมินโครงการ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจน และวัดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพื่อเหมาะสมกับโครงการปฐมนิเทศ ต้องการให้พยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในระยะเวลายันสั้น