

ประมวลสาระการสอน

วิชา แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล

(Basic Concepts in Nursing Science)

สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปีการศึกษา 2553

คำนำ

ประมวลสาระการสอนฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการเรียนการสอนในรายวิชา 619295 แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล (Basic Concepts in Nursing Science) สำหรับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 4 หน่วยกิต รวม 48 ชั่วโมง ซึ่งผู้จัดทำได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมและเรียบเรียงจากเอกสารวิชาการ ตำรา รายงานวิจัย วารสารทางวิชาการ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารประกอบการสอนฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับอาจารย์ผู้สนใจทุกท่าน

อาจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

กันยายน 2553



สารบัญ

บทที่	หน้า
คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญภาพ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
ประมวลรายวิชา	1
1 วิวัฒนาการของการพยาบาลต่างประเทศและในประเทศไทยและศาสตร์ ทางการพยาบาล (History of Nursing).....	10
2 แนวคิดหลักของการพยาบาล (Fundamental of Nursing).....	21
3 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)	26
4 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)	48
5 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process).....	49
6 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาล.....	160
6.1 แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดการดูแล	
• ทฤษฎีเชื้ออาหารของวัตสัน.....	170
6.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดระบบ	
• ทฤษฎีระบบของนิวแมน.....	178
• แนวคิดแบบแผนทางสุขภาพของกอว์ดอน.....	188
6.3 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของ มนุษย์	
• ทฤษฎีของ Florence Nightingale	197
• ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	201
6.4 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์	
• ทฤษฎีการปรับตัวของรอย.....	213
6.5 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดอื่นๆ.....	
• Empowerment Theory	230
• Uncertainty in Illness Theory	253
บรรณานุกรม.....	257
ภาคผนวก	
ก. ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนรายงานการศึกษาผู้ป่วยโดยใช้ กระบวนการพยาบาล.....	260
ข. ประวัติผู้เขียน.....	268

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีมาจนกระทั่งถึงแก่ความตาย.....	38
2	ความสัมพันธ์สุขภาพะทางกาย ทางจิต สังคม และทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวพันกัน กันไปมา สุขภาวะ ทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบ องค์รวมอีก 3 มิติ.....	72
3	การพยาบาลแบบองค์รวม โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล.....	75
4	ทำบุญตักบาตร.....	93
5	ทำพิธีขอโอสถกรรม.....	93
6	ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต.....	94
7	แสดงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล.....	98
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล.....	100
9	แสดงลำดับขั้นความต้องการของ Maslow.....	111
10	องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย.....	154
11	กระบวนการวางแผนจำหน่าย.....	155
12	กรอบมโนทัศน์การดูแลมนุษย์ของ Watson.....	173
13	แสดงระดับความต้องการของบุคคลตามแนวคิดของ Watson.....	176
14	แสดงระบบของผู้รับบริการ.....	180
15	แสดงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและความเจ็บป่วยของทฤษฎีระบบของ Neuman.....	184
16	แสดงองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน.....	190
17	แสดงทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale.....	200
18	โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง.....	205
19	ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดหลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem.....	210
20	แสดงองค์ประกอบของระบบการปรับตัวของรอย.....	214
21	ระบบการปรับตัวของมนุษย์.....	215
22	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรมการ ปรับตัว.....	223
23	การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย.....	229
24	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	237
25	ปิรามิดอำนาจมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน.....	240
26	ประสิทธิผลของงาน ตามทฤษฎีโครงสร้างอำนาจในองค์กรของ Kanter	243
27	อำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ส่งผลต่อองค์กร.....	244
28	แบบแผนการรู้คิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	246

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและกระบวนการแพทย์.....	99
2	แสดงตัวอย่างข้อมูลอัตรายและข้อมูลปรนัย.....	101
3	ความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาลและการวินิจฉัยของแพทย์	105
4	แสดงตัวอย่างเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล.....	114
5	แสดงความสอดคล้องของเกณฑ์ประเมินผลกับจุดมุ่งหมาย ข้อวินิจฉัยและข้อมูล สนับสนุน.....	115
6	แสดงลักษณะเกณฑ์ประเมินผลที่มีความหมายกว้างและเกณฑ์ที่มีความ เฉพาะเจาะจง.....	116
7	แสดงตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของ ผู้รับบริการ.....	119
8	แสดงการประเมินเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์.....	123
9	ตัวอย่างการบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record)	130
10	ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record).....	131
11	ตัวอย่างการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record)	133
12	แบบฟอร์มแสดงรายการปัญหา.....	135
13	แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบ SOAPIE note.....	135
14	ตัวอย่าง แผนการดูแลโรค.....	137
15	การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่.....	138
16	การเขียนบันทึกการพยาบาลก่อนการส่งผู้รับบริการทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ.....	139
17	การเขียนบันทึกการพยาบาลหลังการทำผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษ.....	140
18	การเขียนบันทึกการพยาบาลขณะได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย.....	141
19	การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น.....	142
20	การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน.....	143
21	การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่หรือหนีออกจาก โรงพยาบาล.....	144
22	การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ถึงแก่กรรม.....	145
23	ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต.....	157
24	แสดงพัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล.....	168
25	ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร....	177
26	เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลของ Orem กับ แนวคิดกระบวนการพยาบาล	211
27	แสดงตัวอย่างปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวที่พบบ่อย.....	226
28	แสดงตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy.....	227
29	ตัวอย่างแผนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย.....	228

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ประมวลการสอนรายวิชา

รายวิชา	619205
ชื่อวิชา	แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล (Basic Concepts in Nursing Science)
จำนวนหน่วยกิต	4 (4-0-8)
ผู้รับผิดชอบรายวิชา	อาจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย
อาจารย์ผู้สอน	1. อาจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย Chantira@sut.ac.th 2. อาจารย์นรีลักษณ์ สุวรรณโณบล Nareeluk@sut.ac.th
การติดต่อผู้สอน	โดยการนัดหมาย หรือ e-mail หรือ โทรศัพท์
เงื่อนไขรายวิชา	วิชาบังคับก่อน : ไม่มี
สถานภาพของวิชา	วิชาบังคับ
จำนวนชั่วโมงที่สอน	ทฤษฎี 4 ชั่วโมง /สัปดาห์
วันและเวลาเรียนภาคการศึกษาที่ 2/2553	วันอังคาร และ วันศุกร์ เวลา 13.00-15.00 น. (B1204)

เนื้อหารายวิชา

วิวัฒนาการและความสัมพันธ์ของการพยาบาลในฐานะศาสตร์และวิชาชีพ แนวคิดหลักและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพยาบาล ตลอดจนขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพ การจำแนกประเภทของฐานความคิดทางการพยาบาล ตัวอย่างทฤษฎีทางการพยาบาลในแต่ละฐานความคิด ได้แก่ ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ฐานความคิดความต้องการของมนุษย์ ฐานความคิดการดูแล และฐานความคิดทฤษฎีระบบ กระบวนการพยาบาล วิธีการได้มาซึ่งองค์ความรู้และการนำไปใช้

ประมวลการเรียนรายวิชา

วัตถุประสงค์ของรายวิชา เมื่อเรียนจบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความสัมพันธ์ของศาสตร์ทางการพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลได้
2. อธิบายทฤษฎีทางการพยาบาลในแต่ละฐานความคิดได้
3. อธิบายความสัมพันธ์ของคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาลได้
4. อธิบายกระบวนการพยาบาลได้
5. ประเมินปัญหาผู้ป่วยจากสถานการณ์จำลอง และเสนอแนวทางแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์และความไวเชิงวัฒนธรรมได้

แผนการสอนรายสัปดาห์

สัปดาห์	วัน-เวลา	จำนวน ชม.	เนื้อหา	ผู้สอน	ชิ้นงาน/โครงการ
1	อ. 21 ก.ย. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 1 วิวัฒนาการของการพยาบาลต่างประเทศและในประเทศและศาสตร์ทางการพยาบาล (History of Nursing) <ul style="list-style-type: none"> ประวัติความเป็นมาของวิชาชีพพยาบาลต่างประเทศ ประวัติความเป็นมาของวิชาชีพพยาบาลในประเทศ อัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในและต่างประเทศ 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรนัย	นักศึกษา 6 กลุ่ม จัดบอร์ดและแสดง นิทรรศการเนื่องใน วันพยาบาลแห่งชาติ (10%)
	ศ. 24 ก.ย. 53 13.00-15.00	2	<ul style="list-style-type: none"> วิวัฒนาการวิชาชีพพยาบาลด้านการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ องค์กรวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรนัย	
2	อ. 28 ก.ย. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 2 แนวคิดหลักของการพยาบาล (Fundamental of Nursing) <ul style="list-style-type: none"> ภาวะสุขภาพ (Health) ความเจ็บป่วย (Illness) ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Illness) ความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วย 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรนัย	
	ศ. 1 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	<ul style="list-style-type: none"> สิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย ความตายและภาวะใกล้ตาย ความโศกเศร้าและการสูญเสีย การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรนัย	

สัปดาห์	วัน-เวลา	จำนวน ชม.	เนื้อหา	ผู้สอน	ชิ้นงาน/โครงการ
3	อ. 5 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 3 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) <ul style="list-style-type: none"> ● ความหมาย ความสำคัญ ● ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับองค์รวม 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	Electronic Port folio (10%)
	ศ. 8 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	<ul style="list-style-type: none"> ● แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ● การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม ● ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาของการดูแลแบบองค์รวม 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	
4	อ. 12 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 4 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) <ul style="list-style-type: none"> ● ความหมาย ความสำคัญและแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ● องค์ประกอบของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ● ศาสนากับการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	Electronic Port folio (10%)
	ศ. 15 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสัมพันธ์ระหว่าง Humanized Health Care and Holistic Care ● การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสู่การดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ● การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วย Humanized Health Care 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	
5	อ. 18 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 5 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) <ul style="list-style-type: none"> ● ความหมาย ความสำคัญและแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ● ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินภาวะสุขภาพ - การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล - การวางแผนการพยาบาล 	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	Electronic Port folio (10%)

สัปดาห์	วัน-เวลา	จำนวน ชม.	เนื้อหา	ผู้สอน	ชิ้นงาน/โครงการ
5	ศ. 22 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	- การปฏิบัติการพยาบาล - การประเมินผลการพยาบาล • ปัญหาการใช้กระบวนการพยาบาลและแนวทางแก้ไข • บันทึกทางการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	
6	อ. 25 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	บทที่ 6 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดการดูแล • ทฤษฎีเชื้ออาหารของวัตสัน	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
6	ศ. 29 ต.ค. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดระบบ • ทฤษฎีระบบของนิวแมน	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
7	1-5 พ.ย. 53 สอบกลางภาค				
8	อ. 9 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	
	ศ. 12 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	
9	อ. 16 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ • ทฤษฎีของ Florence Nightingale	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
	ศ. 19 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ • ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	
10	อ. 23 พ.ย. 53 13.00-15.00		แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์ • ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	

สัปดาห์	วัน-เวลา	จำนวน ชม.	เนื้อหา	ผู้สอน	ชิ้นงาน/โครงการ
10	ศ. 26 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ • ทฤษฎีการปรับตัวของรอย	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	
11	อา 28 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (ต่อ)	อ. ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	ชดเชยวันรัฐธรรมนูญ
	อ. 30 พ.ย. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล: ฐานความคิดอื่นๆ • แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Principle of Empowerment)	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
	ศ. 3 ธ.ค. 53 13.00-15.00	2	แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล: ฐานความคิดอื่นๆ • Uncertainty in Illness Theory	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
12	อ. 7 ธ.ค. 53 13.00-15.00	2	กิจกรรมทบทวนบทเรียน	อ. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	
	พ. 8 ธ.ค. 53 13.00-16.00	3	การนำกระบวนการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการนำเสนอ (บูรณาการกับวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1)	คณาจารย์	คุณภาพการนำเสนอ (10%)
13			13-21 ธ.ค. 53 สอบปลายภาค		

จัดสอบย่อย 3 ครั้ง รวม 30% (ครั้งละ 10% ใช้ห้องคอมพิวเตอร์ Moodle test online)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิธีการจัดการเรียนการสอน

- บรรยายแบบมีส่วนร่วม (cooperative learning)
- อภิปราย
- Self-directed learning
- Evidence based learning
- สถานการณ์จำลอง

สื่อการสอน

- เอกสารประมวลสาระการสอน
- คอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย LCD
- งานวิจัย
- วัสดุทัศนประวัติการพยาบาล
- Electronic portfolio

วิธีการวัดผลการเรียน

- | | |
|---|-----|
| - คะแนนจากการสอบย่อย | 30% |
| - การสอบปลายภาค | 20% |
| - หลักฐานการเรียนรู้ (Electronic portfolio) | 30% |
| - โครงการวันพยาบาลแห่งชาติ | 10% |
| - คุณภาพการนำเสนอกระบวนการพยาบาล | 10% |
| รวม 100% | |

วิธีการประเมินผลและเกณฑ์การตัดสินผล

- เกณฑ์ได้/ตก ตัดสินแบบอิงเกณฑ์ ผ่านร้อยละ 60 ขึ้นไป เกณฑ์การตัดเกรด(Grading) เป็น 5 ระดับ คือ A (ดีเยี่ยม), B⁺ (ดีมาก), B (ดี), C⁺ (ดีพอใช้) และ C (พอใช้)
- ตัดสินแบบอิงเกณฑ์และอิงกลุ่ม โดยใช้ Standardized T-score
- นักศึกษาต้องมีเวลาเข้าชั้นเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาเรียน
- หากมีเหตุสุดวิสัยไม่สามารถเข้าเรียนได้ ต้องแจ้งอาจารย์ผู้สอนล่วงหน้า
- กรณีเจ็บป่วยต้องมีใบรับรองแพทย์มาแสดง

งานวิจัยที่เกิดจากการเรียนการสอนในรายวิชา

1. ผลลัพธ์ของการใช้ Electronic portfolio ในรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและศาสตร์ทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล
2. ความพึงพอใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาต่อการสอบโดยใช้ Moodle testing method

เอกสารประกอบการเรียน

หนังสือบังคับ

พรศิริ พันธดี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษรจำกัด, 2552.

เพ็ญศรี ระเบียบ (บรรณารักษ์). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์,

2546.

เรณู สอนเครือ (บรรณารักษ์). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี:

ยูทธรินทร์ การพิมพ์, 2541.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณารักษ์ การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์

รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

สายสวาท เผ่าพงษ์. พัฒนาการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง จำกัด, 2542.

หนังสืออ่านประกอบ

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน. เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา, 2541.

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์, และรัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (บรรณารักษ์).

แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพชร, 2548.

จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

จิตร์ศิริ ชันเงิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

2542.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. มปท.: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข, 2545

บังอร ลำดี. "ทฤษฎีการพยาบาล". ในแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.

ประคิด สัจฉายา. บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิด วิธึบันทึกและการใช้ประโยชน์. มปท:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.

ปิยวาท เกสมาส. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม" ในทฤษฎีการพยาบาล. เพ็ญศรี ระเบียบ, บรรณารักษ์.

กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ และสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล. มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่

1-6. กรุงเทพฯ: ประชุมช่างจำกัด, 2546.

- แพม บราวน์ .ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล แสงสว่างของผู้ทุกข์ยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2540.
- รัตน ทองสวัสดิ์. ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล : ปฏิภาณและความเฉลียวฉลาด. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ข้างเผือก
กราฟิค, 2533.
- เรณู พุกบุญมี. จากกระบวนการสู่การบันทึก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางพยาบาล:
สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรี
นครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน., 2552.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. Discharge Plannjng: บันทึกที่ครบวงจร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึก
ทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระ
ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน.,
2552.
- ศิริพร ชัมภลชิต. มายาคติในการบันทึกทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางการ
พยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน, 2552.
- สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 . กรุงเทพฯ : บริษัทเดอะเบสท์
กราฟฟิค แอนด์ พรินท์ จำกัด, 2542.
- สุจิตตา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์. กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการ
นำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท นิวเวฟพัฒนา จำกัด, 2540.
- สุดศิริ ทิรัญชุนหะ. แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประชุมเรื่อง บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของ
วิชาชีพ. <http://www.nur.psu.ac.th/WebPak/filenew> [สืบค้น มกราคม 2552]
- Dennis, C. N. Self – Care Deficit Theory of Nursing : Concepts and Applications. Missouri:
Mosby – Year Book, Inc, 1997.
- Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual model of nursing . Philadelphia: F.A.David,
1995 .
- George, J.B. (editor). Nursing Theories : The base for professional nursing practice. 2 nd.ed.
New Jersey : Prentice – Hall Inc., Englewood Cliffs, 1985.
- George , Julia B. Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice. New Jersey :
Prentice Hall, 2002 .
- Gordon, Marjory . คู่มือการวินิจฉัยทางการพยาบาล 1995-1996. แปลโดย ศิริพร ชัมภลชิต และคณะ.
กรุงเทพฯ: บัดเน็ท, 2542.
- Linda Juall Carpenito-Moyet. The understanding the nursing process: concepts mapping and care
planning. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins, 2006.
- Macrae, J. A. Nursing as a Spiritual Practice. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2001.
- Meleis, A.I. Theoretical Nursing . Philadelphia : Lippincott , 1997 .

- McEwen, Melanie and Wills, Evelyn M. *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- Nelson-Marten, P., Hecomovich, K, Pangle, M. "Caring Theory : A Framework for Advanced Practice Nursing," *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998, 4(1): 70-77.
- Orem, D.E. *Nursing : Concepts of practice*. 2nd ed., New York : McGraw – Hill BookCompany, 1980.
- Roy, Sister Callista. , Andrews , Heather A. *The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement*. California :Appleton & Lange, 1991.
- Roy, Sister Callista. , Andrews , Heather A. *The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement* . California :Appleton & Lange, 1999.
- Schroeder, C., and Maeve, M.K. "Nursing Care Partnerships at the Denver Nursing Project in Human Caring : An application and Extension of Caring Theory in Practice," *Advances in Nursing Science*. 1992, 15(2) : 25-38.
- Seaback, W. *Nursing Process: Concept and Application*. New York: Delmar, 2001. Tolento, B., Watson, J. In J.B. George. (Ed.) *Nursing theories ; The base for Professional nursing practice*. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall International, 1995.
- Watson, J. "New Dimensions of Human Caring Theory." *Nursing Science Quarterly*. 1988,1: 175-181.
- Watson, J. "Transpersonal Caring : A Transcendent View of Person, Health and Nursing." In M.E. Parker (Ed.) *Nursing Theories in Practice*. (pp.277-288). New York : National League for Nursing, 1990.
- Watson, J. "The The Theory of Human Caring : Retrospective and Prospective." *Nursing Science Quarterly*. 1997, 10(1) : 49-52.
- Watson, J. *Postmodern nursing*. London : Harcourt Brace and Company Limited, 1999.
- Watson, J. *Spiritual in Human*. London : Harcourt Brace and Company Limited, 1999.

การประเมินผลการเรียนการสอน

นักศึกษาประเมินโดยตอบแบบสอบถามกลางของมหาวิทยาลัย online เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนของอาจารย์แต่ละท่าน

บทที่ 1

วิวัฒนาการของการพยาบาลต่างประเทศและในประเทศไทย

การพยาบาล (Nursing)

ตามความหมายที่มีผลพลอนซ์ ในดิงเกล ได้ให้ไว้ หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับความหมายของการพยาบาลที่เสนอโดยเวอริเจเนียเฮน เดอร์สัน ได้แก่ การพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคล (ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้) ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือส่งเสริมการหายจากโรค (หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ) ซึ่งบุคคลอาจจะปฏิบัติได้เองในสภาวะที่มีกำลังกาย กำลังใจ และความรู้เพียงพอ และเป็นการกระทำที่จะช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่สภาวะที่ช่วยตนเองได้ โดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือนั้นโดยเร็วที่สุด กิจกรรมสำคัญของการพยาบาลได้แก่

1. การดูแลให้มีความสุขสบาย (Care and comfort) ช่วยเหลือบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วย (health illness continuum) ได้ด้วยตนเอง หน้าที่ของพยาบาลจึงมุ่งที่จะวิเคราะห์ข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (assessment and diagnosis)
2. ให้คำแนะนำ คำสอนด้านสุขภาพ (Health teaching) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและส่งเสริมผลการรักษา มุ่งด้านการดูแลตนเอง (self care) ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว
3. ให้คำปรึกษา (Counselling) ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติ และขณะที่มีภาวะกดดัน อันเป็นเหตุให้สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ
4. ให้การดูแลด้านสรีรจิตสังคม (Physiopsychosocial intervention) โดยการใช่วิธีการพยาบาลการปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็นลำดับตามการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน และตามความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ประวัติและพัฒนากการพยาบาลในต่างประเทศ

1. การพยาบาลสมัยดึกดำบรรพ์

- เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากวิญญาณ หรือปีศาจร้าย
- นับถือบรรพบุรุษและเทพเจ้า เพื่อให้ช่วยคุ้มครองจากวิญญาณร้าย
- ใช้พิธีกรรมอันอ่อนนุถผี โดยการสังเวยสัตว์ ใช้เครื่องรางขี้ผึ้ง
- มีหมอผี หมอพระ หมอยา เป็นผู้รักษา
- ไม่มีพยาบาล มีผู้หญิงหรือแม่ทำหน้าที่ดูแล

2. การพยาบาลยุคกลางประวัติศาสตร์ตอนต้น

- มีการกีดกันประชาชนระหว่างชนชั้นสูงกับชนชั้นต่ำ
- สังคมยุ่งเหยิง ประชาชนหมดหวัง
- ศาสนาคริสต์เข้ามาเผยแพร่ สอนให้คนมีความรัก มีความเมตตากรุณา

- พระเป็นผู้กำหนดการรักษาพยาบาล
- สตรีชั้นสูงเป็นผู้ให้การพยาบาล
- ไม่มีการอบรม เรียนรู้จากการปฏิบัติ

3. การพยาบาลยุคกลางประวัติศาสตร์ตอนปลาย

- มีการปกครองแบบระบบศักดินา
- มีการเผยแพร่ศาสนาอิสลามเข้ามาในแหลมอาระเบีย
- เกิดสงครามครูเสด ซึ่งเป็นสงครามศาสนาระหว่างชาวคริสต์จากยุโรป และ ชาวมุสลิมเนื่องจากชาวคริสต์ต้องการยึดครองดินแดนศักดิ์สิทธิ์ คือ เยรูซาเล็ม
- มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม
- มีมหาวิทยาลัยของชนชั้นกลาง
- พยาบาลมาจากชนทุกชั้น
- ทำงานหนักทั้งในโรงพยาบาล , โบสถ์ , งานส่วนตัว

4. ยุคมืดทางการพยาบาล

- มีการปฏิรูปสังคม ด้วยการรัฐประหาร ศาสนาอ่อนแอลง
- สตรีชั้นสูง ไม่สนใจในการให้การพยาบาล ขาดแคลนพยาบาล
- สตรีไม่มีการศึกษา ไม่มีจิตใจอยากช่วยเหลือ ทำงานเพื่อเงิน
- มีการออกกฎในการทำงานของพยาบาล
- พยาบาลในยุคนี้ทำงานหนักเหมือนคนรับใช้

5. การพยาบาลยุคมิสฟลอเรนซ์ในดิงเกล

ก่อนศตวรรษที่ 20

- ยังไม่มีการอบรมพยาบาล มีแม่ชีคอยดูแลสมาชิกในนิกายของตน
- ลักษณะโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นมีลักษณะเล็กลง คนจน และบางครั้งรักษาคนเจ็บด้วย
- ค.ศ. 1798 เปิดโรงเรียนพยาบาลแห่งแรก
- ค.ศ. 1869 ให้มีการฝึกพยาบาล เนื่องจากพบว่า โรงพยาบาลที่มีพยาบาลซึ่งผ่านการฝึกฝน การตายของผู้ป่วยลดลง
- ค.ศ. 1873 เปิดโรงเรียนพยาบาล 3 แห่ง เป็นการสอนข้างเดียว
- นักเรียนไม่มีวันหยุด เมื่อเรียนจบจะแต่งเครื่องแบบสีขาว
- เครื่องแบบสีขาวหมายถึง

Chastity = บริสุทธ์ทั้งกายและใจ

Humility = นอบน้อม สุภาพ ไม่ถือตัว

Obedience = เชื่อฟัง รักษาวินัย

Service = บริการแก่เพื่อนมนุษย์

อัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ (NURSES' IDENTITIES)

หมวกพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลกำเนิดมานานหลายศตวรรษแล้ว แต่การพัฒนาของวิชาชีพพยาบาลเกิดขึ้นจริงจัง ในศตวรรษที่ 19 โดยการริเริ่มของ มีสฟลอเรนซ์ ในดิงเกล

ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล เล็งเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของพยาบาล โดยต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาทักษะของพยาบาลให้ดีขึ้นควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบพยาบาล เชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยปรับภาพลักษณ์ของพยาบาลให้มีความเป็นวิชาชีพมากขึ้น หมวกพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบพยาบาล

วิวัฒนาการของหมวกพยาบาลมีต้นแบบมาจากผ้าคลุมผมของแม่ชี หมวกของพยาบาลในยุคนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บผม ให้เรียบร้อยและช่วยเพิ่มภาพลักษณ์ของพยาบาลอีกด้วย

ในเวลาต่อมารูปแบบของหมวกพยาบาลมีวิวัฒนาการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ แบบแรกมีลักษณะที่ใช้ครอบศีรษะเกือบทั้งหมดของพยาบาล ส่วนอีกแบบหนึ่งมีความสั้นกว่าและวางไว้บนศีรษะเท่านั้น

พิธีการมอบหมวกของพยาบาล เป็นพิธีการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงว่านักเรียนพยาบาลเหล่านั้น ได้สอบผ่านการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี และมีความพร้อมที่จะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล

หมวกพยาบาลถูกใช้น้อยลงเรื่อยๆ ในบางโรงพยาบาลเราพบว่าพยาบาลยังสวมหมวกพยาบาลอยู่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากหมวกพยาบาลเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ประกอบกับสภาพบุรุษเริ่มประกอบอาชีพพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ หมวกพยาบาลจึงไม่นิยมนำมาใช้ แต่ถูกทดแทนด้วยรูปแบบพยาบาลแบบใหม่ที่เรียกว่า "Scrub"

ในขณะที่หมวกพยาบาลไม่เป็นที่นิยมในสมัยใหม่ แต่หมวกพยาบาลก็มีความสำคัญต่อประวัติศาสตร์ของการพยาบาล พิธีมอบหมวกพยาบาลจึงยังมีอยู่จนถึงทุกวันนี้ เพราะเป็นที่ยอมรับในวิชาชีพพยาบาลว่า หมวกพยาบาลคือสัญลักษณ์ที่สำคัญอันหนึ่งที่แสดงความเป็นวิชาชีพของพยาบาล

เครื่องแบบพยาบาล

การแบ่งระดับของพยาบาลในโรงเรียนพยาบาลบางแห่ง อาจเริ่มต้นจากการมีแถบหมวกสีชมพู สีฟ้า หรือสีอ่อนๆ แล้วไต่ระดับไปจนถึงแถบ-หมวกสีดำ นักเรียนจะไม่ได้รับแถบหมวกจนกว่าจะผ่านการฝึกในภาค-ปฏิบัติเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน อย่างไรก็ตามหากนักเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล นักเรียนจะถูกปรับหมวกพยาบาลทันที

ความแตกต่างของชุดพยาบาลและชุดของสาวให้เริ่มมีความแตกต่างกันเรื่อยๆ กล่าวคือ เป็นชุดกระโปรงแขนยาวปิดคอและมีรายละเอียดมาก (กระเป๋าคอ ชุดกระโปรงติดกระดุมยาว และคอเสื้อ) ผ้าชั้นนอกที่คลุมตั้งแต่อก มีสายรัดเอว และผ้ากันเปื้อนยาวกรอมเท้า เนื้อผ้ามีความคงรูปสวยงามแตกต่างจากชุดสาวใช้อย่างสิ้นเชิง

สงครามโลกครั้งที่ 1 บีบรัดด้านความคล่องตัวในการทำงานเริ่มมีความสำคัญต่อชุดของพยาบาล กล่าวคือชุดของพยาบาลแบบเดิมเริ่มมีความไม่เหมาะสม มีการประเมินว่าพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ความรู้ร่วมของชุดพยาบาล จึงเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน จนบางครั้งพยาบาลต้องปลดผ้ากันเปื้อนออก จากนั้นมา ชุดของพยาบาลเริ่มมีการปรับปรุงให้สั้นขึ้น แขนเสื้อก็สั้นขึ้นเช่นกัน เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวกรวดเร็ว

ในปัจจุบัน ความแตกต่างของเครื่องแบบระหว่าง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ สามารถจำแนกได้ด้วยป้ายชื่อเท่านั้น โรงพยาบาลต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกา เจ้าหน้าที่ทุกคนสวมเครื่องแบบที่เรียกว่า "Scrub" (กางเกงขายาวที่มีหูรูด เสื้อคอกลม หรือ คอวี) ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค แพทย์จะสวม

เลือดกวนทับ พยาบาลอาจสวมเสื้อคลุมแขนยาวได้ ในประเทศอังกฤษ พยาบาลยังคงนิยมสวมชุดพยาบาล แพทย์สวมชุดปกติหากไม่ได้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

ประวัติและพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย

ประวัติและพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทยนับตั้งแต่อดีต อาจเริ่มขึ้นตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัย ด้วยมีการพบหลักฐานจากศิลาจารึก หลักที่ ๑ และหนังสือไตรภูมิพระร่วง พบว่าการเจ็บป่วยสมัยนั้นประชาชนมีปัญหาสุขภาพ คือปวดท้อง ท้องอืด อาการไข้ ปวดศีรษะ โรคเด็ก และการคลอดบุตรส่วนมากรักษาด้วยสมุนไพรและรักษาโดยวิธีทางพุทธศาสนาและไสยศาสตร์ เป็นการรักษาสผสมผสานแบบพื้นบ้านโดยหมอกกลางบ้านและพระสงฆ์ที่มีความรู้ หลักฐานที่ค้นพบได้แก่ แท่นหินบดยาสสมัยทวารวดี จึงเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่แสดงให้เห็นว่าการแพทย์ในสมัยนั้นมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน นำมาต้ม หรือพอก หรือบดให้ละเอียดเพื่อรับประทานนอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติผีปีศาจเป็นอำนาจอิทธิพลเหนือธรรมชาติ ดังข้อความในหนังสือไตรภูมิพระร่วงว่า "มิแลว่ามีผู้ใดไปให้วันคำรพญาแก่งจักรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แก่งจักรนั้นเพียรยอมบำบัดเสียซึ่งความไข้ความเจ็บ"

คนไทยเรามีความเชื่อว่าบาปเคราะห์อันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับคน สามารถถ่ายโอนไปยังสิ่งอื่นได้ จึงมีความคิดปั้นดินให้เป็นตุ๊กตาเพื่อให้มารับเคราะห์แทน เรียกว่า "พิธีเสียดบาป" เมื่อบั้นตุ๊กตาได้แล้วก็นำตุ๊กตาไปหักหรือตัดศีรษะออกเป็นตุ๊กตาเสียดบาป นำไปใส่กระโถงใบตองแล้วนำไปวางไว้ริมทางโดยเฉพาะทางแยกที่เรียกว่า ทางสามแพร่งซึ่งเชื่อกันว่าเป็นแหล่งชุมนุมของวิญญาณ เพื่อวิญญาณจะได้รับเอาตุ๊กตานั้นไป- ในสมัยโบราณ การคลอดลูกแต่ละครั้งเป็นไปด้วยความลำบาก ส่วนมากจะให้หมอดูยาเพื่อทำคลอด ทำให้เกิดการตายทั้งกลมขึ้นเป็นจำนวนมาก เมื่อผู้หญิงคลอดอันตรายจากการคลอดลูก บรรดาสามีญาติพี่น้องที่มีความห่วงใยลูกเมียของตน จึงทำตุ๊กตาเสียดบาปให้ผู้หญิงท้องแก่ใกล้คลอด เพื่อให้ตุ๊กตาเป็นตัวแทนของผู้หญิงท้องแก่และลูกที่อยู่ในท้อง จากนั้นก็นำตุ๊กตานั้นไปเซ่นผีโดยการตัดหัวเป็นเคล็ดการโอนอันตรายทั้งหมดให้ไปเกิดกับตุ๊กตานั้น แทนที่จะเกิดกับแม่และลูกที่กำลังจะคลอด ทำให้แม่ลูกปลอดภัยจากการคลอด

ต่อมาเมื่อความเชื่อนี้ได้ขยายออกไป ไม่เพียงแต่คนท้องเท่านั้นที่ทำตุ๊กตาเสียดบาป คนที่ดวงตกกำลังมีเคราะห์ คนดวงไม่ดีไม่มีโชค คนที่สงสัยว่าโดนคุณไสย คนดวงตก คนป่วยเรื้อรัง ต่างก็ทำตุ๊กตาเสียดบาปเพื่อแก้เคล็ดให้ตัวเองมากขึ้น

ตุ๊กตาเสียดบาปในสมัยสุโขทัย เป็นตุ๊กตาแบบแม่อุ้มลูก พ่ออุ้มลูก แสดงให้เห็นว่าในสมัยสุโขทัย ประชาชนมีปัญหาเรื่องโรคเด็กและการคลอดบุตร จึงมีพิธีเสียดบาปที่สร้างขึ้นเมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบาย ซึ่งมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำของภูติผี

การพยาบาลสมัยอยุธยา

ในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชการแพทย์แผนไทยรุ่งเรืองมากโดยเฉพาะการนวดไทย ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ ได้มีการแบ่งส่วนราชการด้านการแพทย์ให้กรมหมอนวด ศาสตร์การนวดไทยบางส่วนได้สูญหายไปในช่วงการเกิดสงครามสมัยกรุงรัตนโกสินทร์-นอกจากนี้ในแผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ยังมีการติดต่อค้าขายกับชาวตะวันตก จึงได้มีการนำความรู้ทางการแพทย์เข้ามาด้วย ผู้รักษาเป็นมิชชันนารี จีนแคะ หมอนวด หมอไสยศาสตร์ การรักษาแบบตะวันตกใช้ในพระราชวงศ์เท่านั้น ชาวบ้านยังใช้การรักษาด้วยพิธีทางไสยศาสตร์ และสมุนไพร

การพยาบาลสมัยกรุงรัตนโกสินทร์

เมื่อล่วงเข้าสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาแห่งการฟื้นฟูบูรณะประเทศและสรรพวิทยาการต่างๆ นอกจากการสืบต่อแบบแผน การบริหารราชการแผ่นดินจากกรุงศรีอยุธยาโดยยังคงกรมหม่อมต่างๆ ในราชสำนักไว้แล้ว พระมหากษัตริย์ไทยยังทรงให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูวิชาการแพทย์แผนไทยด้วยเช่นกัน

รัชกาลที่ ๑ โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวม "ตำรายาและฤๅษีตัดตน" เป็นครั้งแรก ไว้เป็นทานตามศาลารายรอบ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามรัชกาลที่ ๒ เมื่อ พ.ศ. ๒๓๕๕ โปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมตำรายาเรียกว่า "ตำรายาโรงพระโสมก" พ.ศ. ๒๓๕๙ โปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อว่า "กฎหมายพนักงานพระโสมกถวาย" และเมื่อ พ.ศ. ๒๓๖๔โปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาและตำราขนาดบนศิลาที่วัดราชโอรส

ในแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว มีแพทย์แผนปัจจุบันชาวต่างประเทศเข้ามาทำการรักษาคนเจ็บป่วย ซึ่งขณะนั้นคนไทยยังไม่มีสถานที่ยกพยาบาลของตนเอง จนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงให้นำไม้และวัสดุจากเมรุที่ใช้ในการพระราชทานเพลิงพระศพ สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ มาทำการก่อสร้างเป็น "ศิริราชพยาบาล" ทำการรักษาทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น "โรงพยาบาลศิริราช" โรงพยาบาลศิริราช เป็นสัญลักษณ์แห่งการปฏิรูปการสาธารณสุข ของประเทศ ตามแบบการแพทย์แผนตะวันตก สร้างเสร็จปี พ.ศ. ๒๔๓๑ ในระยะแรกโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระมหารัชมังคลาจารย์ (ช่วง วรคุณ) ดำรงราชานุภาพรับผิดชอบงานด้านก่อสร้าง และสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ เป็นอธิบดีกรมพยาบาล รับผิดชอบในการจัดการภายในโรงพยาบาล

หลังจากตั้งโรงพยาบาลศิริราชแล้ว กรมพยาบาลได้ตั้งโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นอีกหลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย (ปัจจุบันเลิกไปแล้ว) โรงพยาบาลคนเสียจริต (ปัจจุบันโรงพยาบาลศิริธัญญา) โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลเทพศิรินทร์วาส (ปัจจุบันเลิกไปแล้ว) นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่สร้างโดยเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเลี้ยงเด็ก (ปัจจุบันเลิกไปแล้ว) โรงพยาบาลสภาอุณาโลมแดงกำเนิดโรงเรียนพยาบาล ต่อมาในรัชสมัยพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้มีการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนี้

- พ.ศ. ๒๔๔๗ สร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- พ.ศ. ๒๔๖๗ สร้างโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

สงครามโลกครั้งที่ ๒ การสร้างโรงพยาบาลเพิ่มเติมจึงมีการหยุดชะงัก เนื่องจากสงครามภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ นับจาก พ.ศ. ๒๔๘๖ มีการพัฒนาการพยาบาลมากขึ้น มีการช่วยเหลือจากต่างประเทศในรูปของผู้เชี่ยวชาญ ทุนการศึกษา และอุปกรณ์การแพทย์ มีการจัดตั้งโรงเรียนฝึกหัดการพยาบาลแห่งแรกของประเทศ ซึ่งสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งขึ้น โดยเรียกชื่อว่า "โรงเรียนหญิง แพทย์ ผดุงครรภ์และพยาบาลใช้" ในโรงพยาบาลศิริราช ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๕๓ จึงเปลี่ยนเป็นชื่อ "โรงเรียนแพทย์ ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล" ปัจจุบันคือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันการศึกษาพยาบาลในยุคแรก มีไม่มากนัก อันได้แก่ โรงเรียนนางพยาบาลสภาอากาศสยาม โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กรมการแพทย์ โรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค

ลักษณะการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

ลักษณะการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย แบ่งออกเป็น ๓ ระบบ

๑. ระบบการฝึกหัดอาชีพ (๒๔๓๙- ๒๔๖๔)
๒. ระบบการศึกษารวม (๒๔๖๙- ๒๔๙๔)
๓. ระบบการศึกษา (๒๔๙๙- ปัจจุบัน)

ระบบการฝึกหัดอาชีพ (๒๔๓๙-๒๔๖๘)

- การผลิตพยาบาลในช่วงแรก ผลิตที่โรงเรียนพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลแมคคอร์มิค
- วัตถุประสงค์ เพื่อการใช้แรงงาน โดยพยาบาลต้องทำงานหนัก อัตราค่าล้งน้อย ทำงานทุกประเภท
- หลักสูตรเน้นการผดุงครรภ์ มารดาและทารก และการพยาบาลต่าง ๆ
- รับคนจบ ป. ๓ อายุ ๑๕- ๒๕ ปี
- ให้เวลาเรียน ๓ ปี ทฤษฎี ๒ ปี ปฏิบัติ ๑ ปี

ระบบการศึกษาอบรม (๒๔๖๙- ๒๔๙๘)

• เป็นระยะที่สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ นำระบบการศึกษาพยาบาลของมิสในติงเกล ปรับปรุงการศึกษาพยาบาลของไทย

• พระราชทานทุนการศึกษาส่วนพระองค์ให้แก่แพทย์และพยาบาล พระราชทานทุนสร้างตึกมหิดลบำเพ็ญ ซึ่งเป็นตึกผู้ป่วยทันสมัยหลังแรกที่สูงขึ้น ตึกอำนวยการ

• นอกจากเรื่องการแพทย์และโรงเรียนแพทย์แล้ว สมเด็จพระบรมราชชนกยังทรงเห็นความสำคัญของการพัฒนางานพยาบาลให้ก้าวหน้าไปพร้อมๆ กันด้วย เริ่มจากทรงซื้อโรงเรียนสตรีวังหลังจากเพรสไบทีเรียนมิชชันด้วยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ ให้โรงเรียนผดุงครรภ์และพยาบาลเข้าสถานที่เป็นที่พักอาศัยของนางพยาบาล โดยเรียกเก็บค่าเช่าเพียงเล็กน้อย และทรงบริจาคเงินอีกประมาณ สองหมื่นบาทสำหรับซ่อมแซมสถานที่และปลูกบ้านพักใหม่สำหรับอาจารย์ อีกทั้งทรงรับรองจะพระราชทานเงินสำหรับการแก้ไขซ่อมแซมอื่นๆ อีกปีละไม่เกิน ๖,๒๐๐บาท

• พ.ศ. ๒๔๖๗ - ๒๔๖๘ ทรงจ้างพยาบาลต่างประเทศมาช่วยสอนและปรับปรุงโรงเรียนพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อปรับปรุงหลักสูตร และการสอนที่โรงเรียนศิริราช ให้เป็นระบบการศึกษาอบรม ยิ่งไปกว่านี้พระองค์ยังได้รับเป็นพระอัฐิที่พระราชนัดดาเงินเดือน สำหรับนางพยาบาลชาวต่างประเทศอีก ๒ คนที่จะเดินทางเข้ามาช่วยทำงานต่อไปอีกด้วย จากพระมหากรุณาธิคุณดังกล่าว ทำให้การพยาบาลของไทยมีฐานะที่ดีขึ้น

• หลักสูตรพยาบาลใหม่นี้รับคนจบ ม.๓ ใช้เวลาเรียน ๓ ปี ๖ เดือน เรียนพยาบาลทั่วไป ๓ ปี และวิชาการผดุงครรภ์ ๖ เดือน

นอกจากนั้นยังได้พระราชทานเงินเป็นทุนการสอนและค้นคว้า วมทั้งสิ้น เก้าแสนเก้าหมื่นสี่พันแปดร้อยเจ็ดสิบหกบาท แปดสตางค์ ทั้งนี้ไม่รวมทุนพระราชทานส่วนพระองค์แก่แพทย์และพยาบาล อีกทั้งยังทรงขอพระราชทานทุนจากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและจากพระบรมวงศานุวงศ์ เพื่อสร้างตึกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช และทรงปรับปรุง วชิรพยาบาลโรงพยาบาลแมคคอร์มิค และโรงพยาบาลสงขลา

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ที่ทรงสละพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ สร้างสถานศึกษาแก่แพทย์และพยาบาลขึ้น และส่งคนไทยไปศึกษาต่างประเทศ พร้อมกับขอความร่วมมือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ให้ช่วยส่งอาจารย์มาพัฒนาหลักสูตร การแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นที่ยอมรับของคนทั่วโลก ในระยะที่การศึกษาพยาบาลเป็นระบบของการฝึกอบรม ได้มีโรงเรียนพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก ๕ แห่ง ได้แก่

๑. โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลหญิง (๒๔๔๙) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
๒. โรงเรียนพยาบาลมิชชัน เซเวนต์เดย์แอดเวนติส (๒๔๙๐) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลมิชชัน เซเวนต์เดย์แอดเวนติส

๓. โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช (๒๕๕๑) ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

๔. โรงเรียนพยาบาลโรงพยาบาลนครราชสีมา (๒๕๕๗) ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

๕. โรงเรียนพยาบาลที่วชิรพยาบาล (๒๕๕๗) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิรระบบการศึกษา (๒๕๕๙- ปัจจุบัน)

- พ.ศ. ๒๕๕๙ ปรับหลักสูตรเป็น วท.บ. ที่ศิริราช รับคนจบ ม. ๔
- หลังจากนั้นโรงเรียนพยาบาลในประเทศไทยก็ค่อย ๆ ปรับหลักสูตรให้พยาบาลจบปริญญาตรี และปรับหลักสูตรเป็น พย.บ. รับนักเรียนจบ ม.๖ ใช้เวลาเรียน ๕ ปี

ประเพณีนิยมของพยาบาล

ประเพณีนิยมของพยาบาลที่สำคัญ คือ พิธีมอบหมวก และพิธีมอบดวงประทีปหรือตะเกียงโนติงเกลแก่เด็กพยาบาล พิธีมอบหมวกและดวงประทีป นับเป็นพิธีที่งดงามที่มีการปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนาน ทำให้ผู้ที่ได้รับหมวกพยาบาล เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จเบื้องต้นของการเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล ตระหนักในความเป็นพยาบาลซึ่งจะต้องทำหน้าที่ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งยังช่วยให้เกิดความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติด้วยความมั่นใจและด้วยปณิธานที่จะช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ ด้วยความเมตตากรุณา และความเสียสละ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชนต่อไป

อัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาล หรือ บุรุษพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาลหญิงมักจะสวมชุดพยาบาลสีขาว และสวมหมวกที่มีลักษณะเฉพาะตัว พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ก่อนจะปฏิบัติงานจะต้องผ่านการสอบขึ้นทะเบียนความรู้จากสภาการพยาบาลก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ โดยพยาบาลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตามหลักการพยาบาลที่ได้เรียนมา เป็นเวลา ๕ ปีสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ประกอบการอาชีพนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตร 4 ปี จากสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล
๒. มีสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่พิการหรือทุพพลภาพ ปราศจากโรค (อันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน)
๓. มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่รังเกียจผู้เจ็บป่วย มีความเมตตา และมีความรักในเพื่อนมนุษย์มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
๔. มีความอดทน อดกลั้น และมีความกล้าในการตัดสินใจ
๕. มีความคล่องตัว ในการปฏิบัติงาน
๖. มีความเสียสละที่จะเดินทางไปรักษาพยาบาลผู้คนในชุมชนทั่วประเทศ

เครื่องแบบพยาบาล

ปัจจุบัน พยาบาลหญิงจะสวมชุดปฏิบัติงานที่อาจเป็นชุดแบบกระโปรงและเสื้อแขนสั้น หรือเสื้อแขนสั้นและกางเกงขายาว ทั้งนี้เพื่อความคล่องตัว ในการปฏิบัติงาน รูปแบบอาจมีความแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาล และยุคสมัยที่เปลี่ยนไป แต่สีขาวยังคงเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และสวมหมวกที่มีลักษณะเฉพาะตัวติดแถบกำมะหยี่สีดำ

สำหรับชุดพยาบาลที่เป็นแขนยาว นิยมสวมใส่ในงานพิธีการ เช่น พิธีสำเร็จการศึกษา จากสถาบันการศึกษาบางแห่ง งานพระราชพิธีต่างๆ วันพยาบาลแห่งชาติ เป็นต้น โดยจะสวมถุงน่องยาวสีขาวและรองเท้าสีขาว

ส่วนบุรุษพยาบาลจะสวมชุดสีขาวเช่นกัน โดยเป็นเสื้อและกางเกงแยกชิ้น ไม่สวมหมวก การสวมเครื่องแบบพยาบาลจะต้องติดเข็มเครื่องหมายที่ปกเสื้อด้านซ้ายมือ เพื่อแสดงว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นสำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาใด

เหรียญฟลอเรนซ์ ในดิงเกล

" เหรียญฟลอเรนซ์ ในดิงเกล " เป็นเหรียญซึ่งคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศจัดทำขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์แก่มิสฟลอเรนซ์ ในดิงเกล เพื่อระลึกถึงคุณงามความดี และความเสียสละที่อุทิศตนในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในยามสงบและสงคราม เป็นผู้วางรากฐานการพยาบาล และเป็นผู้ก่อกำเนิดวิชาชีพการพยาบาล เหรียญนี้สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศในปี พ.ศ.๒๔๕๕ โดยกำหนดการมอบทุก ๆ ๒ ปี

หมวกพยาบาล

หมวกพยาบาล สำหรับพยาบาลแล้ว เป็นสิ่งซึ่งแสดงถึงหน้าที่และภารกิจ สำหรับในประเทศไทยพยาบาลยังคงรักษาวินัยธรรมเนียมการใส่หมวกไว้ ไม่เหมือนบางประเทศซึ่งยกเลิกสวมหมวกไปแล้ว ซึ่งก็ว่าไปตามเหตุผลของแต่ละสถาบัน

พยาบาลในประเทศไทยมีต้นสังกัดแตกต่างกันมากมาย เช่น สังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชนซึ่งอาจจะมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการติดแถบบนหมวกไม่เหมือนกัน สิ่งหนึ่งที่พยาบาลไม่ควรลืม คือ หมวกไม่ใช่การมีอำนาจการจัดการและการตัดสินใจเพิ่มเท่านั้น แต่จะหมายถึงภาระหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นสำหรับเดือนใจเรา ต้องฝึกพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานให้ได้สมกับตำแหน่งที่ได้รับพิธีรับหมวก

นักศึกษาพยาบาลในหลายสถาบันการศึกษา เช่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะมีพิธีรับหมวก โดยนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ ที่ผ่านการศึกษาสองเทอมแรกแล้ว จะเข้าพิธีรับหมวกประมาณเดือนเมษายนของทุกปี ถือเป็นพิธีที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนให้ความสำคัญและตื่นเต้นมากที่จะได้สวมหมวกพยาบาล เพราะหมวกสีขาวนั้นเป็นเครื่องหมายว่าได้เข้าสู่วิชาชีพพยาบาลโดยสมบูรณ์ "ตั้งแต่หัวจรดเท้า" และตระหนักว่าจะต้องมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและต้องเป็นพยาบาลที่ดีตามความคาดหวังของสังคม เครื่องแบบเมื่อสำเร็จการศึกษา

เมื่อพยาบาลสำเร็จการศึกษาจะมีเครื่องแบบแตกต่างกันตามสถาบันซึ่งแบ่งออกเป็น ๓ ลักษณะคือ

๑. สวมคุบายปริญญาของสถาบันที่สำเร็จการศึกษา
๒. ชุดขาวปกติแขนยาว ติดช่อดอกไม้ที่หน้าอก
๓. ชุดพยาบาลปกติขาวสวมเสื้อคลุม

พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จะสวมชุดพยาบาลสีขาวปกติแขนยาว และเสื้อคลุม ในวันรับประกาศนียบัตร เสื้อคลุมทำด้วยผ้าสักหลาด ด้านนอกสีน้ำเงิน ด้านในสีแดงสด เสื้อผ้าด้านหน้าเปิดพับชาย ด้านซ้ายไว้ที่ไหล่ซ้าย

เพลง มาร์ชพยาบาล

เป็นพระราชนิพนธ์อันเกลาวิรัชกาลที่ 6 ทรงพระราชทานไว้เป็นเพลงประจำของนักเรียนพยาบาล เนื้อหาของเพลงทำให้รู้ถึงจิตใจอันดีงามของผู้เป็นพยาบาลได้อย่างแท้

ดอกปีบสัญลักษณ์พยาบาลไทย

ปีบ เป็นไม้ต้นขนาดกลาง ลำต้นตรง ผิวแตกเป็นเหลี่ยมดี้น เรือนยอดเป็นพุ่มรี ใบเป็นใบประกอบแบบขนนก แยก 2-3 ครั้ง เรียงตรงข้าม ใบย่อยรูปไข่ปลายแหลม ขอบใบเรียบหรือหยักเล็กน้อยใบสีเขียวเข้ม ผิวใบ-มัน ช่อดอกเกิดที่ปลายกิ่ง มีขนาดใหญ่ แตกแขนงค่อนข้างโปร่ง ดอกสีขาวนวล หรืออมชมพูอ่อน ส่วนที่เป็นหลอดเรียวยาว 6-7 ซม. ปลายแยกเป็น 5 แฉก สามแฉกกางออกจากกัน อีก 2 แฉกโคนชิดกัน ปลายเว้าลง ดอกบานกลางคืน มีกลิ่นหอมเย็น ตอนสายดอกร่วง ดอกในช่อทยอยบานเรื่อยๆ ราว 1 เดือนออกดอกตั้งแต่เดือนตุลาคม-มีนาคม ผลเป็นฝักแบนยาว 20-25 ซม. เมล็ดแบนเป็นปีก ปลิวไปได้ไกล

สภาการพยาบาลได้กำหนดให้ใช้ "ดอกปีบ" เป็นสัญลักษณ์ของพยาบาลไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เนื่องจาก "ดอกปีบ" เป็นดอกไม้สีขาวที่มีกลิ่นหอม ต้นปีบเป็นไม้ยืนต้น ขึ้นได้ในดินแห้งแล้ง ราก ลำต้น และดอกใช้เป็นสมุนไพรได้ เปรียบกับพยาบาลในชุดสีขาว ผู้พร้อมที่จะประกอบคุณงามความดี ประดุจกลิ่นหอมของดอกปีบ และพร้อมที่สร้างประโยชน์เช่นเดียวกับการเป็นสมุนไพรของ "ดอกปีบ" นั่นเอง

การพยาบาล เป็นทั้งในฐานะสาขาวิชา(Discipline) คือการพยาบาลมีองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของวิชาชีพ (Professional foundation) มีองค์ความรู้ทางการพยาบาล หรือที่เรียกว่าศาสตร์แห่งการพยาบาล (Nursing Science) เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ คน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม รวมถึงศาสตร์ของการปฏิบัติ ที่ต้องกระทำด้วยความเอาใจใส่ เอื้ออาทร (Caring Science) และในฐานะวิชาชีพ (Profession) ที่มีการการวิจัย (Research) การปฏิบัติ (Clinicalpractice) และการศึกษา (Education) เป็นภารกิจหลักที่มีความสัมพันธ์กัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 หน้า1-2)

การพัฒนาของวิชาชีพดำเนินผ่านมาตามยุคตามสมัย แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคล ชุมชนที่เปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์ใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย ส่งผลสู่นโยบายทางด้านสาธารณสุขที่ต้องสอดคล้องกับทิศทาง และนโยบายของประเทศ ดังนั้นเมื่อกระแสโลกาภิวัตน์บนพื้นฐานของการพัฒนาสุขภาพโลกาภิวัตน์นี้บางครั้งเป็นความพยายามในการผลักดันให้ภาคประชาชนมีความต้องการเกินความพอดี ด้วยการสนองตอบความต้องการด้วยกลไกในรูปแบบประชานิยมนำความทันสมัยเข้ามาตอบสนองความต้องการองค์กรหรือชุมชนท้องถิ่นจนทำให้มีการเสียสมดุลในเรื่องของการบริหารจัดการ รวมถึงการบริหารจัดการโดยชุมชนที่ทำให้เสียสมดุลในเรื่องของการพัฒนาไปในที่สุด สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน องค์กรรวมทั้งการบริการสุขภาพ แบบแผนความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลง ปัญหาสุขภาพที่ต่างออกไปจากสังคมยุคก่อน ความหลากหลายของอาชีพในสังคมอุตสาหกรรม การแพร่ระบาดของโรค กระแสบริโภคนิยม และกระบวนการของโลกาภิวัตน์ ได้ทำให้เกิดการกระจายของเชื้อเพิ่มมากขึ้นและรวดเร็วจนยากจะควบคุมได้ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อพยาบาลปัจจุบันและอนาคตอย่างเห็นได้ชัดเจน วิชาชีพพยาบาลต้องทำอะไร

ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลของประเทศ พ.ศ. 2551 – 2555 ที่ร่วมกันร่างยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลของพยาบาลทั่วประเทศ อาจเป็นทางออกที่สำคัญ ซึ่งจัดทำขึ้นโดยมีทิศทางสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่ได้เน้นนำเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับการรวมพลังพยาบาลมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพดีให้กับประชาชน กำหนด

วิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลของประเทศ พ.ศ. 2551 – 2555 ไว้ดังนี้ "มุ่งสู่บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง" โดยมีพันธกิจหลัก 3 พันธกิจคือ

พันธกิจที่ 1 พัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ยึดหลักวิชาการอย่างมีเหตุผล เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ใช้บริการอุ่นใจ

พันธกิจที่ 2 สร้างระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมของประชาชนสู่การมีสุขภาพดี

พันธกิจที่ 3 เสริมสร้างองค์กรพยาบาลให้เป็นองค์กรที่มีความสุข ยึดหลักธรรมาภิบาล และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว กำหนดยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ซึ่งจะเป็นทิศทางหลักในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในระยะ 5 ปี ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่สนับสนุนระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ บุคลากรทางการพยาบาลมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมของประชาชนสู่การมีสุขภาพดี

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : เสริมสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการ

บริหารองค์กรพยาบาล (ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลของประเทศ พ.ศ. 2551 – 2555)

การที่จะนำสู่การบริการที่เป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ห่วงของความพอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน ตามเงื่อนไขความรู้ และคุณธรรม นั้นคงต้องเริ่มที่องค์กรวิชาชีพ ต้องรู้จักประมาณตนเอง องค์กรวิชาชีพเป็นอันดับแรก จะประมาณการได้ต้องขึ้นอยู่กับความรู้ในการประมาณ และมีคุณธรรมไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน แล้วจึงจะเกิดความมีเหตุผล และมีภูมิคุ้มกัน การสร้างภูมิคุ้มกันให้บุคคล ตัวบุคคลเองต้องรู้เท่าทัน มีเหตุผลในการตัดสินใจ ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งล่อใจตามกระแสโลกาภิวัตน์ มีความรู้มีฐานการตัดสินใจ มีคุณธรรม ซึ่งทั้งสามห้วงนี้ต้องกระทำภายใต้สองเงื่อนไขตลอดเวลาจึงจะเกิดสมดุลต่อการเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ได้ หลักการของความมีเอกภาพและธรรมาภิบาล (good governance) ถือเป็น การปกครอง การบริหาร การจัดการการควบคุมดูแลให้เป็นไปตามครรลองคลองธรรม ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม ความถูกต้องชอบธรรมทั้งปวงที่จิตวิญญาณจะพึงมี พึงปฏิบัติได้ เป็นธรรมที่เราอยากให้เห็นให้เกิดขึ้นในประเทศไทย เกิดขึ้นในทุกองค์กรของวิชาชีพ ไม่เฉพาะวิชาชีพพยาบาล สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนวิชาชีพมีทิศทางให้เราเดินไปอย่างถูกต้องมากขึ้น แต่ทั้งนี้และทั้งนั้น เมื่อมีทิศทางแล้ว ภารกิจที่สำคัญต่อไปคือ ผู้นำทางการพยาบาลในแต่ละองค์กรต้องทำให้ถูกที่ ให้ถูกทาง ถอดออกมาเป็นแผนปฏิบัติงานที่ขึ้นกับบริบทขององค์กรนั้นๆ ในแต่ละพื้นที่ และที่สำคัญคงต้องเน้นเรื่องการสื่อสาร การเผยแพร่ให้วิชาชีพได้รับทราบอย่างลึกซึ้งโดยทั่วกัน รู้กับโลกาภิวัตน์ ? การนำปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงสู่กับกระแสโลกาภิวัตน์ ต้องรู้และเข้าใจ ในหลักการอย่างถูกต้องจึงจะสามารถต่อกรกับกระแสโลกาภิวัตน์ได้ คนไทยยังสับสนกับการแข่งขัน ความมั่งคั่ง ยังไม่รู้จะไปทางไหนดี ขอให้มองให้ออก มองให้เห็น เศรษฐกิจพอเพียงจะสร้างความเข้มแข็งกับประชาชน และชุมชน อย่างยั่งยืนกำลัง ไม่แสวงหาหนี้เกินกำลังจะใช้คืน แต่ถ้ามีใช้จ่าย ให้ใช้ตามกำลัง เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ เปรียบดังสอนให้เราไม่สติในการครองตนทุกวินาที เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วจะโยงมาถึงภาวะสุขภาพทั้งกาย และจิต เมื่อมีสติ ไม่มีหนี้สิน ไม่มีความเครียด รู้เท่าทันโรคเหตุแห่งความศิริไลซ์(โรคมะเร็งปอด, โรคเอดส์, โรคเบาหวาน ฯลฯ) (สมชัย บวร กิติติ และคณะ, 2548) จะเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลมีความสุข มีสุขภาพดีตามมา เมื่อมองในภาพของศาสตร์แห่งการพยาบาล (Nursing Science) ที่ศึกษาความเป็นมนุษย์ สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการพยาบาล ณวันนี้

ตามกระแสโลกที่เปลี่ยนไป คงต้องมีมุมมองหลากหลายมากขึ้น ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป ดังที่ว่า "ในโลกนี้ไม่มีแนวคิดเดียว ไม่มีโลกทัศน์เดียว เราต้องมองความหลากหลาย" (ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์, 2549 หน้า 9) ในฐานะวิชาชีพพยาบาล ที่ต้องมีการวิจัย การปฏิบัติ และการศึกษาประสานสัมพันธ์กัน การข้ามสาขาวิชา (transdisciplinary) เป็นผลของการข้ามผ่านของศาสตร์หลายมิติ มีความซับซ้อนขึ้น และนักวิจัยที่ดี ต้องมีวิธีวิเคราะห์ที่หลากหลาย มองธรรมชาติมนุษย์มิติเดียวไม่ได้ ความเป็นจริงที่เรารู้แล้ว เราต้องใช้สหวิทยาการที่ข้ามสาขา หลายๆสาขา ไม่แบ่งแยก ข้ามพรมแดนความรู้ เน้นจิตสำนึกที่เปิดกว้าง (Open mind) (ดร.ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ การบรรยายหลักสูตรปริญญาเอก สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, 2551) ซึ่งการวิจัยข้ามผ่านสาขาวิชา จะทำให้เกิดแนวทาง การวิจัยใหม่ๆที่จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของคนไทย เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มุมมองของการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน นำมาใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด ด้วยจิตสำนึกที่เปิดกว้างจะนำไปสู่การพัฒนาด้านการวิจัย การศึกษาการปฏิบัติของวิชาชีพพยาบาลในอนาคตได้ กล่าวโดย

สรุป กระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลกระทบต่อทุกส่วนบนโลก กระทั่งกับทุกวิชาชีพ วิชาชีพพยาบาลเป็นผลกระทบส่วนหนึ่ง ที่พวกเราชาวไทยต้องต่อสู้กระแสโลกาภิวัตน์นี้ให้ได้ โดยน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ที่ต้องมีความเข้าใจให้ถึงแก่นอย่างแท้จริงและช่วยกันนำไปเผยแพร่อย่างถูกต้อง ถูกเกณฑ์ รวมทั้งต้องมีใจที่เปิดกว้างในการก้าวข้ามผ่านสาขาวิชา เพื่อนำความรู้ใหม่ ๆ ไม่จมอยู่กับปัญหาเดิม ๆ อยู่ในวังวนของสิ่งเดิม ๆ ต้องพัฒนาองค์กรตามความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน สังคมโดยรวมเป็นอย่างมาก พัฒนาการสู่ความเป็นเลิศในทุก ๆ ด้านของการบริหารจัดการ ยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างสุขภาพประชาชน ให้มีความสุขรวมทั้งตัวเราด้วย เปิดโลกแห่งความสุขด้วยตัวเราเอง จากหนึ่งคน รวมเป็นกลุ่ม รวมเป็นองค์กร รวมเป็นประเทศ หากวิชาชีพพยาบาลยังย่ำอยู่กับที่ ขาดการแก้ไขปัญหาย่างมีระบบ ไม่สามารถจะสร้างปัญหาของตนเองได้ ในอนาคตอาจส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ ต่อสุขภาพประชาชน จนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนได้



บุคคลสำคัญในวิชาชีพพยาบาล

มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกิล (Ms. Florence Nightingale)

บูรพาจารย์แห่งการพยาบาล



Born	12 May 1820 Florence, Grand Duchy of Tuscany
Died	13 August 1910 (aged 90) Park Lane, London, United Kingdom
Profession	Nurse and Statistician
Institutions	Selimiye Barracks, Scutari
Specialism	Hospital hygiene and sanitation
Known for	Pioneering modern nursing

อัตชีวประวัติ

ฟลอเรนซ์ ไนติงเกิลไม่ได้เป็นแม่ชีหรือหมอสอนศาสนา เธอเกิดวันที่ 12 พฤษภาคม คริสต์ศักราช 1820 ในตระกูลคหบดี ระหว่างที่บิดาและมารดาของเธอนั้นกำลังเดินทางไปพักผ่อนกันที่เมืองฟลอเรนซ์ ในแคว้นทัสคานี (ปัจจุบันอยู่ในประเทศอิตาลี) ฟลอเรนซ์เป็นบุตรสาวคนที่สองของเศรษฐีชาวอังกฤษชื่อวิลเลียม เอ็ดเวิร์ด ไนติงเกิล (William Edward Nightingale) และ ฟรานเชส สมิธ ไนติงเกิล (Frances Smith Nightingale)

ครอบครัวไนติงเกิล เป็นตระกูลที่ร่ำรวย และเป็นชนชั้นสูงของสังคมอังกฤษ เธอได้รับการเลี้ยงดูเป็นอย่างดีในคฤหาสน์อันหรูหราของตระกูลไนติงเกิล และได้รับการศึกษาอย่างดีเยี่ยมตามแบบกุลธิดาของชนชั้นผู้ดีอังกฤษในคฤหาสน์มาตั้งแต่เยาว์วัย

ตอนเด็กๆ ฟลอเรนซ์ ใกล้ชิดกับบิดามาก เพราะเนื่องจากว่าครอบครัวนี้ไม่มีบุตรชาย บิดาของเธอจึงเลี้ยงดูเธอเหมือนเป็นเพื่อนคนหนึ่ง และพาติดสอยห้อยตามไปทุกๆ ที่ และยังเป็นผู้รับผิดชอบให้การศึกษากับบุตรสาว ด้วยการเป็นคนสอนวิชาความรู้ต่างๆ นานาให้ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนดนตรีตามแบบฉบับของลูกผู้ดีมีเงิน การเรียนภาษาต่างๆ อย่างเช่นภาษาอิตาเลียน ลาติน และกรีก รวมไปถึงการเรียนวิชาทางประวัติศาสตร์ ปรัชญา และคณิตศาสตร์ เธอเป็นเด็กฉลาดและมีปัญญาดี

ฟลอเรนซ์เป็นเด็กร่าเริงปราดเปรี้ยว มักมีพฤติกรรมแปลกๆ จนทำให้บิดามารดาตกใจอยู่บ่อยๆ เธอเป็นคนที่มีเมตตาคิด เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมาตั้งแต่เป็นเด็ก เธอเคยดูแลรักษาสุนัขเลี้ยงแกะที่ได้รับความเจ็บตัวหนึ่งตลอด 2 สัปดาห์ โดยจะคอยทายาเปลี่ยนผ้าพันแผลให้สุนัขทุกวัน หรือมีอยู่ครั้งหนึ่ง เธอฝ่าพายุหิมะเพื่อไปเยี่ยมคนแก่ที่ยากจนและอยู่ตัวคนเดียว

การที่เติบโตมาในครอบครัวที่ร่ำรวยทำให้เธอได้ทุกอย่างทุกอย่างที่เธอต้องการ แต่เธอก็ยังรู้สึกว่าเขาใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมาย เธออยากเรียนรู้ชีวิตที่แท้จริง อย่างชีวิตที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเพราะโรคภัยต่างๆ ซึ่งเธอเคยอ่านพบในหนังสือของบิดา

ฟลอเรนซ์สนใจในโรงเรียนสอนการพยาบาลตั้งแต่เด็กๆ ด้วยการเล่นพยาบาลตุ๊กตา และชอบรักษาพยาบาลสัตว์เลี้ยงที่อยู่ในสวนที่บ้านเสมอๆ จนกระทั่งเมื่อตอนที่เธออายุได้ 17 ปี ด้วยความศรัทธาในพระเจ้า เธอได้รับแรงบันดาลใจจากเสียงเรียกของพระเจ้าที่ประสงค์ให้เธอช่วยเหลือผู้อื่น ที่เธอประสบเมื่อปี ค.ศ. 1873 ในระหว่างที่พำนักอยู่ในคฤหาสน์เอมเบรีย ปาร์ก บ้านพักในชนบทหลังหนึ่งที่เมืองแฮมเชอร์ ซึ่งเป็นบ้านพักหลังหนึ่งในบรรดาหลายๆ หลังของตระกูลในดิงเกิล ทำให้เธอตั้งปณิธานไว้อย่างแรงกล้าว่าเธอจะเป็นพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก และทำให้เธอเป็นผู้มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบช่วยเหลือผู้อื่น

เมื่อฟลอเรนซ์เริ่มโตเป็นสาว ฟรานเชสผู้เป็นมารดา ก็ถือว่าเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องหาคู่ครองที่ดีและเหมาะสมกับฐานะชาติตระกูลให้ ชายหนุ่มคนแรกที่มาติดพันกับฟลอเรนซ์คือ ริชาร์ด มังตัน ไมล์เนส บารอนที่หนึ่งแห่งอัฟตัน ผู้เป็นทั้งนักการเมืองและกวี หลังจากไปมาหาสู่กันได้ระยะหนึ่ง บารอนผู้นี้ก็ขอฟลอเรนซ์แต่งงาน แต่เธอปฏิเสธ เพราะเห็นว่าการแต่งงานคืออุปสรรคสำหรับการทำอาชีพพยาบาล

ในสมัยนั้นหลังจากแต่งงาน สตรีต้องทำหน้าที่รับใช้ครอบครัวตลอดเวลา และในความเห็นของเธอ นั้นจึงมองว่าการแต่งงานไม่ต่างไปจากการติดคุก หนทางเดียวที่จะให้เธอมีชีวิตอยู่เพื่อคนอื่นได้คือการครองตัวเป็นโสด การปฏิเสธคำขอแต่งงานของบุตรสาวทำให้ฟรานเชสผู้เป็นแม่รู้สึกไม่พอใจบุตรสาวมาก

ฟลอเรนซ์สนใจศึกษาหาความรู้ ที่จะเป็พยาบาล แต่ในขณะนั้น สตรีที่เรียนวิชาพยาบาลหรือเป็นพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อย และมาจากครอบครัวที่ยากจน ทำให้มีกิริยามารยาท ไม่ได้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บิดามารดาของมิสฟลอเรนซ์ จึงไม่อนุญาตให้ศึกษาเล่าเรียนวิชาพยาบาล และพยายามหันเหความสนใจของมิสฟลอเรนซ์ ไปสู่งานสังคมและให้ท่องเที่ยวไปยังเมืองต่างๆ ในยุโรป การที่ได้มีโอกาสได้ท่องเที่ยวเมืองต่างๆ นี้เอง ทำให้มิสฟลอเรนซ์ ได้มีโอกาสเยี่ยมชมโรงพยาบาลต่างๆ ในหลายประเทศ เช่น ฝรั่งเศส เยอรมัน เบลเยียม อิตาลี และอีกหลายแห่ง ทำให้ได้เห็นการจัดการโรงพยาบาล การจัดการพยาบาลตามแบบนิกาโยโปรเตสแตนท์ ที่ทำให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้กว้างขวางขึ้น

ในขณะที่อยู่ในกรุงโรม เธอได้เห็นผู้ป่วยที่เจ็บไข้รักษาตัวในโรงพยาบาล พอเดินทางไปเยอรมนีเธอก็ไปแวะเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีสภาพอนาถาไม่น่าจะรโลงใจเป็นอันอย่างยิ่ง จากประสบการณ์ที่ได้พบเจอมาจึงทำให้ฟลอเรนซ์ตัดสินใจที่จะเป็นพยาบาลอย่างเด็ดขาด การที่เธอตั้งความหวังว่าวันหนึ่งเธอจะต้องเป็นนางพยาบาลให้ได้ ดังนั้นจึงทำให้เธออ่านหนังสือแพทย์และสาธารณสุขในยามว่าง

ฟลอเรนซ์ ประกาศตนว่าจะเป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1845 เมื่อตอนที่มียายุได้ 25 ปี ทำให้ครอบครัวในติงเกลรับไม่ได้ เพราะบทบาทหน้าที่ "ที่ดี" ของผู้หญิงในเวลานั้นก็คือการทำหน้าที่ "ภรรยาและแม่" การเป็นพยาบาลของในติงเกลจึงถือว่าเป็นกบฏของสังคมเวลานั้น มากไปกว่านั้น อาชีพพยาบาลในยุคนั้นถือว่าเป็นอาชีพชั้นต่ำของสังคม และมีภาพลักษณ์ติดลบ เพราะคนที่ทำอาชีพนี้ส่วนมากคือบรรดาผู้หญิงยากจนไร้การศึกษา การตัดสินใจนี้ นำมาซึ่งความตึงเครียดในครอบครัว ทำให้บิดามารดาของฟลอเรนซ์ซึ่งเป็นคนชั้นสูงรับไม่ได้และต่อต้าน โดยเฉพาะมารดาของเธอที่เต็มไปด้วยความโกรธและทุกข์ใจที่บุตรสาวของตนตัดสินใจเช่นนี้

ถึงแม้ว่าจะถูกคัดค้านอย่างหนัก แต่ฟลอเรนซ์ ในติงเกล ยังคงต้องฝืนต่อบิดามารดา เธอเริ่มต้นจากงานดูแลคนยากจนและคนอนาถาเมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 1844 ในสมัยนั้นคนไข้ที่ร่ำรวยจะมีญาติผู้หญิงดูแลที่บ้าน การตายของคนอนาถาในศูนย์อนามัยสำหรับผู้ยากไร้ในลอนดอนกลายเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ของสาธารณชน เธอจึงเป็นผู้นำในการอุทิศตนพัฒนาการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และสนับสนุนริเริ่มปรับปรุงการดูแลรักษาทางการแพทย์ในสถานพยาบาล โดยเธอได้ขอความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ชาร์ลส วิลเลียมส์ นักรบการเมืองและนักกฎหมายอังกฤษในทันที ซึ่งต่อมาบุคคลผู้นี้ก็กลายเป็นประธานคณะกรรมการหลักปฏิบัติต่อผู้ยากไร้ ทำให้ฟลอเรนซ์มีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิรูปกฎหมายผู้ยากไร้ และขยายบทบาทไปสู่การควบคุมหลักการรักษาทางการแพทย์

ต่อมา ปี คริสต์ศักราช 1850 เมื่ออายุครบ 30 ปี จึงได้รับอนุญาตให้เข้าเรียนวิชาชีพพยาบาล และได้ศึกษาเล่าเรียนเป็นเวลา 2 ปี ที่ศูนย์พยาบาลและฝึกอาชีพโคเซอร์วิท ประเทศเยอรมนี ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่การแพทย์เจริญก้าวหน้าที่สุดในเวลานั้น

เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม ค.ศ. 1853 ฟลอเรนซ์เข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันพยาบาลสำหรับสุภาพสตรีที่เจ็บป่วย ในถนนฮาร์ลีย์เหนือ ที่กรุงลอนดอน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เธอรับผิดชอบอยู่จนถึงปี ค.ศ. 1854 หน้าที่หลักของเธอคือปรับปรุงระบบการทำงานในโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่ไม่มีเงินเดือนให้ แต่เธอก็ยินดีและทำงานในตำแหน่งนี้นาน 1 ปี โดยในระหว่างนั้นบิดาของเธอเป็นผู้คอยสนับสนุนทางการเงินด้วยการให้เงินใช้จ่ายรายปีปีละ 500 ปอนด์ นับเป็นจำนวนเงินที่มากทีเดียว ทำให้เธอสามารถใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายพร้อมกับปฏิบัติหน้าที่ในอาชีพของเธอ

ค.ศ. 1856 โรงพยาบาล King's College ขอให้เป็นผู้ช่วยการโรงเรียนพยาบาลแต่ ยังไม่ได้ประจำทำงานก็เกิดสงครามไครเมีย เป็นสงครามระหว่างรัสเซียกับ อังกฤษ ฝรั่งเศสและตุรกี กองทัพของอังกฤษมีบุรุษพยาบาลเป็นผู้ดูแลทหารที่บาดเจ็บ แต่บุรุษพยาบาลเหล่านั้นไม่ได้รับการฝึกหัดสำหรับดูแลทหารบาดเจ็บจากสงคราม การทำงานจึงไม่มีประสิทธิภาพ แต่กองทัพรัสเซียและตุรกี จะมีแม่ชีทางศาสนาติดตามไปในกองทัพกองเพื่อให้การดูแลทหารที่บาดเจ็บ ประเทศอังกฤษจึงได้ร้องขอให้ประชาชนเข้าช่วยเหลือ มีสฟลอเรนซ์จึงตัดสินใจเข้าช่วยเหลือ มีสฟลอเรนซ์พร้อมสตรีอาสาสมัครที่จะช่วยพยาบาลทหารอีก จำนวน 38 คน ที่ได้รับการฝึกจากเธอ จึงเข้าทำงานดูแลทหารบาดเจ็บที่โรงพยาบาลแมธเท ใน เมืองสคูตารี โรงพยาบาลมีผู้บาดเจ็บมากถึง 3,000 ถึง 4,000 คน อยู่รวมกันอย่างแออัด อากาศถ่ายเทไม่ดี ห้องน้ำห้องส้วมสกปรก น้ำหายาก ที่นอนปูพื้น ฝาปูที่นอนหนาแข็งและไม่มีผนังปกคลุม เสื้อผ้าทหารบาดเจ็บไม่มีเปลี่ยน ต้องใส่เสื้อเป็นอนและเหงื่อ อาหารไม่เหมาะสม รับประทานอาหารด้วยมือ น้ำดื่มไม่เพียงพอ มีหนูและสัตว์เลื้อยคลานต่างๆ เกิดโรคระบาดขึ้น เช่น อหิวาตกโรค บิด โทฟอยด์ ผู้บาดเจ็บมีอัตราการตายสูง ถึง 42% ในเวลากลางคืน ต้องนอนในความมืด ไม่มีใครดูแล ไม่มีแสงสว่าง

เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม ค.ศ. 1857 ฟลอเรนซ์ เดินทางกลับอังกฤษในฐานะวีรสตรี และได้เข้าเฝ้าสมเด็จพระนางเจ้าวิกตอเรีย แต่หลังจากนั้นเธอก็ถูกรุมเร้าด้วยพิษไข้มาโดยตลอด ซึ่งเธอติดมาตั้งแต่ช่วงสงครามไครเมีย เธอจำต้องกินแม่และพี่สาวจากห้องของเธอ และนานๆ จึงจะออกจากห้องสักครั้ง

เมื่อกลับอังกฤษฟลอเรนซ์มีอายุได้ 36 ปี เธอมีชื่อเสียงและได้รับการยกย่องทั่วโลก แต่เธอปฏิเสธที่จะรับรางวัลใดๆ และกล่าวว่าหากจะให้เกียรติเธอจริงรัฐบาลอังกฤษต้องปฏิรูประบบการสาธารณสุขโดยเฉพาะในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น เพราะจะช่วยชีวิตคนได้มาก

ทั้งนี้ จากบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตของทหารในสงครามระบุชัดว่า เกิดจากโรคมากกว่าเกิดจากบาดแผลสำหรับสงครามไครเมียก็เช่นกัน สถิติได้บอกอย่างชัดเจนว่า เมื่อเริ่มสงครามใหม่ๆ ทหารจำนวน 607 คนได้ล้มตายด้วยโรค แต่เมื่อฟลอเรนซ์ได้จัดระบบการรักษาและการสาธารณสุขให้ดีขึ้น เมื่อสมเด็จพระราชินีวิกตอเรียแห่งอังกฤษและพระสวามีทรงทราบเรื่องนี้ พระองค์ทรงเห็นด้วยกับฟลอเรนซ์ว่าสุขภาพของทหารในกองทัพอังกฤษเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นถึงบรรดาแม่ทัพและนายพลต่างๆ จะต่อต้าน ฟลอเรนซ์ แต่นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นก็ได้สั่งให้จัดตั้งสำนักงานสุขภาพของกองทัพในพระบรมราชินูปถัมภ์ขึ้นทันที และแม่ฟลอเรนซ์จะมีได้เป็นกรรมการบริหารของสำนักงานนี้เพราะเธอเป็นผู้หญิง

นอกจากนี้เธอก็ได้เรียบเรียงตำราชื่อ Notes on Matters Affecting the Health Efficiency and Hospital Administration of the British Army ซึ่งมีเทคนิคสถิติ และแผนภาพต่างๆ มากมายประกอบคำบรรยาย และหนังสือเล่มนี้ ได้รับการยกย่องว่าเป็นหนังสือสถิติที่ดีที่สุดฟลอเรนซ์จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้บุกเบิกการใช้สถิติในรูปแบบของแผนภาพ และแผนที่พื้นที่เชิงขั้วหรือที่เรียกว่าโพลาร์เอเรียไลอะแกรม ใน ค.ศ. 1858 เธอได้รับเกียรติให้เป็นสมาชิกของราชสมาคมด้านสถิติ และได้รับการยกย่องให้เป็นสมาชิกผู้มีความรู้เกี่ยวกับสถิติแห่งสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1874

เธอและผู้ร่วมอุดมการณ์เริ่มทำความสะอาดหน่วยพยาบาลและอุปกรณ์ทั้งหมดอย่างถี่ถ้วน และจัดระบบการรักษาดูแลคนไข้เสียใหม่ อย่างไรก็ตาม ช่วงที่เธออยู่ที่สกอตแลนด์อัตราการเสียชีวิตของทหารก็ยังไม่หยุด จำนวนการตายอาจสูงที่สุดในบรรดาหน่วยพยาบาลอื่นในเขต ระหว่างฤดูหนาวแรกของเธอ มีทหาร 4,077 คนเสียชีวิตที่สกอตแลนด์ ทหารที่เสียชีวิตจากโรคไข้รากสาดใหญ่, ไข้รากสาดน้อย, อหิวาตกโรค และโรคบิด มีเป็น 10 เท่าของที่ทหารที่เสียชีวิตจากบาดแผลในการรบ สภาพแวดล้อมในหน่วยพยาบาลค่ายทหารชั่วคราว เป็นอันตรายเกินไปสำหรับคนไข้ เพราะจำนวนผู้บาดเจ็บแออัดเกินไป อีกทั้ง ขอบกพร่องของท่อระบายน้ำ และขาดการระบายอากาศ รัฐบาลอังกฤษเพิ่งส่งคณะกรรมการด้านสุขอนามัยมาถึงสกอตแลนด์เมื่อ มีนาคม ค.ศ. 1855 ซึ่งก็เกือบ 6 เดือนหลังจากเธอมาถึง มีการปรับปรุงท่อระบายน้ำและระบบระบายอากาศ แล้วอัตราการเสียชีวิตของทหารก็ลดลงอย่างรวดเร็ว สถิติการตายของทหารที่บาดเจ็บในสงครามได้ลดลงจาก 42.7% เป็น 2.2% ซึ่งได้สร้างชื่อเสียงให้กับเธออย่างมาก จนอเมริกาต้องมาขอคำแนะนำในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามจากเธอในระหว่างที่เกิดสงครามกลางเมือง เธอยังได้จัดตั้งโรงซักผ้า หานมือ ต้มน้ำ สร้างโรงครัว จัดซื้อถุงเท้า เสื้อผ้า มีด ช้อนไม้ อ่างอาบน้ำ โต๊ะ ชุมนอน โต๊ะผ่าตัด ผ้าเช็ดตัว หวี กรรไกร ที่รองบัสสาวะ รวมถึงหมอนที่สะอาดก็ถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาล ในยามศึก เธอจะเดินถือตะเกียงออกเยี่ยมไข้คนหลายครั้ง จนทำให้ในห้องคนไข้ที่เคยมีแต่ความทุกข์ได้เห็นแสงสว่างแห่งความสุข เวลาที่มีสุขภาพสตรีคนหนึ่งเดินถือตะเกียงมาเยี่ยม และนี่ก็คือ เหตุการณ์ที่เหล่าทหารที่บาดเจ็บรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้งใจมาก ทหารอังกฤษที่ได้รับบาดเจ็บต่างก็รู้สึกซาบซึ้งกับการทำงานของฟลอเรนซ์ ที่ทำงานอย่างหนักเพื่อดูแลพวกเขา แม้กระทั่งในยามค่ำคืน และนี่คือที่มาของฉายา "Lady of the Lamp" หรือ "สุภาพสตรีในหังดวงประทีป"

จากความรู้ความสามารถและความเสียสละโดยไม่คำนึงถึงความเหนื่อยยาก นับเป็นการปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์อย่างยิ่งใหญ่ ลอง เฟลโลว์(Longfellow) ได้ประพันธ์โคลง "ซานตา พิโลมินา" สรรเสริญความดีงาม และความเสียสละของมิสฟลอเรนซ์ว่าเป็น "สุภาพสตรีแห่งดวง ประทีป" (The Lady of the Lamp) ต่อมาชาวอังกฤษได้รวบรวมเงินตั้งเป็น ทุนในดิงเกล เพื่อเทิดพระเกียรติและยกระดับฐานะความเป็นอยู่ของพยาบาลด้วย ทุนดังกล่าว ใช้จ่ายเพื่อพัฒนาการศึกษาและปรับปรุงการพยาบาลให้ก้าวหน้า ยิ่งขึ้น

ค.ศ.1860 มิสฟลอเรนซ์ได้เลือกโรงพยาบาลเซนต์โท มัส(St.Thomus) ที่กรุงลอนดอน อังกฤษ เป็นโรงเรียนพยาบาลในดิงเกล ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ใช้เงินทุนจากมูลนิธิในดิงเกลในการบริหารกิจการ ของโรงเรียน และมีมิสซีวอร์ดโรเพอร์ (Mss.Wardroper) เป็นผู้บริหารงานการสอนพยาบาลโรงเรียนพยาบาลในดิงเกล ใช้เวลาศึกษานาน 3 ปี จัดการเรียนทั้ง ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจะต้องเป็นบุคคลที่มีกิริยามารยาทเรียบร้อย มีความรู้ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของ โรงเรียน โรงเรียนพยาบาลในดิงเกลได้ผลิตพยาบาลแล้วไปก่อตั้งโรงเรียนพยาบาล ในหลายประเทศ ตามแบบของมิสฟลอเรนซ์ในดิงเกล โดยเน้นหลักการศึกษาไว้หลาย ประการ เช่น ต้องเป็นอาชีพเกี่ยวแก่ศาสนาหรือมนุษยธรรม ต้องก้าวหน้าอยู่เสมอ เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีการฝึกหัด ต้องมี ระเบียบวินัย ที่อยู่อาศัยสะอาด ฝ่ายการบริหารและบริการต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ต้องประสานกันเพื่อประสิทธิภาพของงาน

ทางด้านงานหนังสือ หลังสงครามมิสฟลอเรนซ์ได้เขียน บทความและรายงานทางการพยาบาลกว่า 200 เรื่อง หนังสือที่มีชื่อเสียง 2 เล่มของเธอก็คือ *Notes on Hospital* ที่กล่าวถึงโรงพยาบาลที่สวยแต่ยังบกพร่องในการจัดแผนผังเกี่ยวกับสุขาภิบาลและของเครื่องใช้ที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล และ *Notes on Nursing for the Labouring Classes* หนังสือเล่มนี้ได้ใช้เป็นมาตรฐานในการอบรมถึงปัจจุบัน และมีข้อความที่เป็นอมตะต่องานปฏิบัติการพยาบาล เช่น "การมองดูผู้ป่วยไม่เรียกว่าได้ใช้ความสังเกต การเห็นสิ่งใดต้องให้การฝึกฝน การเห็นนี้จะช่วยให้พยาบาลทำในสิ่งที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ความเป็นความตายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การสังเกตที่ถูกต้องของพยาบาล"

เมื่อเธออายุ 87 ปี เธอได้รับเหรียญ The Order of Merit เป็นคนแรกของอังกฤษ ซึ่งเป็นเกียรติอย่างสูง มิสฟลอเรนซ์ ในดิงเกล ใช้ชีวิตในการช่วยกิจการของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน นับตั้งแต่ ค.ศ. 1860 จนกระทั่งถึงแก่กรรมเมื่ออายุได้ 90 ปี ในวันที่ 13 สิงหาคม ค.ศ. 1910

เธอเสียสละความสุขที่ควรจะได้รับซึ่งเป็นมรดกจากความร่ำรวยของบรรพบุรุษ นอกจากนี้เธอยังครองชีวิตโสดตลอดชีวิตเพียงเพราะต้องการที่จะอุทิศชีวิตของตนเองเพื่อช่วยเหลือชีวิตของเพื่อนมนุษย์ตราบนานชั่วอายุของชีวิต เพราะเธอเชื่อว่าสิ่งที่ได้ทำนั้นเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า และการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้ตกทุกข์ได้ยากก็เป็นความสุขที่ไม่อาจหาสิ่งใดมาเปรียบได้แล้วสำหรับตัวเธอเอง

และเพื่อรำลึกถึงคุณงามความดีของในดิงเกล ในวันที่ 12 พฤษภาคม ของทุกปี ซึ่งเป็นวันคล้ายวันเกิดของฟลอเรนซ์ สภาพยาบาลระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นองค์การวิชาชีพพยาบาล จึงได้กำหนดให้เป็น "วันพยาบาลสากล"

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
บุคคลสำคัญของโลก เกียรติยศสูงสุดของวิชาชีพการพยาบาลไทย



วันพระราชสมภพ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๔๓

จังหวัดนนทบุรี

วันสวรรคต ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๘

(๙๕ พรรษา)

ขณะทรงพระเยาว์

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ "สมเด็จพระย่า" ของปวงชนชาวไทย มีพระนามเดิมว่า "สังวาลย์ ตะละภัฏ" ทรงพระราชสมภพเมื่อวันอาทิตย์ที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๔๓ ทรงเป็นบุตรคนที่ ๓ ใน พระชนกษุ และ พระชนนีคำ

พระชนกษุ มีอาชีพช่างทอง มีเชื้อสายสืบมาจากผู้ดีเก่าแถวตึกขาว นิवासถานอยู่ใกล้ๆ วัดอนงคาราม ฝั่งธนบุรี พระชนกษุ ได้ถึงแก่กรรมตั้งแต่สมเด็จพระย่ามีพระชนมายุ ๓ พรรษา และพระชนนีคำถึงแก่กรรมเมื่อพระองค์มีพระชนมายุ เพียง ๙ พรรษา

พระชนนีคำ เป็นสตรีที่รู้หนังสือซึ่งหาได้ยากในสมัยนั้น จึงได้นำความรู้นี้มาสอนสมเด็จพระย่า ด้วยพระอุปนิสัยที่ ชอบการเขียนและการอ่านหนังสือตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ พระองค์จึงทรงเป็นผู้ที่มีไหวพริบ และเฉลียวฉลาด

วันหนึ่ง ญาติของพระชนกษุ ได้แนะนำให้พระชนนีคำว่า ควรนำสมเด็จพระย่าไปฝาก คุณจันทร์ แสงชูโต ญาติและ พระพี่เลี้ยงใน สมเด็จพระราชปิตุจฉา เจ้าฟ้าวไลยอลงกรณ์ กรมหลวงเพชรบุรีราชสิรินธร พระราชธิดาใน พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว กับ สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า เพื่อถวายตัวเป็นข้าหลวง ในขณะนั้นทรงมีพระชนมายุเพียง ๗-๘ พรรษา

การศึกษาเมื่อทรงพระเยาว์

เมื่อทรงพระเยาว์ พระองค์ได้ทรงศึกษาในโรงเรียนวัดดอนงคาราม แผนกเด็กนักเรียนหญิง ต่อมาทรงย้ายไปศึกษาที่โรงเรียนศึกษานารี โรงเรียนของ ม.จ.มณฑลทหารบกมาสน์ โรงเรียนแถวพระบรมมหาราชวังและโรงเรียนสตรีวิทยาตามลำดับ

สมเด็จพระเจ้ากับการพยาบาลไทย

สมเด็จพระเจ้าทรงเข้าศึกษาวิชาพยาบาลที่โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลแห่งศิริราช เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๖ ทรงเป็นนักเรียนที่มีอายุน้อยที่สุดในบรรดานักเรียนใหม่ที่เข้าศึกษาในปีนั้นรวม ๑๔ คน คือ มีพระชนมายุยังไม่ครบ ๑๓ พรรษาบริบูรณ์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ระบุไว้ในระเบียบของโรงเรียนถึง ๒ ปี แต่ทรงเรียนผ่านชั้นรับเข้าศึกษาเนื่องจากทรงมีคุณสมบัติที่ตรงกับความต้องการของทางโรงเรียน คือ ทรงสามารถอ่านและเขียนได้เป็นอย่างดี

สมเด็จพระเจ้าทรงเป็นนักเรียนประเภทนักเรียนหลวง คือ ผู้ที่สมัครเข้าเรียนจะได้รับเงินบำรุงเดือนละ ๑๕ บาท โดยมีข้อผูกพันว่า เมื่อสำเร็จสอบได้ประกาศนียบัตรแล้ว จะต้องทำงานเกี่ยวข้องกับโรงเรียนไม่น้อยกว่า ๓ ปี ใน พ.ศ. ๒๔๕๙ ทรงเรียนจบหลักสูตร ได้รับประกาศนียบัตรโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์ ได้ทรงทำงานต่อที่โรงพยาบาลศิริราช ตามข้อผูกพันการเป็นนักเรียนหลวง

การศึกษาต่อพยาบาล

หลังจากสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลแห่งศิริราช สมเด็จพระเจ้าทรงได้รับการคัดเลือกให้ไปทรงศึกษาวิชาพยาบาลต่อที่ โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา พร้อมกับนางสาว อุบล ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

สมเด็จพระเจ้า ได้ทรงศึกษาวิทยาศาสตร์รากฐานของวิชาการพยาบาลและการสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง นำมาซึ่งผลสำเร็จเป็นรากฐานมั่นคงอำนวยประโยชน์แก่ประชาชนชาวไทยอย่างใหญ่หลวงในเวลาต่อมา

การอภิเษกสมรส

ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาเเอง พระองค์ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอเจ้าฟ้ามหิดลกรมขุนสงขลานครินทร์ ที่ทรงศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด รัฐแมสซาชูเซตส์ และดำรงตำแหน่งผู้ดูแลนักเรียนไทย ได้ทรงหมั้นเมื่อมีพระชนมายุ ๑๙ พรรษา ทั้ง ๒ พระองค์เสด็จกลับมาขอพระราชทานพระบรมชานุญาต อภิเษกสมรสจากล้นเกล้ารัชกาลที่ ๖ ที่วังสระปทุม ในวันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๔๖๓ พระนามตอนนั้นคือ "หม่อมสังวาลย์ มหิดล ณ อยุธยา"

บุคคลสำคัญของโลก มติเอกฉันท์จากยูเนสโก (UNESCO)

ปีพุทธศักราช ๒๕๔๓ เป็นอีกปีหนึ่งแห่งความปลื้มปิติยินดีของปวงชนชาวไทย ด้วยวันที่ ๒๑ ตุลาคม เป็นวันคล้ายวันพระราชสมภพครบ ๑๐๐ พรรษา ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และเป็น "วันพยาบาลแห่งชาติ" อีกทั้งองค์การวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือยูเนสโก (UNESCO) ได้เฉลิมพระเกียรติยกย่องให้สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็น "บุคคลสำคัญของโลก" เนื่องในโอกาสวันพระราชสมภพครบรอบ ๑๐๐ พรรษาด้วย

ศาสตราจารย์อตุล วิเชียรเจริญ กรรมการบริหาร UNESCO เปิดเผยว่าการจะพิจารณายกย่องบุคคลใดเป็นบุคคลสำคัญของโลกนั้น องค์การ UNESCO มีหลักเกณฑ์ที่เข้มงวดมาก โดยเฉพาะผลงานของบุคคลนั้นๆ จะต้องเป็นผลงานดีเด่นระดับโลก เป็นการริเริ่มและสะท้อนให้เห็นถึงอุดมการณ์ของ UNESCO ซึ่งพระราชกรณียกิจของ

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี นั้น คณะกรรมการขององค์การ UNESCO มีมติเป็นเอกฉันท์ให้ทรงเป็นบุคคล
สำคัญของโลก

พระราชกรณียกิจของพระองค์

พระราชกรณียกิจของสมเด็จพระศรีนครินทราบรม-ราชชนนี ที่เสนอให้ UNESCO พิจารณาแยกออกเป็น ๗
สาขา ได้แก่

๑. สาขาการแพทย์และการสาธารณสุข สำหรับชาวชนบทในท้องถิ่นทุรกันดาร
๒. สาขาการให้การศึกษาระดับประถมศึกษาแก่เด็กในท้องถิ่นทุรกันดาร
๓. สาขาการอบรมเยาวชนชาวเขาตามหลักสูตร เบ็ดเสร็จ
๔. สาขาการพัฒนาผู้นำชาวเขา
๕. สาขาการอบรมและพัฒนาเยาวชนในท้องถิ่นทุรกันดาร
๖. สาขาการศึกษาจริยธรรมและค่านิยม โดยทรงเน้นด้านจริยธรรม และค่านิยมที่เป็นเอกลักษณ์ของ
ชุมชนของไทย
๗. สาขาการอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปะและหัตถกรรม ของชาวเขา

พระราชกรณียกิจที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเริ่มและปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จก็ด้วยพระ
ปรีชาญาณ และความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็ด้านกาารแพทย์ การพยาบาล การศึกษา
ตลอดจนกาารพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน พระราชกรณียกิจเหล่านี้ยัง
ปรากฏผลสืบเนื่องและมีพัฒนาการมาเป็นลำดับสืบมา "โดยเฉพาะด้านการพยาบาลนั้น สมเด็จพระศรีนครินทรา
บรมราชชนนี "ทรงพระเกียรติสูงสุดของวิชาชีพการพยาบาลไทย"
บันปลายของพระชนม์ชีพ

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงพระประชวรด้วยโรคพระหทัย เสด็จเข้ารับการรักษาพระองค์ ณ
โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันศุกร์ที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๘ เสด็จสวรรคต เมื่อวันอังคารที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.
๒๕๓๘ เวลา ๒๑ นาฬิกา ๑๗ นาที รวมพระชนมายุ ๘๔ พรรษา ๘ เดือน ๒๗ วัน

ปวงพสกนิกรต่างเชื่อมั่นว่าด้วยอานุภาพแห่งกุศล-กรรมที่ทรงบำเพ็ญมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน พระองค์ผู้
จากไปจักได้เสด็จสถิตในภพภูมิอันประเสริฐ อันควรแก่พระคุณธรรมของพระองค์แล้ว สมเด็จพระศรีนครินทรา
บรมราชชนนี ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจและอุทิศพระองค์เพื่องาน เพื่อสังคมและเพื่อประเทศชาติบ้านเมืองด้วย
พระวิญญานของการเป็น นักสังคมสงเคราะห์ที่แท้จริง ด้วยความซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณอันล้นพ้นหาที่สุด
มิได้

องค์การวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีองค์การพยาบาลในระดับชาติอยู่ 2 องค์การด้วยกัน คือ สภาการพยาบาล และ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

สภาการพยาบาล (The Thai Nursing Council)

ประวัติสภาการพยาบาล

องค์การวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2528 ซึ่งได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอนที่ 120 วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2528

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับแรกขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2514 เพื่อที่จะผลักดันให้มีองค์การวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2518 ที่ประชุมของการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ได้มีมติให้เสนอกระทรวงสาธารณสุขให้ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและสาขาการผดุงครรภ์ เพื่อแสดงความหมายและขอบเขตของพยาบาลและผดุงครรภ์ให้ชัดเจนและสมบูรณ์ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้เปลี่ยนแปลงไป และเสนอให้มีการจัดตั้งสภาการพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ควบคุมวิชาชีพนี้

พ.ศ. 2521 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นอีกคณะหนึ่งเพื่อจัดทำร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อจนแล้วเสร็จ และนำเสนอเข้าสู่กระบวนการออกพระราชบัญญัติตามขั้นตอนนิติบัญญัติ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2528 ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าให้ตราพระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ด้วยเหตุผลว่า "เนื่องจากในปัจจุบันการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาล และการผดุงครรภ์อยู่ในความควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะทำหน้าที่ควบคุมทั้งการประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันในสาขาทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณในสาขาเวชกรรม เภสัชกรรม การผดุงครรภ์ และในปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นจำนวนมากสมควรแยกการควบคุมการประกอบโรคศิลปะโดยจัดตั้ง "สภาการพยาบาล" ขึ้นประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว และผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเองเป็นกรรมการ เพื่อความคล่องตัวในการทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐาน การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยอิสระเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น" พระราชบัญญัติดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่ม 102 ตอนที่ 120 วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2528 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2528

ในระยะเริ่มแรกของการจัดตั้งสภาการพยาบาล สภาการพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้พื้นที่ของหน่วยงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วังเทเวศร์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ โดยการใช้พื้นที่ของ กองการประกอบโรคศิลปะ กองการพยาบาล และกองงานวิทยาลัยพยาบาล เป็นสถานที่ทำการชั่วคราวของสำนักงานสภาการพยาบาล ตามลำดับ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2536 กระทรวง

สาธารณสุขได้ย้ายที่ทำการมายังจังหวัดนนทบุรี สภากาการพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากกระทรวงให้ใช้พื้นที่ อาคาร 6 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นที่ทำการของสภากาการพยาบาลชั่วคราว และต่อมาได้จัดสรรที่ดินภายในบริเวณกระทรวงสำหรับการก่อสร้างสภาวิชาชีพ สภากาการพยาบาลจึงได้ดำเนินการ รณรงคืหาทุนสำหรับการก่อสร้างที่ทำการถาวรของสภากาการพยาบาลขึ้น และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีพระราชทานนามอาคารว่า " อาคารนครินทร์ศรี " (นะ - ค - ริน - ทะ - ระ - ศรี) และได้รับพระกรุณาจากสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เสด็จทรงวางศิลาฤกษ์อาคารนครินทร์ศรี เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2540

ในปี พ.ศ.2540 ได้มีการออกพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 เพื่อปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่การกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลที่จะขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้นจะต้องสอบความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่สภากาการพยาบาลเป็นผู้กำหนด และการกำหนดอายุใบอนุญาตให้มีอายุ 5 ปี ทั้งพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตใหม่ รวมทั้งพยาบาลและผดุงครรภ์รุ่นเก่าที่เคยมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ อยู่เดิม ที่ไม่ได้กำหนดวันหมดอายุเอาไว้

ตราสัญลักษณ์

1. เป็นรูปวงกลม
2. มีรูปตะเกียงอยู่บนฐานดอกบัว
3. มีคำว่าสภากาการพยาบาลเหนือตะเกียงในวงกลม
4. มีคำว่า " พ.ศ. ๒๕๒๘ " อยู่ที่ฐานดอกบัว

ความหมาย

แท่นวงกลม	หมายถึงการรวมพลังเป็นปึกแผ่นและความยุติธรรม
ตะเกียงในดิงเกล	หมายถึง ความเมตตา
เปลวไฟ	หมายถึง ความรุ่งโรจน์
พ.ศ. 2528	หมายถึง ปี พ.ศ. ที่จัดตั้งสภากาการพยาบาล

การบริหารงาน

บทบาทและภารกิจของสภาการพยาบาลในปัจจุบัน

1. สภาการพยาบาลกับภารกิจตามที่กฎหมายกำหนด

- 1.1 ภารกิจในการรับรองสถาบันและหลักสูตรการศึกษาพยาบาล
- 1.2 ภารกิจในการสอบวัดความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
- 1.3 ภารกิจในการขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาต และการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- 1.4 ภารกิจในการรับรองหลักสูตรการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาล ตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ และรับรองหน่วยการศึกษาต่อเนื่องในการต่ออายุใบอนุญาตหลังปี 2545
- 1.5 ภารกิจในการสอบวัดความรู้ เพื่อรับวุฒิบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา และการรับรองหลักสูตรการศึกษา เพื่อเตรียมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

2. สภาการพยาบาลกับภารกิจการพัฒนาด้านจริยธรรม และการคุ้มครองผู้บริโภค

- 2.1 การพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ด้านจริยธรรม
- 2.2 การรับเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภค

3. สภาการพยาบาลกับภารกิจในการผดุงความเป็นธรรม แก่สมาชิก

- 3.1 การร้องขอความเป็นธรรมจากสมาชิก
- 3.2 การเป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อร้องขอความเป็นธรรม

4. สภาการพยาบาลกับภารกิจในการพัฒนาวิชาชีพ

- 4.1 การพัฒนาวิชาชีพด้านการศึกษา
 - การกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลระดับวิชาชีพ และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
 - การกำหนดทักษะที่จำเป็นของพยาบาลระดับวิชาชีพ และผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
 - 4.2 การพัฒนาวิชาชีพด้านการปฏิบัติ (บริการ)
 - การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์
 - การกำหนด Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG)
 - 4.3 การพัฒนาวิชาชีพด้านการวิจัย
 - เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม International เรื่อง Nursing Research for Development เป็น Preconference ของ WHO International Conference เรื่อง Health Research for Development ร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
 - การจัดประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 3
 - การกำหนด Nursing Research Priorities
 - การให้ทุนสนับสนุนการวิจัย
 - 4.4 การดำเนินการทางกฎหมาย เพื่อคุ้มครองการ ปฏิบัติการพยาบาล ในการรักษาโรคเบื้องต้น
- #### 5. สภาการพยาบาลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศ
- 5.1 องค์การภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 5.2 การศึกษาและนำเสนอรูปแบบการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ที่พึงประสงค์ในอนาคต
 - 5.3 การดำเนินการศึกษารูปแบบ และภารกิจของพยาบาลในการดูแลสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิ

เพื่อนำเสนอในการปรับนโยบายการรักษาสุขภาพ

5.4 องค์การภาคีประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: H.A.)

5.5 การเสนอความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.6 การเสนอความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

6. สภาการพยาบาลกับภารกิจในการพัฒนาภาพลักษณ์วิชาชีพ

6.1 วันพยาบาลแห่งชาติ

6.2 รางวัลพยาบาลดีเด่น

6.3 รางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

7. สภาการพยาบาลกับภารกิจการพัฒนาวิชาชีพให้เป็นมาตรฐานสากล

7.1 Regulatory Authority Network

- International Regulatory Authority Network

- Western Pacific and South East Asia Regulatory Authority Network

7.2 การเป็นผู้องค์กรวิชาชีพในการประชุมสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN.)

7.3 การเป็นเจ้าภาพจัดประชุม 3rd Meeting of Regulatory Authority from the Western Pacific and South Asian Regions ในหัวข้อเรื่อง Regulation of Nursing and Midwifery :Enchancing Standard through Regional Collaboration

อำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาล

1. รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
2. สั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. ให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระดับอุดมศึกษาของสถาบันการศึกษา ที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเสนอต่อทบวงมหาวิทยาลัย
4. รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรของสถาบันที่จะทำการสอนวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
5. รับรองหลักสูตรต่างๆ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสถาบันการศึกษาที่จะทำการฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
6. รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอน และฝึกอบรมตาม ข้อ 4 และ ข้อ 5
7. รับรองปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา ประกาศนียบัตร หรือวุฒิบัตรในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันต่างๆ
8. ออกหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้ หรือความชำนาญเฉพาะทาง และหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
9. ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสภาการพยาบาล

1. ควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์
2. ส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก
4. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชน และองค์กรอื่นในเรื่องที่ เกี่ยวกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ และการสาธารณสุข
5. ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล การผดุงครรภ์ และ การสาธารณสุข
6. ผดุงความเป็นธรรมและส่งเสริมสวัสดิการให้สมาชิก
7. เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลการผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ในประเทศไทย

วิสัยทัศน์

สภาการพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพตามกฎหมาย จะมุ่งมั่นคุ้มครองสิทธิ ผู้บริโภคด้านสุขภาพพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศชั้นนำสังคมด้านสุขภาพ และสร้างเสริมให้วิชาชีพเป็นที่ประจักษ์ในสังคมโลก

พันธกิจสภาการพยาบาล

1. คุ้มครองสิทธิประโยชน์ ผู้บริโภคบริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ
2. บริหารกิจการสภาการพยาบาลให้เข้มแข็ง สามารถรองรับการปฏิบัติการกิจของสภาการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สร้างกลไกการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งด้านการศึกษา การบริการ และการวิจัย
4. สร้างเสริมความเป็นเอกภาพและภาพลักษณ์ของวิชาชีพ
5. พัฒนาเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพทั้งในประเทศและนานาชาติ
6. พิทักษ์สิทธิประโยชน์และความเป็นธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์
7. พัฒนาข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ทันสมัยถูกต้องสมบูรณ์เพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลทั้งระดับประเทศและนานาชาติ
8. เติบโตระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย
9. ทำนุบำรุงอาคารนครินทร์ศรี ให้คงทนถาวรและสง่างามอยู่เสมอ

คณะกรรมการสภาการพยาบาล

มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปีประกอบด้วยคณะกรรมการที่มาจากการแต่งตั้ง เป็นผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 16 คนตามมาตรา 14 แห่งราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 .

คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) บริหารกิจการสภาการพยาบาลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามมาตรา 7
- (2) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจริยธรรม คณะอนุกรรมการสอบสวนและคณะอนุกรรมการอื่น เพื่อทำ กิจการ หรือ พิจารณา เรื่องต่างๆ อันอยู่ในขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาล
- (3) ออกข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย

(ก) การเป็นสมาชิก

(ข) การกำหนดโรคตามมาตรา 11(1) (จ)

(ค) การกำหนดค่าจดทะเบียนสมาชิกสามัญ ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมอื่น

(ง) การเลือกและการเลือกตั้งกรรมการและการแต่งตั้งกรรมการที่ปรึกษาตามมาตรา 17

(ฉ) หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตแบบ และประเภทใบอนุญาต

(ช) หลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญ เฉพาะทาง และ

หนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(ซ) ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(ฌ) การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(ฎ) การประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ

(ฏ) หลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(ถ) หลักเกณฑ์ว่าด้วยการสอบความรู้ตามอำนาจหน้าที่ของสภาการพยาบาล

(ฑ) หลักเกณฑ์ว่าด้วยการสืบสวนหรือสอบสวนในกรณีที่มีการกล่าวหาหรือกล่าวโทษ ว่ามีผู้ประพฤติผิด

จริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(ฒ) เรื่องอื่นๆ ที่อยู่ภายในวัตถุประสงค์ของสภาการพยาบาลหรืออยู่ในอำนาจ หน้าที่ของสภาการ

พยาบาลตามกฎหมายอื่น

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (The Nurse Association of Thailand)

ประวัติสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เดิมชื่อ "สมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม" โดยความดำริของ พลตรี พระยาดำรงแพทยาคณ (ชื่น พุทธิแพทย์) ผู้อำนวยการกองบรรเทาทุกข์สภาการสยามในขณะนั้น (โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์) พิจารณาเห็นความสำคัญของการมีสมาคมพยาบาลขึ้นในประเทศ จึงได้เชิญพยาบาลชั้นหัวหน้า จาก โรงพยาบาลศิริราช และสภาการขาดสยาม มาประชุมหารือ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2469 และให้การสนับสนุน เดิมที สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยจึงกำเนิดขึ้น และจดทะเบียน ก่อตั้งเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2470 โดยมี หม่อมเจ้าหญิง มณฑาทิพย์ กมลลาศน์ เป็นนายกสมาคมนางพยาบาลพระองค์แรก (พ.ศ. 2470-2474) โดยมีความมุ่งหมายของการจัดตั้งสมาคมในขณะนั้น คือ

1. เพื่อความสามัคคีระหว่างนางพยาบาลทั่วไป
2. แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อบำรุงการอาชีพในการพยาบาลให้ดีขึ้น
3. ช่วยเหลือเพื่อนนางพยาบาลในทางประกอบอาชีพ และบำรุงวิชาความรู้

4. เพื่อทำฐานะนางพยาบาลให้เด่นชัด สำหรับเป็นทางชักนำให้เพื่อนสตรีไทยทั้งหลายนิยมวิชาการพยาบาลมากขึ้น

5. เพื่อเป็นเกียรติยศแห่งชาติไทยว่า "สตรีไทยก็สามารถตั้งสมาคมเพื่อบำรุงวิชาของตนได้ มิให้น้อยหน้าสตรีชาติอื่นๆ ซึ่งโดยมากเขามีสมาคมกันแล้ว"

สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมพระยานริศรานุวัดติวงศ์ ทรงพระกรุณาออกแบบตราสมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม เป็นรูปดาวแจกลีทอง มีตัวอักษร "สมาคมนางพยาบาลแห่งกรุงสยาม" ต่อมาได้เปลี่ยนตัวอักษรตามชื่อสมาคมที่เปลี่ยนแปลง ตรงกลางมีรูปช้าง 3 เศียร ต่อมาในปี พ.ศ. 2500 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย"



จุดประสงค์

1. เป็นศูนย์กลางรวมความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล
2. ส่งเสริมความสามัคคี จริยธรรม และมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ
3. ส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าทางวิชาชีพ โดยสนับสนุนการศึกษา การวิจัยและเผยแพร่ความรู้
4. ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหอันเป็นอุปสรรคต่อความเจริญทางวิชาชีพ
5. ช่วยเหลือในการที่จะสร้างเสริมและผดุงไว้ซึ่งสวัสดิภาพ สุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่อันดีของสังคม
6. ช่วยเหลือสมาชิกในด้านสวัสดิการ ตามที่กำหนดไว้
7. เป็นตัวแทนสมาชิกในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ

วิสัยทัศน์

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสมาคมมีวิสัยทัศน์ขององค์กรคือ เป็นองค์กรนำระดับสากลในการพัฒนาวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์สู่ความเป็นเลิศ มุ่งชี้นำสังคมด้านสุขภาพ และเป็นองค์กรหลักในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพ

พันธกิจ พ.ศ. 2551-2555

1. พัฒนาคูณภาพ มาตรฐานการพยาบาล สู่ความเป็นเลิศ
2. พัฒนাজริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3. เป็นศูนย์รวมเครือข่ายของสมาคม/ชมรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อความร่วมมือในการพัฒนาวิชาชีพ
4. เป็นเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพกับองค์กรต่างๆระดับชาติและนานาชาติเพื่อสุขภาพของประชาชน
5. เป็นศูนย์รวมของสมาชิกและเสริมสร้างความสามัคคีของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
6. เสริมสร้างภาพลักษณ์วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้เป็นที่ประจักษ์แก่สังคม
7. พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกพึงได้รับในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
8. จัดให้มีสวัสดิการแก่สมาชิก
9. การสร้างความเข้มแข็งด้านทรัพยากรให้สามารถปฏิบัติการกิจของสมาคมฯได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บทที่ 2

แนวคิดหลักของการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากการเรียนในทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องคำนึงถึงหลักการพยาบาลอยู่ตลอดเวลา ในเอกสารประกอบการสอนฉบับนี้จะกล่าวถึงหลักการพยาบาลโดยภาพรวมที่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ

หลักการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ซึ่งมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา มีค่านิยมที่ไม่เหมือนกัน แต่ในการดูแลมนุษย์นั้น พยาบาลจะมีหลักการในการดูแลที่เหมือนกันบนพื้นฐานความแตกต่างของบุคคล หลักการพยาบาลที่จะกล่าวในที่นี้ คือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

- การประเมินสภาพ/ภาวะสุขภาพ (assessment)
- การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis)
- การวางแผนการพยาบาล (planning)
- การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation)
- การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

2. การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงการควบคุมการติดเชื้อ

- การป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักการปราศจากเชื้อ (sterile technique)
- การป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักการปลอดเชื้อ (aseptic technique)
- การป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (universal precaution)

3. การปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงมิติทางการพยาบาล 4 มิติ

- การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion)
- การป้องกันโรค (prevention)
- การดูแลรักษา (curation)
- การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (rehabilitation)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยและความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย

คำว่า "สุขภาพ" (Health) ในติงเกิล (Nightingale, 1860) ให้ความหมาย สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่ปราศจากโรคและสามารถให้พลังของตนเองได้เต็มความสามารถ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 1947 ได้ให้ความหมายดังนี้ "Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

"สุขภาพ" ตามพจนานุกรมเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530 ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง สุขภาพ ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัยดี

จะเห็นว่าแต่ละคนจะให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ต่างๆ กัน แม้แต่เมื่อเวลาผ่านไป ความหมาย ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่า สุขภาพดี หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปราศจากโรคและความพิการ ใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในมาตราที่ 3 ที่ว่า "สุขภาพ" หมายความว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการ และการไม่มีโรคเท่านั้น

ส่วนความเจ็บป่วย (illness) นั้น หมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะเปลี่ยนด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายๆ ด้านรวมกัน ทำให้บุคคลทำหน้าที่ บทพร่องหรือทำหน้าที่ได้น้อยลงกว่าปกติ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับ การเป็นโรคก็ได้ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือความผิดปกติ ของจิตใจ เช่น มีอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมี สุขภาพดีนั้นบางครั้งไม่เด่นชัด ยกเว้นในรายที่เจ็บป่วยมากๆ มีอาการรุนแรง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็น ทางด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ตามมา เช่น ถ้ามีความเจ็บป่วยด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดปัญหา ทางด้านจิตใจด้วย บุคคลนั้นจะเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เครียด รู้สึกหงุดหงิด ส่งผลกระทบต่อสังคมรอบตัว ไม่ปกติตามไปด้วย ในโลกนี้น้อยคนนักที่จะมีสุขภาพดีมาก คือ ครบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดเวลา คนส่วนมากมักจะมีสุขภาพดีบ้างไม่มากก็น้อย เช่น แพ้อากาศ วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ กลัวความมืด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าหากบุคคลนั้นพอใจในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างมีความสุขก็ถือได้ว่ามีสุขภาพดีอยู่ ดังเช่นแผนภาพแสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีจากจนกระทั่ง ถึงแก่ความตาย



ภาพที่ 1 แสดงภาวะความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีจากจนกระทั่งถึงแก่ความตาย (สุปาณี เสนาดีสัย, 2547)

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย (Psychological response to illness)

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย (Psychological response to illness) : ขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย เช่นสาเหตุของการป่วย ระยะ เวลา ครอบคลุม ญาติพี่น้อง กำลังใจ สภาพแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรม ประสบการณ์ ประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ

1. Personal Meanings & Perception

หมายถึง การรับรู้หรือการแปลความหมายของสิ่งที่มากระทบในแต่ละบุคคล มีการรับรู้หรือแปลผลที่แตก

ต่างกัน ขึ้นกับข้อมูลที่ตนเองได้รับ ประสบการณ์ สังคม ความทรงจำ และเชาวิปัญญาสิ่งต่างๆเหล่านี้จะมาประมวลรวมกันในตัวของผู้ป่วยแล้วนำมาประเมินความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ตนเองได้รับ ปรากฏได้ 5 ลักษณะดังนี้

1.1 คุกคาม (Threat)

เมื่อเกิดการรับรู้ว่ามีสิ่งความผิดปกติเกิดขึ้นในชีวิตด้านลบ คนเราจะรู้สึก หันที่ว่า สิ่งที่มากระทบนี้เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของตน โดยแปลผลว่าระดับที่คุกคามมากน้อยเพียงใด นั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ รวมทั้งมีการตอบสนองทางร่างกาย (Physiological response) โดยระบบประสาทอัตโนมัติเกิดขึ้น

1.2 สูญเสีย (Loss) แสดงออกได้ใน 2 ลักษณะ คือ

Concrete loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ชัดเจนจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย อาจเป็นการสูญเสียส่วนหนึ่งของร่างกายไป หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง

Symbolic loss เป็นการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน เป็นการสูญเสียทางด้านจิตใจ ความรู้สึก ความภูมิใจในตนเอง ความมั่นคงในชีวิต ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจของตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ

1.3 ได้รับความพอใจหรือผ่อนคลาย (Gain or Relief)

มักพบผู้ที่ปัญหาทางจิตเวชอยู่ก่อนแล้วโดยปัญหาดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นหรือไม่ปรากฏในระยะก่อนที่ป่วย แบ่งเป็น

Primary gain: มักเป็นผู้ที่มี Unconscious conflict ต้องการจะลงโทษตนเองหรือต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นพื้นฐานเดิม เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายเกิดขึ้น ก็เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองด้วย

Secondary gain: เป็นผลประโยชน์ที่ได้รับภายหลังจากการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยได้รับการยอมรับทางสังคม และไม่ถูกตำหนิหรือลงโทษอีกด้วย

1.4 ท้าทาย (Challenge)

มองความเจ็บป่วยตามความเป็นจริงของชีวิต ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องพบและเกิดขึ้นได้เสมอ มีกำลังใจและพยายามต่อสู้เพื่อเอาชนะความเจ็บป่วยของตนเอง ร่วมมือกับทีมผู้รักษา มีเหตุมีผล พร้อมรับฟังและปฏิบัติคำแนะนำที่เกิดประโยชน์ การประเมินในลักษณะนี้จึงเป็นแบบที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยอย่างมาก

1.5 ไม่เห็นความสำคัญ (Insignificance)

ผู้ป่วยจะแสดงออกมาเสมือนว่า ตนเองไม่ได้ป่วย ไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของความเจ็บป่วยนั้นว่ามีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร เป็นการใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเองชนิดปฏิเสธรุนแรง (Severe denial) มักพบในพวกที่มีปัญหาระดับเชาวิปัญญาต่ำขาดความรู้ พวกที่มีอาการป่วยทางจิตใจอยู่เดิม การประเมินแบบนี้ส่งผลเสียเป็นอย่างมากเพราะผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. Affect response

หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยต่อสิ่งที่มากระทบ เช่น กลัว กังวล เศร้า โกรธ เสียใจ ท้อแท้ โดยอาจเกิดอารมณ์เด่นชัดเพียงชนิดเดียวหรือหลายลักษณะสลับส่นปนกันไปก็ได้

3. Coping Mechanisms

เป็นความพยายามที่ผู้ป่วยจะจัดการกับปัญหาที่มากระทบ ใช้ปัจจัยทุกอย่างที่มีทั้งภายในและภายนอก ร่างกายมาช่วยในการแก้ปัญหา โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหรือการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อปัญหา (Coping

behaviors) มีนักวิชาการได้จำแนกลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวไว้ ดังนี้

Lipowski จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1 การยอมแพ้ (Capitulation) เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยนั้น ในลักษณะการยอมแพ้ และปล่อยไปตามยถากรรม ไม่คิดต่อสู้อีก

3.2 การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผู้ป่วยพยายามอ้างเหตุผลต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของตนเอง ทำให้ไม่ต้องเผชิญกับความเป็นจริงที่ต้องรับรู้

3.3 การยอมรับและต่อสู้ (Tackling) ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ไม่ยอมแพ้ พยายามต่อสู้หาทางรักษา มีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างเข้มแข็ง

Lazarus จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1 Problem - focus coping ผู้ป่วยพยายามหาทางแก้ไขปัญหาโดยมุ่งเน้นที่สาเหตุ

3.2 Emotional - focus coping ผู้ป่วยแก้ไขปัญหามุ่งเน้นอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ ความทุกข์ใจของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ได้รับ จัดเป็นวิธีแก้ไขปัญหเพียงชั่วคราว

จากมุมมองทั้ง 3 ประการ มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกด้าน เช่น การรักษา ความร่วมมือ การตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค รวมทั้งผลของการรักษา หากสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิริยาทางจิตใจในเชิงบวก ก็จะส่งผลดีต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง

กลไกการตอบสนองทางชีว-จิตใจ-สังคม ต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

(Bio - Psycho - Social mechanism to chronic illness)

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานเกินกว่า 6 เดือน จัดว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) จะพบว่า มีกลไกการตอบสนองเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ใน 3 ลักษณะ คือ

1. Psychophysiological mechanism

เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้น ความเครียดดังกล่าว จะผ่านไปทางระบบประสาท (Neural mechanism) ไปกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา (Physiological change) ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เป็นผลจากจิตใจ (Psychological factors affecting physical conditions) เช่น Peptic ulcer, Tension headaches

2. Operant mechanism

เป็นภาวะที่ถูกกระตุ้นโดย Socioenvironment factors เนื่องจากสังคมจะแยกผู้ป่วยออกจากสังคมเดิม สังคมมองผู้ป่วยอยู่ ในสถานะผู้เจ็บป่วย (Sick role) จะได้รับ Secondary gain เมื่อเกิดพฤติกรรมตอบสนองดังกล่าวเรื่อย ๆ กลายเป็น Series of rewarding response ทำให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยขึ้นบ่อย ๆ โดยอาจไม่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่แท้จริง แต่เกิดจากกลไกการเรียนรู้ เรียกว่า Operating conditioning

เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ครอบครัวและสังคมสามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลทางจิตกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ เริ่มคุ้นเคยและยอมรับอาการต่าง ๆ โดยมองว่าอาการป่วยเป็นภาวะปกติ มองไม่มีความรุนแรงของความเจ็บปวด อาจแสดงท่าที่ไม่สนใจมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ เกิดภาวะ Deconditioning คือ เกิดการกระตุ้นให้เกิดความไวต่ออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ความสามารถในการทนต่ออาการป่วยลดลง อาการเจ็บป่วยจะรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรรมต่าง ๆ

3. Psychiatric comorbidity

ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิตใจเกิดขึ้นร่วมไปด้วย โดยเกิดก่อนหรือหลังจากที่มีอาการป่วยทางร่างกาย ต้องพิจารณาให้ได้ว่า อะไรเป็นสาเหตุของอะไร หรือเป็นภาวะที่เกิดร่วมกัน เป็นผลซึ่งกันและกัน ภาวะทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยบ่อย ๆ เช่น Anxiety disorder, Depressive disorder, Somatoform disorder

การดูแลผู้ป่วย (Management)

การรักษาต้องประกอบด้วย 3 ด้านเช่นกัน คือ

ด้านร่างกาย ให้การรักษาตามสาเหตุของการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย

ด้านจิตใจและสังคม ทีมผู้รักษาจะต้องพยายามเข้าใจผู้ป่วย และนำให้ความรู้แก่ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ช่วยให้อำนาจใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่หรืองานบางอย่างได้ตามกำลังและสภาพ มีส่วนร่วมในการคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว หรือหน้าที่การงาน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ลดความรู้สึกที่เป็นภาระและปมด้อยลง พร้อมทั้งจะต่อสู้กับความเจ็บป่วยอย่างเข้มแข็ง

สำหรับทีมผู้รักษานั้น มีหลักในการดูแล ดังนี้

1. ต้องไม่คิดว่า อาการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นจากจิตใจ แต่ควรซักถามและตรวจผู้ป่วยโดยคำนึงถึงว่าเป็นจากอาการเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นหลัก
2. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีต่อไป แม้ว่าขณะทำการรักษาอาการไม่ได้ขึ้น เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด คือ การถูกทอดทิ้ง
3. ก่อนให้การรักษาใด ๆ แก่ผู้ป่วย ควรสอบถามความคิดเห็นและพูดคุยกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
4. ให้ความรู้ความเข้าใจในโรคและภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอย่างชัดเจน แก่ผู้ป่วยและญาติ
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาการตอบสนองทางจิตใจที่เหมาะสม มีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง
6. ให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับตนเองเมื่อมีความเครียดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น (จรูณา กลกิจโกวิท สืบค้น กันยายน 2553 <http://www.vajira.ac.th/psycho/elearning/PsychoPain.doc>)

แนวคิดในการดูแลสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพจะต้องปฏิบัติกรพยาบาลที่สามารถแสดงเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก แต่พยาบาลวิชาชีพมิใช่มีบทบาทหน้าที่เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น พยาบาลวิชาชีพยังต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการ และควบคุมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ตลอดทั้งบริหารบุคลากรทางการพยาบาลและบริหารทรัพยากรอื่น ๆ บทบาทหน้าที่อีก อย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ คือ การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล โดยทำหน้าที่เป็นผู้สอนหรือ ถ่ายทอดความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีสู่สมาชิกใหม่ที่เข้าสู่วิชาชีพพยาบาล และต้องทำหน้าที่สอนหรือให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการพยาบาลด้วย เพื่อให้ผู้มารับบริการการพยาบาลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัวย และชุมชนได้อย่างถูกต้อง การทำหน้าที่เป็นผู้สอน ให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้อง เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อวิชาชีพและต่อสังคม ซึ่งสรุปบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพได้ 4 ประการ (นันทนา น้าฝน , 2538 หน้า 50) ได้แก่

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมการบริหาร 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพบุคคล

2. บทบาทการเป็นผู้บริหารงานการพยาบาล

3. บทบาทการเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล

4. บทบาทการสนับสนุนงานด้านอื่น ๆ

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมการบริหาร 4 ด้าน

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องของสุขภาพ บุคคลมักจะสามารถบอกได้ว่าตนเองกำลังอยู่ตรงตำแหน่งใดบนแกนสุขภาพ ผู้ที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก สุขภาพดี หรือสุขภาพปกติ จะได้แก่ผู้ที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คนกลุ่มนี้จะต้องพยายามส่งเสริมสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามวัยต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานง่าย ๆ ของการดำเนินชีวิต

1.2 การป้องกันโรค แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคของพยาบาลคล้ายคลึงกับแนวคิดในการป้องกันของแพทย์ทางเวชศาสตร์ป้องกันมาก การป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1.2.1 การป้องกันระดับที่ 1 (primary prevention) หมายถึง การกระทำที่เป็นการป้องกันโรคบางโรคเป็นการเฉพาะ เพื่อป้องกันความไม่สุขสบาย ป้องกันการเสียเงินทองจากค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ตนเองปลอดภัยจากการคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หรืออย่างน้อยก็เป็นการยืดเวลาการเริ่มต้นของโรคออกไป บุคคลที่อยู่ในกลุ่มสุขภาพดี-สุขภาพปกติ จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันในระดับที่ 1 คนกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ป่วยในวันใดวันหนึ่งข้างหน้า จึงจำเป็นต้องพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคของตนเองโดยเลิกประพฤติปฏิบัติในเรื่องที่เสี่ยงนั้นเสีย

1.2.2 การป้องกันระดับที่ 2 (secondary prevention) ประกอบด้วยองค์การที่ทำหน้าที่คัดกรอง หรือให้ความรู้แก่ประชาชน ส่งเสริมการตรวจพบผู้ป่วยตั้งแต่โรดยังไม่ปรากฏอาการเพื่อให้สามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนในการตรวจเต้านมตนเอง การรู้จักสังเกตตนเองจากอาการเริ่มแรกของมะเร็ง การสนับสนุนให้ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

1.2.3 การป้องกันระดับที่ 3 (tertiary prevention) เริ่มเมื่อบุคคลป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจะต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรคภายในเวลาอันควร ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสอนให้รู้จักการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

1. 3 การดูแลรักษา การที่บุคคลคนหนึ่งต้องเปลี่ยนสถานภาพจากที่สุขภาพดีหรือสุขภาพปกติมาสู่การเป็นผู้ป่วย ตัดสินใจอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความกลัว วิตกกังวลแตกต่างกันออกไป ต้องการดูแลแตกต่างกันไปตามเพศ ตามวัย ตามโรค และอาการที่เจ็บป่วย แม้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลในด้านการดูแลรักษาจะเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัดอันเป็นงานที่ต้องดำเนินการตรงเวลาและบางกิจกรรมอาจทำความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคก็ตาม แต่พยาบาลจะต้องรู้จักใช้ศิลปะในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การผ่อนคลาย การสัมผัสที่อ่อนโยน และความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น การอธิบายให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

รวมทั้งญาติให้เข้าใจกระจ่างจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือที่ดีและเป็นผลดีต่อการรักษา เพราะประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว สมรรถภาพของพยาบาลที่กำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการศึกษานักสูติพยาบาล ศาสตรและ ผดุงครรภ์ชั้นสูง ได้แบ่งขอบเขตของบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล , 2526 หน้า 2-4)

- 1.3.1 สามารถให้การพยาบาลเฉพาะทางได้ทุกระยะและทุกระดับความรุนแรง ของโรค
- 1.3.2 จำแนก วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาการพยาบาลในชั้นที่ซับซ้อน ได้อย่างถูกต้อง
- 1.3.3 สามารถวางแผนให้การพยาบาล ประเมินผลงาน และนำมาปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม
- 1.3.4 สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเร่งด่วน ในภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม
- 1.3.5 ให้การผดุงครรภ์ตามสาขามดุงครรภ์ชั้นหนึ่งแผนปัจจุบันได้
- 1.3.6 บันทึก (สรุป) รายงานอาการเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลได้

1.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะของการเป็นผู้ป่วยกำลังกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป เป็นระยะที่จะกลับบ้านเพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิม โดยไม่เสื่อมเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องเข้าใจจิตใจและรู้สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างถ่องแท้ มีความอดทน มุ่งมั่นไม่ทอดย้อต่ออุปสรรคที่ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้ความหวัง ชื่นชมและยกย่องผู้ป่วย แม้ว่าสิ่งที่ฟื้นฟูพัฒนาขึ้นนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ก็ต้องยอมรับว่านั่นคือความยิ่งใหญ่ของผู้ป่วยที่ได้พยายามอย่างที่สุด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย จะต้องใช้กระบวนการใดๆ ก็ตามที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคกลับมามีชีวิตในสังคมตามสภาพปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ และหมายรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดด้วย

2. บทบาทการเป็นผู้บริหารงานการพยาบาล ได้แก่

- 2.1 ให้การนิเทศแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลภายใต้ความรับผิดชอบ
- 2.2 วิเคราะห์ปัญหา และให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาด้านบริการการพยาบาลได้
- 2.3 จัดระเบียบงาน แบ่งงาน และมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ภายใต้ความรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

2.4 จัดทำแบบประเมินผล และนำแบบประเมินผลไปใช้ประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้ความรับผิดชอบ และใช้ประเมินผลตนเองได้อย่างถูกต้อง

- 2.5 วางแผนป้องกันอุบัติเหตุและให้ความปลอดภัย ในหน่วยงานที่รับผิดชอบได้
- 2.6 ให้ความร่วมมือในงานสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับบุคคลและหน่วยงานอื่นได้

3. บทบาทการเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล

- 3.1 สอนและอบรมฟื้นฟูวิทยาการแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล และนักเรียนทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้
- 3.2 จัดทำคู่มือและอุปกรณ์การสอนด้านการพยาบาล
- 3.3 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและรู้จักนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการปฏิบัติงานได้

4. การสนับสนุนงานด้านอื่น ๆ สนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่

- 4.1 งานสังคมสงเคราะห์
- 4.2 งานสุขภาพิบาล

- 4.3 งานทันตสาธารณสุข
- 4.4 งานชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ
- 4.5 งานเภสัชกรรม

สรุป ในแต่ละวิชาชีพจะมีองค์ประกอบของวิชาชีพที่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของสมาชิก ใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินการกระทำว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด และใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ ซึ่งเรียกว่าจรรยาบรรณวิชาชีพ (Code of Ethics) หมายถึง เงื่อนไขความประพฤติที่สมาชิกในวิชาชีพนั้น ๆ พึงปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพหรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการของตน

สิทธิมนุษยชน (Human rights)

คำว่าสิทธิมนุษยชน (Human rights) อาจแปลความหมายอย่างกว้าง ๆ ได้ว่า หมายถึง สิทธิหรืออำนาจที่บุคคลมีในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้กำหนดความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ดังนี้

ความหมายของสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน หมายความว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทยหรือตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เมื่อวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๔๑ เพื่อแสดงเจตจำนงอันแน่วแน่ของบรรดาประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่จะคุ้มครองสิทธิมนุษยชนให้เกิดผลอย่างจริงจังตามเจตนารมณ์ที่กำหนดไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติ และเพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลางสำหรับบรรดาประเทศสมาชิกที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เกิดผลภายในประเทศของตน

คำปรารภ

ด้วยเหตุที่การยอมรับศักดิ์ศรีประจำตัวและสิทธิซึ่งเสมอกันและไม่อาจโอนแก่กันได้ของสมาชิกทั้งปวงแห่งครอบครัวมนุษย์เป็นรากฐานของเสรีภาพ ความยุติธรรมและสันติภาพในพิภพ ด้วยเหตุที่การเฉยเมยและการดูหมิ่นเหยียดหยามสิทธิมนุษยชนได้ก่อให้เกิดการอันป่าเถื่อนโหดร้ายทารุณ ซึ่งได้กระทบกระเทือนมโนธรรมของมนุษยชาติอย่างรุนแรง และโดยเหตุที่ได้มีการ ประกาศปฏิธานอันสูงสุดของสามัญชนว่าถึงวาระแห่งโลกแล้วที่มนุษย์จะมีเสรีภาพในการพูดและในความเชื่อถือ รวมทั้งมีเสรีภาพจากความกลัวและความต้องการ

ด้วยเหตุที่เป็นสิ่งจำเป็นที่มนุษย์ชนควรได้รับความคุ้มครองโดยหลักนิติธรรม ถ้าไม่พึงประสงค์ให้มนุษย์ต้องถูกบีบบังคับให้หาทางออก โดยการกบฏต่อท้าวและกบฏต่ออันเป็นที่พึ่งแห่งสุดท้าย ด้วยเหตุที่ประชาชาชนแห่งสหประชาชาติได้ยืนยันไว้ในกฎบัตรถึงความเชื่อมั่นในสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตัวบุคคลและในความเสมอกันแห่งสิทธิของทั้งชายและหญิง และได้ตัดสินใจที่จะส่งเสริมความก้าวหน้าทางสังคมตลอดจนมาตรฐานแห่งชาติให้ดีขึ้นได้ มีเสรีภาพมากขึ้น

ด้วยเหตุที่รัฐสมาชิกได้ปฏิญาณที่จะให้ได้มา โดยการร่วมมือกับสหประชาชาติ ซึ่งการส่งเสริมการเคารพและการถือปฏิบัติโดยสากลต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ด้วยเหตุที่ความเข้าใจตรงกันในเรื่องสิทธิและเสรีภาพความสำคัญยิ่งเพื่อให้ปฏิญานนี้เกิดสัมฤทธิ์ผลอย่างเต็มเปี่ยมดังนั้น บัดนี้

หลักสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ

องค์การสหประชาชาติ(UN) ให้การรับรองหลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ที่เรียกว่า "ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน" เมื่อวันที่ ๑๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๔๙๑ เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติต่อพลเมืองของตน และชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศของตนอย่างมีมนุษยธรรม

สมัชชาจึงประกาศให้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้เป็นมาตรฐานร่วมกันแห่งความสำเร็จสำหรับประชาชนทั้งหลายและประชาชาติทั้งปวง ด้วยจุดประสงค์ที่จะให้ปัจเจกบุคคลทุกผู้ทุกนามและองค์การของสังคมทุกหน่วย โดยการระลึกเสมอ ๆ ถึงปฏิญญานี้ พยายามสั่งสอนและให้การศึกษาศึกษาเพื่อส่งเสริมการเคารพต่อสิทธิและเสรีภาพเหล่านี้ และด้วยมาตรการที่เจริญ ก้าวหน้าไปข้างหน้า ทั้งในและระหว่างประเทศเพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับและการถือปฏิบัติต่อสิทธิเหล่านั้นสากลและได้ผลทั้งในหมู่ประชาชนของรัฐ สมาชิกเอง และในหมู่ประชาชนแห่งดินแดนที่อยู่ภายใต้ตุลาณาของรัฐสมาชิกดังกล่าว

ข้อ ๑ มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอิสระและเท่าเทียมกันทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิทุกคนได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันพี่น้อง

ข้อ ๒ บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพประดาที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ ทั้งนี้โดยไม่มีกรจำแนกความแตกต่างในเรื่องใด ๆ เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมือง หรือทางอื่นใดชาติหรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิด หรือสถานะอื่นใด

นอกจากนี้การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะทางการเมือง ทางตุลาณาหรือทางเรื่องระหว่างประเทศของประเทศ หรือดินแดนซึ่งบุคคลสังกัดจำทำมิได้ ทั้งนี้ไม่ว่าดินแดนดังกล่าวจะเป็นเอกราชอยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเองหรืออยู่ภายใต้การจำกัดแห่งอธิปไตยอื่นใด

ข้อ ๓ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิต ในเสรีธรรมและในความมั่นคงแห่งร่างกาย

ข้อ ๔ บุคคลใดจะถูกบังคับให้เป็นทาสหรืออยู่การระจำยอมใด ๆ มิได้ การมีทาสและการค้าทาสจะมีไม่ได้ในทุกรูปแบบ

ข้อ ๕ บุคคลใดจะถูกทรมาน หรือได้รับการปฏิบัติ หรือการลงทัณฑ์ซึ่งทารุณโหดร้ายไร้มนุษยธรรมหรือหยามเกียรติมิได้

ข้อ ๖ ทุก ๆ คนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลในกฎหมายไม่ว่า ณ ที่ใด

ข้อ ๗ ทุก ๆ คนต่างเสมอกันในกฎหมายและชอบที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ ทุก ๆ คนชอบที่จะได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอหน้าจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และต่อการยุยงส่งเสริมให้เกิดการเลือกปฏิบัติเช่นนั้น

ข้อ ๘ บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอย่างได้ผลโดยศาลแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจเนื่องจากการกระทำใด ๆ อันละเมิดต่อสิทธิขั้นมูลฐาน ซึ่งตนได้รับจากรัฐธรรมนูญหรือจากกฎหมาย

ข้อ ๙ บุคคลใดจะถูกจับ กักขัง หรือเนรเทศโดยพลการมิได้

ข้อ ๑๐ บุคคลชอบที่จะเท่าเทียมกันอย่างบริบูรณ์ในอันที่จะได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรมและเปิดเผยโดยศาลซึ่งเป็นอิสระและไร้อคติ ในการวินิจฉัยชี้ขาดสิทธิและหน้าที่ ตลอดจนข้อที่ตนถูกกล่าวหาใดๆ ทางอาญา

ข้อ ๑๑

(๑) บุคคลซึ่งถูกกล่าวหาด้วยความผิดทางอาญา มีสิทธิที่จะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์จนกว่าจะมีการพิสูจน์ว่ามีความผิดตามกฎหมายในการพิจารณา โดยเปิดเผย ณ ที่ซึ่งตนได้รับหลักประกันทั้งหมดที่จำเป็นในการต่อสู้คดี

(๒) บุคคลใดจะถูกถือว่ามีความผิดอันมีโทษทางอาญาใด ๆ ด้วยเหตุผลที่ตนได้กระทำหรือละเว้นการกระทำใด ๆ ซึ่งกฎหมายของประเทศหรือกฎหมายระหว่างประเทศ ในขณะที่มีการกระทำนั้นมิได้ระบุว่ามีความผิดทางอาญามีได้ และโทษที่จะลงแก่บุคคลนั้นจะหนักกว่าโทษที่ใช้อยู่ในขณะที่การกระทำผิดทางอาญานั้นเกิดขึ้นมิได้

ข้อ ๑๒ การเข้าไปแทรกสอดโดยพลการในกิจส่วนตัว ครอบครัว เศรษฐกิจ การส่งข่าวสาร ตลอดจนการรุดมติดต่อเกียรติยศและชื่อเสียงของบุคคลนั้นจะกระทำมิได้ ทุก ๆ คนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายจากการแทรกสอดและโจมตีดังกล่าว

ข้อ ๑๓

(๑) บุคคลมีสิทธิที่จะมีเสรีภาพในการเคลื่อนย้าย และในถิ่นที่อยู่ภายในขอบเขตดินแดนของแต่ละรัฐ

(๒) บุคคลมีสิทธิที่จะเดินทางออกจากประเทศใด ๆ รวมทั้งของตนเองและที่จะกลับคืนสู่บ้านเกิดเมืองนอน

ข้อ ๑๔

(๑) บุคคลมีสิทธิที่จะแสวงหาและพักพิงในประเทศอื่น ๆ เพื่อลี้ภัยจากการกดขี่ข่มเหง

(๒) สิทธินี้จะกล่าวอ้างมิได้ในกรณีการฟ้องคดีซึ่งโดยความจริงเกิดจากความผิดที่ไม่ใช่เรื่องการเมือง หรือจากการกระทำที่ขัดต่อความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติ

ข้อ ๑๕

(๑) บุคคลมีสิทธิในการถือสัญชาติ

(๒) การถอนสัญชาติโดยพลการ หรือการปฏิเสธสิทธิที่จะเปลี่ยนสัญชาติของบุคคลใดนั้นจะกระทำมิได้

ข้อ ๑๖

(๑) ชายและหญิงเมื่อเจริญวัยบรรลุนิติภาวะแล้ว มีสิทธิที่จะสมรสและที่จะสร้างครอบครัวโดยไม่มีภาระจำกัดใด ๆ เนื่องจากเชื้อชาติ สัญชาติ หรือศาสนา บุคคลชอบที่จะมีสิทธิเท่าเทียมกันในเรื่องการสมรสในระหว่างการสมรส และในการขาดจากการสมรส

(๒) การสมรสจะกระทำได้อีกโดยความยินยอมอย่างเสรี และเต็มใจของคู่บ่าวสาวผู้ตั้งใจจะกระทำการสมรส

(๓) ครอบครัว คือ กลุ่มซึ่งเป็นหน่วยธรรมชาติและพื้นฐานของสังคมและชอบที่จะได้รับการคุ้มครองโดยสังคมและรัฐ

ข้อ ๑๗

(๑) บุคคลมีสิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สินโดยลำพังตนเอง และโดยความร่วมมือกับผู้อื่น

(๒) การยึดเอาทรัพย์สินของบุคคลใดไปเสียโดยพลการกระทำมิได้

ข้อ ๑๘ บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด มโนธรรม และศาสนา สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะเปลี่ยนศาสนา หรือความเชื่อถือ และเสรีภาพที่จะแสดงให้ศาสนาหรือความเชื่อถือประจักษ์ในรูปของการสั่งสอนการปฏิบัติ กิจความเคารพสักการบูชา สวดมนต์ และการถือปฏิบัติพิธีกรรม ไม่ว่าโดยลำพังตนเองหรือร่วมกับผู้อื่นในประชาคม และในที่สาธารณะหรือส่วนตัว

ข้อ ๑๙ บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความเห็นและการแสดงออก สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะยึดมั่นในความเห็นโดยปราศจากการแทรกสอดและที่จะแสวงหารับ ตลอดจนแจ้งข่าว รวมทั้งความคิดเห็นโดยผ่านสื่อใด ๆ และโดยมีต้องคำนึงถึงเขตแดน

ข้อ ๒๐

(๑) บุคคลมีสิทธิเสรีภาพแห่งการชุมนุมและการสมาคมโดยสงบ

(๒) การบังคับให้บุคคลเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมจะทำได้

ข้อ ๒๑

(๑) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมในรัฐบาลแห่งประเทศตน ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยผู้แทนซึ่งผ่านการเลือกอย่างเสรี

(๒) บุคคลมีสิทธิเข้าถึงเท่ากันในบริการสาธารณะในประเทศของตน

(๓) เจตจำนงของประชาชนจะเป็นฐานแห่งอำนาจของรัฐบาล เจตจำนงนี้จะแสดงออกโดยการเลือกตั้งเป็นครั้งเป็นคราวอย่างแท้จริง ด้วยการให้สิทธิออกเสียงอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันและโดยการลงคะแนนลับหรือวิธีการลงคะแนนอย่างเสรีที่คล้ายคลึงกัน

ข้อ ๒๒ ในฐานะสมาชิกของสังคมด้วยความเพียรพยายามของชาติตลอดจนความร่วมมือระหว่างประเทศและโดยสอดคล้องกับการจัดระเบียบและทรัพยากรของแต่ละรัฐ บุคคลมีสิทธิในความมั่นคงทางสังคมและชอบที่จะได้รับผลแห่งสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรมซึ่งจำเป็นต่อศักดิ์ศรีและการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเสรีของตน

ข้อ ๒๓

(๑) บุคคลมีสิทธิที่จะทำงานที่จะเลือกงานอย่างเสรี ที่จะมิสภาวะการทำงานที่ยุติธรรมและพอใจและที่จะได้รับความคุ้มครองจากการว่างงาน

(๒) บุคคลมีสิทธิในการรับค่าตอบแทนเท่ากันสำหรับการทำงานที่เท่ากัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติใด ๆ

(๓) บุคคลผู้ทำงานมีสิทธิในรายได้ซึ่งยุติธรรมและเอื้อประโยชน์เพื่อเป็นประกันสำหรับตนเองและครอบครัวให้การดำรงชีวิตมีค่าควรแก่ศักดิ์ศรีของมนุษย์ และถ้าจำเป็นก็ชอบที่จะได้รับความคุ้มครองทางสังคมอื่น ๆ เพิ่มเติม

(๔) บุคคลมีสิทธิที่จะก่อตั้งและเข้าร่วมกับสหภาพแรงงานเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ของตน

ข้อ ๒๔ บุคคลมีสิทธิในการพักผ่อนและเวลาว่าง รวมทั้งการจำกัดเวลาการทำงานที่ชอบด้วยเหตุผลและมีวันหยุดครั้งคราวที่ได้รับค่าตอบแทน

ข้อ ๒๕

(๑) บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็นและสิทธิในความมั่นคงกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย ว่างงาน หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในพฤติการณ์อันเกิดจากที่ตนจะควบคุมได้

(๒) มารดา และบุตรชอบที่จะได้รับการดูแลและความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในหรือนอกสมรสย่อมได้รับความคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน

ข้อ ๒๖

(๑) บุคคลมีสิทธิในการศึกษา การศึกษาจะเป็นสิ่งที่ให้เปล่าโดยไม่คิดมูลค่า อย่างน้อยที่สุดในชั้นประถมศึกษาและขั้นพื้นฐาน ชั้นประถมศึกษาให้เป็นการศึกษาภาคบังคับ บ3586 ชั้นเทคนิคและชั้นประกอบอาชีพ เป็นการศึกษาที่จะต้องจัดให้มีขึ้นโดยทั่ว ๆ ไป และชั้นสูงเป็นชั้นที่จะเปิดให้ทุกคนเท่ากันตามความสามารถ

(๒) การศึกษาจะมุ่งไปในทางพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่และเพื่อเสริมพลังการเคารพต่อสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นมูลฐานให้แข็งแกร่ง ทั้งจะมุ่งเสริมความเข้าใจ ขันติและมิตรภาพในระหว่างประชาชาติ กลุ่มเชื้อชาติ หรือกลุ่มศาสนา และจะมุ่งขยายกิจกรรมของ สหประชาชาติ เพื่ออํารงสันติภาพ

(๓) ผู้ปกครองมีสิทธิก่อนผู้อื่นที่จะเลือกชนิดของการศึกษาสำหรับบุตรหลานของตน

ข้อ ๒๗

(๑) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการใช้ชีวิตทางด้านวัฒนธรรมในประชาคมอย่างเสรี ที่จะหิงใจในศิลปะและมีส่วนในความคืบหน้าและผลประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์

(๒) บุคคลมีสิทธิในการรับความคุ้มครองประโยชน์ทางด้านศีลธรรมและทางวัตถุอันเป็นผลได้จากการประดิษฐ์ทางวิทยาศาสตร์ วรรณกรรมและศิลปะซึ่งตนเป็นเจ้าของ

ข้อ ๒๘

บุคคลชอบที่จะได้รับผลประโยชน์จากระเบียบสังคมและระหว่างประเทศอันจะอำนวยความสะดวกและเสรีภาพบรรดาที่ได้รับในปฏิญานี้ทำได้อย่างเต็มที่

ข้อ ๒๙

(๑) บุคคลมีหน้าที่ต่อประชาคมอันเป็นที่เดียวซึ่งบุคลิกภาพของตนจะพัฒนาได้อย่างเสรีและเต็มความสามารถ

(๒) ในการใช้สิทธิและเสรีภาพบุคคลต้องอยู่ภายใต้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะ เพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับ และการเคารพโดยชอบในสิทธิเสรีภาพของผู้อื่นและเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติและสวัสดิการโดยทั่ว ๆ ไป ในสังคมประชาธิปไตย

(๓) สิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ มีว่าจะด้วยกรณีใดจะใช้ให้ขัดกับความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติไม่ได้

ข้อ ๓๐

ข้อความต่าง ๆ ตามปฏิญานี้ไม่เปิดช่องที่จะแปลความได้ว่าให้สิทธิใด ๆ แก่รัฐ กลุ่มชนหรือบุคคลใด ๆ ที่จะประกอบกิจกรรม หรือกระทำการใด ๆ อันมุ่งต่อการทำลายสิทธิและเสรีภาพใด ๆ บรรดาที่ได้รับไว้ในบทบัญญัติฉบับนี้

(แปลและเรียบเรียงโดยคณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ(UNESCO))

สิทธิผู้ป่วย (Patients rights)

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้าน ฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอม หรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือชีวิต หรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือชีวิตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบ ชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิขอเปลี่ยนผู้ให้บริการแก่ตน และสถานที่บริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัย ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียน เมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิของตนเองได้

ความตายและภาวะใกล้ตาย (Dead and Dying: How to care)

ความตายเป็นส่วนหนึ่งในพัฒนาการของชีวิตเรา มนุษย์เป็นสัตว์ชนิดเดียวที่ตระหนักในความตายของตัวเอง (Rybash and others, 1991 P. 509) ความกลัวตายของมนุษย์เป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Learning process) ดังนั้นปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ทราบของตัวเองกำลังจะตายจึงเป็นปฏิกิริยาที่เกิดมาจากผลของการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีต (Past experiences) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็จัดการกับปัญหาเกี่ยวกับความตายของตัวเองแตกต่างกันออกไป

คำจำกัดความของความตาย (Definintions of death) แต่เดิมมานั้นถูกกำหนดโดยการหยุดลงของการ

ทำหน้าที่ทางชีววิทยา (Biological function) เช่น หยุดหายใจ (Lack of respiration) ชีพจรและหัวใจหยุดเต้น (Lack of pulse and heartbeat) รวมถึงการไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น แสง การเคลื่อนไหว และความเจ็บปวด ตลอดถึงตัวแข็ง และอุณหภูมิของร่างกายลดต่ำ ลงกว่าปกติ ซึ่งตามมาด้วยตัวบวมและเริ่มเน่าเหม็น (Kastenbaum, 1995 P. 29)

แต่เนื่องจากในปัจจุบันในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา เป็นยุคที่มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ในเทคโนโลยีทางการแพทย์ จึงเป็นการยากสำหรับแพทย์ที่จะกำหนดลงไปว่าผู้ป่วยลักษณะใดจึงจะถือว่าตายแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่ต่อชีวิตอยู่ ดังนั้นแพทย์สมัยปัจจุบัน จึงกำหนดความหมายของการตายโดยใช้สมองตาย (Brain death) เป็นตัวกำหนดทั้ง ในทางการแพทย์ และทางกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การวินิจฉัยตามคณะกรรมการเฉพาะกิจของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Ad Hoc Committee, 1968) คือมาตรฐานของฮาร์วาร์ด (The Harvard Criteria) ดังต่อไปนี้

1. Unreceptive and unresponsive คือไม่มีการรับรู้และตอบสนองใด ๆ แม้จะถูกกระตุ้นด้วยการทำให้เจ็บปวดมาก ๆ ก็ไม่มีเสียงร้องหรือตอบสนองแบบอื่น
2. No movements and no breathing คือไม่มีการเคลื่อนไหวเองของกล้ามเนื้อและการหายใจ
3. No reflexes ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบใด ๆ ในการทดสอบทางระบบประสาทสรีรวิทยา เช่น ถ้าใช้ไฟส่องตามานตาก็จะไม่ตื๊ดตัว
4. A flat EEG. คือ เครื่อง Electroencephalogram ราบเรียบไม่มีสัญญาณคลื่นใดๆ ซึ่งต้องใช้เวลาสังเกตอย่างน้อย 10 นาที และสำรวจตลอดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

เนื่องจากเกณฑ์ของฮาร์วาร์ดนั้นเมื่อนำมาใช้จริงแล้วเป็นการยากในทางปฏิบัติ ดังนั้นจึงมีการปรับปรุงใหม่ให้ดีขึ้น โดยที่ปรึกษาทางการแพทย์ในการวินิจฉัยการตายเสนอต่อประธานกรรมการการศึกษาและวิจัยปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ ชีวเวชศาสตร์และพฤติกรรม (American Medical Association, 1981) ดังนี้

การระบุว่าบุคคลใดที่การทำงานทั้งสองทั้งหมดบ3619 รวมทั้งก้านสมอง (Brain stem) หยุดลงและไม่สามารถแก้ไขได้ถือว่าตายแล้ว การระบุว่าบุคคลตายแล้วจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานการยอมรับทางการแพทย์ ดังนี้

1. การหยุดทำงานของสมองจะพิจารณาประเมิน 2 ประเด็น คือ
 - ก. สมองส่วนใหญ่หยุดทำงาน คืออยู่ในขั้น Deep coma ซึ่งผล EEG จะราบเรียบและผลของ Angiography จะแสดงการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงสมองขาดไปอย่างน้อย 10 นาที
 - ข. ก้านสมองหยุดทำงาน สังเกตจากไม่มี Reflex จากตาต่อแสงกระตุ้น ตาไม่มีการเคลื่อนไหวเมื่อเคลื่อนไหวศีรษะไปด้านข้าง รวมทั้งไม่มี Reflex ด้านต่าง ๆ เช่น Corneal reflex, Gag reflex, Cough reflex, Respiratory reflexes
2. ความตายซึ่งไม่สามารถแก้ไขอะไรได้อีกพิจารณาจาก 3 ประเด็น คือ
 - ก. การมีอาการโคม่าทำให้ทราบได้ว่าการทำงานของสมองสูญเสียไป
 - ข. ความเป็นไปได้ที่สมองจะสามารถดีขึ้นได้ไม่มีแล้ว
 - ค. สมองหยุดทำงานนานพอสมควร โดยดูจาก EEG หรือข้อมูลเกี่ยวกับการหยุดไหลเวียนของเลือดอย่างน้อย 10 นาที

มีข้อพึงระวังที่ ทำให้การวินิจฉัยอาจผิดพลาด คือ

1. การใช้ยากดประสาท
2. ผู้ป่วย Hypothermia ซึ่งอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 32.2 เซลเซียส
3. เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีการต่อต้านการถูกทำลายและมีศักยภาพในการฟื้นตัวได้ดีกว่า แม้ว่าจะมีการแสดงการตอบสนองในระยะเวลาที่นานกว่าผู้ใหญ่ก็ตาม
4. อาการ Shock ถ้าเป็นเหตุให้เกิดการไหลเวียนของโลหิตลดลงมากได้ในขณะนั้นในสมัยโบราณนั้น

ความตายในคนทุกวัยจะอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน เช่น วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้อัตราตายลดลงในทุกวัย เรื่องของความตายในปัจจุบันจึงเกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุมากที่สุดเนื่องจากเป็นวัยซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยากกว่าวัยอื่น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องของการผ่านไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ประมาณร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาเชื่อว่าชีวิตหลังความตายอยู่ไม่รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (Kalish, 1985)

เราสามารถพิจารณาความตายได้หลายประเด็น เช่น ในแง่ของเวลา ความตายมีสอง ลักษณะ คือ ความตายเมื่อถึงเวลาที่สมควรตาย (Timely death or "on time" or postmature) และความตายที่ยังไม่สมควรตาย หรือยังไม่ถึงเวลา (Untimely death or "off time" or premature) เช่น ความตายของเด็ก ๆ หรือคนอายุน้อย ในขณะที่ความตายแบบแรกได้แก่ความตายของผู้สูงอายุซึ่ง แก่มากแล้ว (Kearl, 1989 P. 121)

อีกประเด็นหนึ่งของความตายคือ "ตายดี" และ "ตายร้าย" ("Good" deaths and "Bad" deaths) ซึ่งอาจไม่เกี่ยวกับเงื่อนไขของเวลา คนที่ตายดีอาจตายตั้งแต่อายุยังไม่มากหรือยังไม่แก่ก็ได้ เช่น อเล็กซานเดอร์มหาราชตายเมื่อถึงจุดสูงสุดของชัยชนะต่อศัตรูทั้งปวง นายพลเพพตัน ตายภายหลังจากรบชนะในสงครามโลกครั้งที่สองโดยที่สงครามสงบได้ไม่นาน ดังนั้นตายดีใน ลักษณะนี้จึงเป็น Premature death ส่วนตายร้ายอาจได้แก่ ตายเพราะฆ่าตัวตาย (Suicide) ฆาตกรรม (Homicide) หรืออุบัติเหตุ (Accidental death) อย่างไรก็ตาม Timely death อาจหมายถึงตายร้ายก็ได้ ถ้าเป็นกรณีของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและต้องทนทุกข์ทรมานก่อนตายเป็นอย่างมาก (Kearl, 1989 PP. 120 - 165) เพราะฉะนั้นตายดีจึงเป็นลักษณะของการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีความหมาย ส่วนตายร้ายนั้นเป็นลักษณะตรงกันข้าม ในแง่ของความตั้งใจที่จะตายถ้าแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ Intentional เช่น การฆ่าตัวตาย Unintentional เช่น ตายเพราะบาดเจ็บหรือติดเชื้อ และ Subintentional เช่น ติดสุรา สารเสพติด สูบบุหรี่ ภัย ฯลฯ อันเป็นลักษณะของการต้องการตายโดยจิตใต้สำนึก (Kaplan and Sadock, 1998 P. 65) ความตายเมื่อพิจารณาในแง่ของการสูญเสีย (Kalish, 1985) คือการสูญเสียต่างๆ ดังนี้

1. Loss of ability to have experience
2. Loss of ability to predict subsequent events
3. Loss of the body
4. Loss of the ability to care for dependents
5. Loss suffered by family and friends
6. Loss of the opportunity to complete plans and projects
7. Loss of being in a relatively painful state

ปฏิบัติการต่อการตายและการสูญเสีย

Elisabeth Kubler-Ross (1969) เป็นจิตแพทย์ผู้ซึ่งศึกษาปฏิบัติการต่อการที่ผู้ป่วยทราบว่าตัวเองกำลังจะตาย โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. Denial (Shock) คือการตกใจและปฏิเสธความจริงว่ามันไม่ได้เป็นอย่างนั้นแน่ ๆ ผู้ป่วยจะพยายามไปรักษาที่โรงพยาบาลและแพทย์ที่อื่น ๆ
2. Anger คือความโกรธ โกรธที่ตัวเองกำลังจะตาย โกรธแพทย์และทีมผู้รักษา ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ฯลฯ
3. Bargaining เป็นความรู้สึกที่อยากต่อรองกับความตายและความสูญเสียที่กำลังจะมาถึง อยากจะเลื่อนเวลาออกไป เพื่อที่จะปรับปรุงวิถีชีวิตใหม่ หรือทำงานอุทิศตัวเพื่ออุดมการณ์บางอย่างตามความเชื่อของตน
4. Depression ช่วงนี้มีอาการซึมเศร้า หมดแรง มองโลกในแง่ลบ เมื่ออาหาร นอนไม่หลับ อยากตาย
5. Acceptance เป็นระยะที่ยอมรับความจริง พร้อมใจที่จะเผชิญกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัว ในระยะนี้พฤติกรรมจะมีความเหมาะสมกว่าระยะต่าง ๆ ที่ผ่านมา

ทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าวเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ใกล้ตายรวมทั้งญาติและผู้ใกล้ชิดก็มีความรู้สึกแบบเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในทางเป็นจริงแล้วผู้อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายคนก็ไม่ได้เกิดความรู้สึกทั้ง 5 ขั้นตอนทั้งหมดจริง ๆ แล้วอาจมีเพียงบางขั้นตอนในบางคน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับดังกล่าว

E. Mansell Pattison (1977) ได้แบ่งปฏิกิริยาต่อการตายไว้ 3 ระยะ คือ

1. The acute phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยตระหนักว่าตัวเองกำลังจะตาย ซึ่งเกิดขึ้นไวกว่าที่คาดไว้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะวิตกกังวล โกรธ ก้าว หรือคับแค้นใจ
2. The Chronic phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับความกลัวตาย กลัวการโดดเดี่ยวความทุกข์ทรมาน การพรากจากคนรัก และกลัวสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่รู้จะเกิดขึ้น ระยะนี้แพทย์และทีมผู้รักษาต้องให้การปรึกษาช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
3. The terminal phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มลดความคาดหวังที่จะหายจากโรคตระหนักว่าโรคจะอาการกำเริบมากขึ้น แยกตัวจากผู้อื่นและคิดถึงตัวเองมากขึ้น

ทั้ง 3 ระยะนี้ก็เช่นเดียวกับ Kubler - Ross กล่าวคือ ไม่ทุกคนที่จะเป็นตามที่กล่าวมา การตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity)

การตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายพึงจะได้รับ เป็นเรื่องของคุณภาพชีวิตก่อนตาย ความสงบและผ่อนคลาย การเคารพตนเอง การมีเกียรติ มติ คุณค่า ดังนั้นในกระบวนการรักษาจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ความเจ็บปวดและมีโอกาสได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นครอบครัวกับสมาชิกอันเป็นที่รัก ซึ่ง Hospice program จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี เพราะ Hospice program เป็นการจัดการแบบ Humanistic ให้กับผู้ที่กำลังจะตาย (Dying person) เป็นการเน้นจัดการให้มีความสะดวกสบายมากกว่าเน้นการรักษาให้หาย การดูแลเพื่อกำจัดหรือลดความเจ็บปวดเป็นประเด็นหลัก สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นแบบที่บ้าน ไม่มีเครื่องไม้เครื่องมือต่างๆ ที่จะช่วยชีวิตระยะยาวอยู่รอบตัว Hospice program อาจจัดแยกเป็นส่วนหนึ่งในโรงพยาบาลต่างหาก หรือจัดที่บ้านของผู้ที่กำลังจะตายก็ได้

Hospice program จะเน้น 3 ประเด็นหลักคือ 1) ควบคุมความเจ็บปวด (Controlspain) 2) การตายอย่างง่าย ๆ (To die a simple death) คือตายอย่างเป็นธรรมชาติ และ 3) ให้ความรักและการดูแลที่ดี ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับ Palliative care program ที่เน้น "Whole person medicine" (Doutre, Stillwell, and Ajemian, 1979) แต่ Palliative care program จะเน้นอยู่ในโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน

สิทธิที่จะตาย (The Right to Die)

ผู้ป่วยที่รักษาไม่หายยอมมีสิทธิที่จะเลือกตายได้ตามสมควรซึ่งเกี่ยวข้องกับเมตตามรณะ (Euthanasia) และพินัยกรรมชีวิต (Living wills) Euthanasia หมายถึงการตายที่สงบหรือตายดี (A good or peaceful death) โดยปราศจากความทุกข์ แต่ในปัจจุบันใช้กันมากในความหมาย "Mercy Killing" หรือตายด้วยเมตตา หรือเมตตามรณะ เป็นการทำให้ตายไปจากความทรมานที่ไม่อาจรักษาได้เมตตามรณะแบ่งเป็น 4 ชนิด คือ (Kaplan & Sadock, 1998 P. 74)

1. Active euthanasia คือการที่แพทย์ผู้รักษาทำวิธีใดวิธีหนึ่งให้ผู้ป่วยที่ไม่มีทางรักษาได้ให้ตายพ้นจากความเจ็บปวดทรมาน
2. Passive euthanasia คือการที่แพทย์ละเลยไม่ทำการรักษาต่อ เพราะต้องการให้ผู้ป่วยตายไปเองเพื่อพ้นจากการทรมาน
3. Voluntary euthanasia เป็นการสมัครใจของผู้ป่วยที่จะให้เลิกการรักษาตัวเองเพื่อให้พ้นทรมาน
4. Involuntary euthanasia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะบอกกล่าวหรือรับรู้กับผู้อื่นได้ ดังนั้นการตัดสินใจรักษาหรือไม่จึงเป็นการตัดสินใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง

เมตตามรณะแบบที่ 3 เป็นการสมัครใจของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ก่อนแล้ว ดังนั้นจึงเป็นการง่ายสำหรับแพทย์และผู้ดูแลที่จะตัดสินใจกระทำ การใด ๆ ได้ตามที่ผู้ป่วยใกล้ตายได้แจ้งความจำนงไว้ ซึ่งในการทำพินัยกรรมนั้น เจ้าของพินัยกรรมจะต้องทำในขณะที่มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ

ส่วน Physician - assisted suicide หมายถึงการที่แพทย์ช่วยให้คนป่วยได้ฆ่าตัวตายเองเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมานจากการป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย เช่น กรณีของนายแพทย์ Jack Kevorkian ได้สร้างเครื่องมือฆ่าตัวตายเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจให้ฆ่าตัวตายเองภายใต้คำแนะนำของแพทย์ (Kastenbaum, 1995) ซึ่งเป็นเรื่องที่เปิดเป็นประเด็นให้ฟ้องร้องและถกเถียงกันทั้งในวงการแพทย์และวงการกฎหมายและจริยธรรมมาเป็นเวลาเกือบ 10 ปี การตัดสินใจอีกประการหนึ่งในทางการแพทย์ที่เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้ทรมานจากกระบวนการรักษาโดยไม่จำเป็นคือ DNR หรือ "Do not resuscitate" เป็นการไม่ให้เครื่องช่วยหรือวิธีการรักษาโดยใช้เครื่องมือเทียมต่าง ๆ เพิ่มเติมไปจากเดิม (Kaplan & Sadock, 1998 P. 68) ซึ่งไม่ใช่การจงใจให้ตายเหมือน Passive euthanasia เพียงแต่เป็นการไม่เพิ่มวิธีการรักษาอันเป็นการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลงไป

ประเด็นทางจริยธรรม (Ethical issues)

มักจะเป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่เสมอว่าควรบอกหรือไม่บอกดีเกี่ยวกับอาการป่วยใกล้ตายอย่างแน่นอน ซึ่ง Glaser and Strauss (1977) กล่าวว่ามีความตระหนักในบริบท 2 ชนิด คือ Closed awareness context และ Open awareness context ดังนี้

Closed awareness context คือทุกคน (รวมทั้งผู้ป่วย) ทราบว่า ผู้ป่วยต้องตายแต่ไม่มีใครกล้าพูดถึงความจริงนั้น ซึ่งเราเรียกว่า "Ritual drama or mutual pretense" สมาชิกในครอบครัวอาจพูดกับผู้ป่วยถึงการไปเที่ยวทะเลช่วงฤดูร้อน ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเหลือเวลาอีกไม่กี่วันก็จะตาย วิธีนี้อาจช่วยให้ทีมผู้รักษาสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกออกมา แต่ทำให้เกิดปัญหาคือผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก

Open awareness context เป็นวิธีที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ ซึ่งทีมผู้รักษา สมาชิกครอบครัว และผู้ป่วยต่างก็มาแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความรู้สึกและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ทำให้ผู้ป่วยได้พูดอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับความตายและความรู้สึกเกี่ยวกับการตาย และยังเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้จัดการในหน้าที่สุดท้ายเกี่ยวกับการเงิน ทรัพย์สิน การสั่งเสียในครอบครัวตลอดจนพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ

อย่างไรก็ตามอาจมีผู้ป่วยส่วนน้อยบางรายที่ชอบ Closed awareness context และไม่ชอบ Open awareness context ซึ่งทีมผู้รักษาและผู้เกี่ยวข้องจะต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นการสำคัญ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

การเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่กำลังจะตายนั้น ต้องการความเข้าใจ (Understanding) และการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นเป็นพิเศษ (Sensitivity) คนส่วนใหญ่มักจะรู้สึกไม่ดีกับคำว่า ภาวะใกล้ตาย (Dying) เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ที่ยังมีชีวิตกับผู้ที่กำลังป่วยจะเสียชีวิตให้ปฏิบัติตามคำแนะนำนี้

1. ให้เข้าใจความรู้สึกตนเองก่อนว่ารู้สึกเช่นไรกับภาวะใกล้ตายและความตาย (Death) เราจะต้องสามารถยอมรับความตายเป็นเรื่องปกติของทุกคน และแม้แต่ตัวเราเองก็จะต้องตายเช่นกัน ถ้าเราไม่สามารถยอมรับในจุดนี้ เรายังจะรู้สึกไม่สบายใจในการคุยอย่างเข้าใจกับคนที่กำลังป่วยในระยะสุดท้ายได้

2. แสดงให้เห็นว่าคุณมีความพร้อมและเต็มใจที่จะคุยกับผู้ป่วย การแสดงออกทั้งทางภาษาพูด การสัมผัส การกอด และไม่พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ พยายามแสดงให้เห็นว่าเราพร้อมที่จะเป็นกั ำลังใจ เข้าใจและคอยรับฟังเขาเสมอ

3. ถ้ารู้สึกไม่สบายใจในการพูดถึงบางหัวข้อเรื่องให้บอกผู้ป่วยถึงข้อจำกัดหรือความรู้สึกของตนเองแก่ผู้ป่วย ความซื่อสัตย์ เปิดเผย และเคารพซึ่งกันและกันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ

4. ตอบคำถามให้ถูกต้องที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้ามีคำถามใดที่ตอบไม่ได้ ให้สอบถามหรือหาผู้ที่สามารถตอบได้มาอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ถ้าผู้ป่วยยังมีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ควรบอกให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ แต่ไม่ควรพูดจนเกินเลยความเป็นจริง

5. ให้เวลาแก่ผู้ป่วยต่อการที่จะยอมรับสถานการณ์ด้วยตัวของเขาเอง อย่าไปบังคับให้เขาต้องยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น แต่พยายามให้ข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องต่อเขา การยอมรับในชะตากรรมของตนเองนั้นเป็นขั้นตอนสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการของภาวะใกล้ตาย

6. เคารพในความเชื่อด้านปรัชญาและศาสนาของผู้ที่กำลังจะตาย อย่าได้ค้านหรือทำให้ผู้ป่วยถึงความเชื่อในด้านเหล่านี้ของเขา เราต้องพยายามเปิดใจให้กว้าง รับฟัง ยอมรับ และให้กำลังใจ

7. ช่วยให้ครอบครัวและเพื่อนยอมรับความจริงถึงเรื่องความตายของผู้ป่วย เมื่อคนใกล้ชิดผู้ป่วยยอมรับได้ จะมีผลต่อความรู้สึกผู้ป่วยเองที่ยอมรับได้เช่นกัน และระลึกไว้เสมอว่าญาติและเพื่อนผู้ป่วยก็มีบางสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเช่นกัน ให้แสดงให้เห็นว่าเราพร้อมที่จะช่วยเมื่อเราต้องการ

ความโศกเศร้า

Grief, Mourning and Bereavement

Grief เป็นความรู้สึกโศกเศร้าเนื่องจากสูญเสียคนรอบข้างอันเป็นที่รัก ส่วน Mourning เป็นกระบวนการที่จะช่วยจัดความโศกเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการแสดงออกโดยพฤติกรรมทางสังคม และกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแต่งกายและพิธีกรรมในงานศพ ฯลฯ เป็นต้น ส่วน Bereavement เป็นภาวะที่คนรู้สึกสูญเสียเนื่องจากคนใกล้ชิดอันเป็นที่รักตายจากไป รวมเวลาถึงกระบวนการ Mourning ด้วย (Kaplan and Sadock, 1998)

Normal Grief ถือเป็นความโศกเศร้าที่ไม่ซับซ้อน สามารถคาดการณ์อาการและระยะเวลาได้ Bowlby ได้จัดขั้นตอนของความโศกเศร้าไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. รู้สึกเสียใจรุนแรง โดยแสดงออกในลักษณะโกรธแค้น หรือชาไม่รู้สึกตัว (numbness) แรก ๆ อาจปฏิเสธ และแสดงความโกรธออกมาซึ่งเป็นอาการปกติ บางคนจะอยู่ในขั้นนี้เป็นเดือนหรือไม่กี่วัน หรือเมื่ออาการนี้หายแล้ว ก็อาจกลับมาอีกได้ใน mourning process

2. เป็นขั้นที่คิดถึงและไปเรียกหาผู้ตาย บุคคลจะมีอาการไม่อยู่เนิ่งคิดแต่เรื่องของผู้ตายขั้นนี้อาจคงอยู่เป็น เวลาหลายเดือน หรือหลายปี

3. ขั้นนี้เป็นขั้นท้อแท้หมดหวัง (Despair) เริ่มรู้สึกยอมรับความจริงมากขึ้น ทำให้รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ แยกตัว นานักลด รับรู้ถึงความทรงจำ ก็คือความทรงจำ

4. เริ่มหันกลับเข้าสู่การดำ เนินชีวิตที่เป็นจริงมากขึ้น จะมีการนึกถึงผู้ตายก็ในบางครั้ง ระยะเวลาในความโศกเศร้า (Grief period) นั้นไม่สามารถบอกได้ชัดเจน เพราะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละคนไป ความรุนแรงและระยะเศร้านั้นขึ้นอยู่กับกรตายเกิดขึ้นอย่างไรด้วยเช่น การตายกระทันหัน อาจก่อให้เกิดอาการ shock และโศกเศร้านานกว่าการตายที่เกิดขึ้นโดยมีการเตรียมใจไว้ก่อน เช่น กรณีคนป่วยหนักเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยทั่วไปอาการเศร้านี้จะเกิดขึ้นประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี แต่บางรายอาจรู้สึกโศกเศร้าเกินกว่า 1 - 2 ปี อย่างไรก็ตาม อาการ Normal grief จะดีขึ้นและบุคคลสามารถดำเนินชีวิตปกติได้ดังเดิม ปกติจะรู้สึกโศกเศร้านานกว่า 1 - 2 เดือน หลังจากนั้น การกินอาหาร การหลับก็จะกลับสู่ปกติได้

Anticipatory Grief คือความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงที่ทราบว่าต้องมีการสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การมี ญาติป่วยหนัก หรือการที่ทราบว่าญาติถูกส่งเข้า Concentration camp

Pathological (Abnormal) Grief ความโศกเศร้าที่ถือว่าผิดปกติ มีหลายรูปแบบ มีตั้งแต่ความรู้สึกโศกเศร้าที่รุนแรง และเป็นระยะเวลาอันเกินกว่าปกติและอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีอาการทางจิตแสดงให้เห็นอย่าง ชัดเจน เช่น มี Hallucination ได้ยินเสียงผู้ตายคุยด้วยหรือเชื่อว่าผู้ตายยังไม่ตาย ฯลฯ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการ เศร้าอย่างผิดปกตินี้ ได้แก่ผู้ที่ต้องประสบกับการสูญเสียอย่างกะทันหัน หรือประสบสถานการณ์ที่น่ากลัว เป็นผู้ที่ โดดเดี่ยวไม่ค่อยมีสังคม ผู้ที่คิดเสมอว่าตนเป็นผู้รับผิดชอบต่อการตายของคนที่คุณรัก ผู้ที่เคยสูญเสียอย่างรุนแรงมา ในชีวิตผู้ที่มีสัมพันธภาพแบบพึ่งพา (Dependent) กับผู้ตายเป็นอันมาก

Grief and Depression (โศกเศร้าวกับซึมเศร้า)

ทั้ง Grief & Depression มีการแสดงอาการร่วมกันหลายอย่างได้แก่ รู้สึกเศร้า (Sadness) ร้องไห้ ไม่เจริญ อาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว แต่ก็มีความต่างที่เป็นลักษณะเฉพาะของอาการซึ่งแยกได้คือ

1. อาการที่รู้สึกถูกรบกวนนั้นในภาวะซึมเศร้านั้นจะรุนแรงและคงอยู่นานกว่าไม่ค่อยมี Fluctuation แต่ในแง่ ของอาการโศกเศร้านั้นจะเปรียบเหมือนคลื่นที่โถมเข้าฝั่งแล้วก็ราบเรียบลงมีอาการขึ้นลง ๆ

2. คนที่ซึมเศร้าจะมีความรู้สึกอายและรู้สึกผิดร่วมด้วย มักคิดว่าตนไม่มีคุณค่า เป็นคนที่แย่หรือเสวมมาก แต่ถ้าในคนที่โศกเศร้าวก็จะคิดเพียงว่าเขาไม่ได้ทำ สิ่งที่ดีเพียงพอสำหรับผู้ตาย

3. ผู้ที่ซึมเศร้าจะรู้สึกสิ้นหวังไม่ทราบว่าอาการความรู้สึกจะดีขึ้นได้อย่างไร แต่ผู้ที่มีอาการโศกเศร้าวจะเป็น เพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

4. การมีอาการโศกเศร้าวถือว่าเป็นเรื่องปกติแต่เมื่อใดที่อาการนี้เปลี่ยนไปสู่อาบ3585 การซึมเศร้าแล้ว ต้อง อาศัยการช่วยเหลือทางการแพทย์และการป้องกันการฆ่าตัวตาย

How to Deal with Grief บุคลากรทางการแพทย์จะช่วยเหลือผู้ประสบ ญาติ และเพื่อนของผู้ป่วยได้มาก เริ่มต้นต้อง มีการเตรียมให้ญาติรับทราบว่าผู้ที่คุณรักกำลังจะตาย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยตายไปแล้วก็ให้มีโอกาสและส่งเสริมให้ ญาติได้แสดงความรู้สึกออกมา ไม่ควรเก็บกดไว้ และถ้าญาติสามารถพบหรือแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนกับคนที่

เข้าใจจะยิ่งช่วยได้มาก ปกติคนทั่วไป จะไม่ไปพบจิตแพทย์ แต่ถ้าบุคคลใดคิดว่าต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ โดยมากมักจะต้องอาศัยยานอนหลับจากแพทย์ซึ่งพอจะช่วยให้ ส่วนยาประเภท antidepressant และ anti-anxiety แพทย์จะไม่ใช้ในกรณีที่มีอาการโศกเศร้าแบบปกติ

Grief Therapy เนื่องจากความโศกเศร้าอาจพัฒนาไปถึงอาการซึมเศร้าที่มากผิดปกติได้ ดังนั้นการจัด Counseling sessions แก่ผู้ที่อาการเศร้าจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทักษะด้านบำบัดความเศร้า (Grief therapy) จึงสำคัญ ในช่วงแรกของการบำบัดคือการช่วยให้ผู้ที่สูญเสียคนรักได้ระบายความรู้สึกในใจออกมาให้ได้ บางคนอาจรู้สึกโกรธ สับสน หรือชิงชังต่อผู้ที่ตายไปออกมาก็ให้เขารับรู้ว่าเป็นเรื่องปกติที่เขาสามารถแสดงความรู้สึกนี้ออกมาได้ ในช่วงให้การบำบัดผู้ให้การบำบัด (Therapist) จะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจและพัฒนาการรับรู้ถึงอนาคตตนเองความรับผิดชอบและความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองให้ได้ ผู้บำบัดจะต้องรู้สึกสบายไม่ยึดติดในการพูดถึงความตายและสามารถรับกับสถานการณ์ที่ผู้รับการบำบัดแสดงความรู้สึก เศร้า โกรธ ผิด ฯลฯ ได้ ผู้ให้การบำบัดจะร่วมในการนำผู้รับการบำบัดไปสู่การตัดสินใจที่เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น Grief therapy จะทำแบบตัวต่อตัว ส่วน Group counseling ก็มีประสิทธิภาพดีเช่นกัน Self-help groups ก็มีประโยชน์มาก เพราะบางคนจะรู้สึกอึดอัดและแยกตัว Self-help groups จะช่วยให้สมาชิกมีสังคมมากขึ้น ทำอย่างไรจึงจะอยู่ระหว่าง กลางของบุคคลสองกลุ่มนี้

ประการแรกเราต้องตระหนักและยอมรับต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ เช่นเดียวกับความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับเรา ไม่มีประโยชน์อะไรที่จะไปควบคุมมัน เมื่อเราสูญเสียบางสิ่งที่สำคัญ เราก็ควรที่จะมีความรู้สึกบ้างมิใช่หรือ ในเมื่อบุคคลหรือสิ่งนั้นมีคุณค่าสมควรแก่การเสียใจของเรา เราเป็นเพียงมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่งที่มีความรู้สึกมีอารมณ์เหมือนที่คนอื่น ๆ เขาเป็นกัน

ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ จะเบาบางลงเมื่อเวลาผ่านไปเฉกเช่นความรู้สึกอื่น ๆ นอกจากจะถูกกระตุ้นให้หวนกลับมาอีก จากบางเหตุการณ์ บางสถานการณ์ เช่น ครบรอบวันเกิด หรือวันที่ผู้เสียชีวิตจากไป ฟังเพลงหรือชมภาพยนตร์ที่ทำให้หวนรำลึกถึงความสัมพันธ์ครั้งก่อน เหตุการณ์เหล่านั้นล้วนทำให้หวนคิดถึงผู้ที่จากไปเกิดความโศกเศร้า ความปวดร้าวขึ้นมาอีก อย่างไรก็ตามความรู้สึกเหล่านี้ก็จะเบาบางลงในเวลาต่อมาเช่นกัน

คนที่ปรับตัวได้ดีจะพยายาม ทำหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในชีวิตประจำวันต่อไป โดยไม่แสวงหาตัวให้เข้มแข็ง หรือแย้งว่าเขาเป็นจริง เขาไม่พยายามที่จะปิดบังความรู้สึกที่มีโดยเสไปยุ่งอยู่กับงานหรือรับผิดชอบงานให้มากขึ้น แต่เขาทำงานเพราะตระหนักว่าการมุ่งอยู่กับงานจะดึงความใส่ใจออกมาจากความโศก เศร้าที่มีมากกว่าที่จะนั่งนอนเฉย ๆ ปล่อยให้ใจลอยคิดเรื่อยเปื่อย คนที่มุ่งทุ่มเททำงานมากเกินไป หรือคนที่หวังแต่จะพึ่งผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ทำอะไรเองไม่ได้ ล้วนมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เบื้องหลังสูง ถึงแม้ในขณะที่เราต้องประสบกับความสูญเสียอย่างใหญ่หลวง ก็ยังมีภาระหน้าที่ให้เราต้องรับผิดชอบอยู่ทุกขณะ ให้ใส่ใจอยู่กับสิ่งที่เราจำเป็นต้องรับผิดชอบในขณะนั้น แก้ไขปัญหาเท่าที่จะทำได้ในขณะนั้น ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ปฏิเสธต่อความโศกเศร้าที่เกิดขึ้น เราล้วนมีศักยภาพในตัวที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ไปทีละเปลาะ เมื่อเวลาที่เลวร้ายผ่านไปแล้วความเชื่อมั่นในตัวเองก็จะมีมากขึ้นตามลำดับ ในช่วงเวลาที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต เรายังสามารถผ่านพ้นมาได้ เรื่องอื่น ๆ ก็จะไม่เป็นปัญหาใหญ่สำหรับเราอีกต่อไป

กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ อุปสรรค ต่าง ๆ เป็นบทเรียนที่ดี ทำให้เราเข้มแข็งขึ้น พัฒนามากขึ้น อันไม่อาจหาได้จากตำราไหน ๆ อีกแล้ว นอกจากตำราชีวิตของเราเอง ตัวความโศกเศร้าไม่ได้ทำให้เราเข้มแข็งขึ้น หากอยู่ที่การจัดการการแก้ไขต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นบทเรียนที่ดีแก่เราในการปรับตัวในครั้งต่อไป

การบรรเทาความทุกข์ที่มี การปรับตัวต่อปัญหา นอกจากจะปฏิบัติโดยตัวของเราเองแล้ว การปรึกษาผู้ใกล้ชิด กัลยาณมิตร จะทำให้เรามองเห็นแนวทางในการสู้ชีวิตต่อไปในแง่มุมต่าง ๆ หลายหลากมากขึ้น อย่างลึกลับหรือ เกรงใจ ถ้าไม่ถามหรือปรึกษาเขาก็อาจไม่ทราบที่เรากำลังทุกข์อยู่ ต้องการความช่วยเหลือคำแนะนำ เมื่อยามที่เรา เห็นเขามีความทุกข์ เราเองก็ยิ่งอยากจะช่วยเหลือเขาเช่นกันมิใช่หรือ เปิดโอกาสให้เขาบ้าง ข้อดีประการหนึ่งเมื่อ ประสบกับปัญหาจากกรณีเดียวกันหลาย ๆ คน คือ จะทำให้เกิดความผูกพันกันมากขึ้น อยากช่วยเหลือซึ่งกันและ กันมากขึ้น ดังมีคำพังเพยกล่าวว่า "เพื่อนกันจะเห็นน้ำใจกันก็ในยามทุกข์" (มาโนช หล่อตระกูล ความสูญเสีย สืบค้น กันยายน 2553

<http://thaipsychiatry.wordpress.com/2010/04/11/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%8D%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B8%A2/>

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care)

บุคคลากรทางการพยาบาลจำนวนไม่น้อยอาจรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยใกล้ ตาย เนื่องจากภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจกระตุ้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของตัวผู้รักษาเอง หรืออาจรู้สึก ล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือมองไม่ออกว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ได้อย่างไร ทำให้รู้สึกท้อแท้ หรืออึดอัดใจ และพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหา โดยให้เวลากับผู้ป่วยน้อยลง หรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับ ผู้ป่วย

ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการให้การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยทั่วไป และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่การแพทย์ในปัจจุบัน เน้นการรักษาให้หายจากโรค ทำให้รู้สึกล้มเหลวเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ และมองข้ามความสำคัญของการ ให้การดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ซึ่งยังสามารถทำได้อีกมากไป

จุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอยู่ที่ การทำความเข้าใจและเอาชนะความรู้สึกอึดอัดใจของ ตนเอง โดยมองให้เห็นถึงสิ่งที่เราสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

หากสังเกตดูตามความเป็นจริง จะพบว่าในฐานะบุคคลากรทางการแพทย์นั้น เราสามารถให้การรักษา ผู้ป่วยได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ได้มากกว่าคือการช่วยบรรเทาอาการ แต่ในบางครั้งแม้แต่การบรรเทาอาการ เราก็กังไม่สามารถทำได้ สิ่งเดียวที่เราสามารถทำได้เสมอ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ การให้การดูแลเอา ใจใส่และความห่วงใย (cure sometimes, comfort often, care always).

ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care)

Hospice Care หมายถึงการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อสนอง ความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแก่กรรมอย่างสงบศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเป็นไปตามธรรมชาติโดยการดูแลแบบประคับประคองจากทีมงานที่ มีความรู้ ประสบการณ์ อุทิศตน และครอบครัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง

Hospice Care นั้นเริ่มในประเทศอังกฤษก่อน St Christopher เป็น hospice แห่งแรกของโลก ตั้งโดย Dame Cicely Saunders ตั้งในปี 1967 และตั้งแต่นั้นมา concept ของการดูแลคนไข้อย่างเป็นองค์รวม การ

ระดับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วย และการขยายการดูแลไปถึงญาติและครอบครัวของผู้ป่วยก็ค่อยๆ ได้พัฒนา เสริมเติม เกิดเป็นองค์ความรู้ที่เป็นการบูรณาการระหว่าง advanced medical knowledge และ delicate humanity sciences ผสมผสานวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ากับศิลปวัฒนธรรม ประเพณี ต้นทุนความสุขทางสังคมเข้าด้วยกัน

คำที่นิยมใช้และทำให้เกิดความสับสนกับ Hospice care

1. การรักษาประคับประคอง (Supportive treatment) เป็นการรักษาโรคอย่างหนึ่ง มีเป้าหมายเพื่อลดความผิดปกติ (พยาธิสรีรวิทยา) ที่เกิดจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานของร่างกายเข้าใกล้ภาวะปกติ (สรีรวิทยา) มากที่สุด

2. การรักษามรรเทา, การรักษาประทุ้ง (Palliative treatment, Palliative care) หรือนิยมเรียกว่าการรักษาแบบประคับประคอง คือการให้การดูแลรักษาแบบใดๆ ทางกายภาพ ที่เน้นไปที่การลดความรุนแรงของอาการของโรค มากกว่าจะหยุด ชะลอ หรือย้อนกระบวนการของโรค หรือรักษาให้หายจากโรค เป้าหมายของการรักษาแบบนี้คือเพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงหรือซับซ้อนมาก การรักษาบรรเทาไม่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับพยากรณ์โรคของผู้ป่วยว่าดีหรือแย่มากเพียงใด และสามารถให้พร้อมกันกับการรักษาเพื่อให้หายและการรักษาอื่นๆ ทั้งหลายได้

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการแบ่งแยกชัดเจนระหว่างการรักษามรรเทากับการรักษาระยะสุดท้าย (Hospice care) ซึ่งเป็นการให้การรักษามรรเทากับผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรักษาทั้งสองแบบในสหรัฐอเมริกา มีหลักการบางอย่างร่วมกันแต่มีแหล่งเงินสนับสนุนคนละแหล่งกัน นักศึกษาอาจพบว่ามีการใช้คำระหว่าง การรักษาประคับประคอง (Supportive treatment), การรักษามรรเทา, การรักษาประทุ้ง (Palliative treatment, Palliative care) และการรักษาระยะสุดท้าย (Hospice care) ที่ดูเหมือนจะมีความหมายเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้เกิดความสับสน

ในตอนแรกนั้นวิชา Hospice care จึงได้มีการศึกษาวิจัยในโลกซีกตะวันตกก่อน ได้แก่การรวบรวมหลักฐานเชิงวิชาการ เติงประจักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลอาการในระยะสุดท้าย เกิดเป็นองค์ความรู้อันมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดูแลคนไข้ในระยะนี้ ช่วยสามารถบรรเทาความทุกข์จากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะที่อวัยวะทุกส่วนกำลังเสื่อมลงอย่างไม่มียวันวนกลับคืน ในทางตะวันออกที่มีขนบธรรมเนียม ความเชื่อ ศาสนา อีกลักษณะหนึ่ง ก็จะมีการมองเรื่องของความตายที่ไม่เหมือนกับของตะวันตก

ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมขงจื้อ (confucious) ที่มีพิธีกรรม และศาสนาความเชื่อทางตะวันออก ที่มีเรื่องโชคลาง ความเชื่อเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในที่ที่สาธารณะว่าเป็น อย่างไร แค่นั้น ถึงจะเรียกว่ายอมรับได้ รวมไปถึงการเชื่อว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของวิบาก เกิดจากกรรม ทำให้การพยายามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น ความทุกข์ที่ประเดประดังเข้ามาหาทุกคนไข้และครอบครัว มีอุปสรรคบางอย่างขวางกั้นอยู่ ในขณะที่การร้องขอความช่วยเหลือจากครอบครัวและจากรัฐบาลโดยคนไข้เป็นเรื่อง ธรรมดาและเป็นสิทธิของพลเมืองในประเทศตะวันตก แต่ฝั่งตะวันออกนั้น การใช้ชีวิตที่ introvert และสมถะ ไม่เบียดเบียนรบกวนหรือเป็นภาระต่อผู้อื่นกลับเป็น virtue หรือคุณค่าอีกลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ autonomy หรือสิทธิในการเลือกวิถีการดำเนินชีวิตของปัจเจกเป็นเรื่องใหญ่ในจิตวิทยาตะวันตก แต่ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ การตัดสินใจเพื่อญาติพี่น้องและการมีส่วนร่วม มีส่วนเกี่ยวข้องกับระหว่างสมาชิกในครอบครัวของคนตะวันออกจะเป็นเรื่องสำคัญ มากกว่าปัจเจก (<http://newheartnewlife.net/wordpress/?p=495>)

แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องสนใจปัญหาต่างๆของผู้ป่วยทั้งทางกาย ทางจิตใจ และปัญหาทางสังคม และเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วย และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพที่สุด

1. ปัญหาทางกาย

- ให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทรมาน เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความเจ็บ ปวด ควรให้ยาควบคุมอาการปวดอย่างเต็มที่
- ให้การรักษาอาการทางจิตเวช ในกรณีต่างๆ เช่น มีอาการเศร้าในขั้นรุนแรง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อย่างจริงจัง มีพฤติกรรมก้าวร้าววุ่นวายหรือสับสน ซึ่งมักเกิดจาก acute delirium
- ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น
- ให้การดูแลด้านต่างๆ เช่น การนอน การขับถ่าย การดูแลเนื้อตัวให้สะอาด และให้อาหารให้เพียงพอ

2. ด้านจิตใจ

- ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกวุ่นวายถูกทอดทิ้ง
- ให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามถึงสิ่งต่างๆที่สงสัย เกี่ยวกับการ เจ็บป่วย และได้พูด ถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆโดยไม่ยึดเยียด และสังเกตจากความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการพูดเรื่องเกี่ยวกับความตายของตน แต่บางรายก็อาจไม่อยาก พูด ควรประเมิน และพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าแม้จะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการ ดูแลอย่างดีที่สุด และผู้รักษาจะพยายามควบคุมอาการต่างๆ อย่างเต็มที่

3. ด้านสังคมเศรษฐกิจ

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศที่สงบ อ่อนน้อม มีคนที่ผูกพัน เช่น ญาติสนิท คอยดูแล ถ้าไม่มีญาติหรือคน ใกล้ชิด ก็ควรจัดให้มีผู้ดูแลประจำ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอได้
- ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสะสางเรื่องต่างๆให้เรียบร้อยก่อนจะจากไป ทั้งด้านการเงิน การงาน และเรื่อง ส่วนตัวอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน
- ดำเนินถึงปัญหาทางการเงิน และภาระการใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องแบกรับ

การบอกความจริงกับผู้ป่วย

การบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคกับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรง และผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกอึดอัดใจ เนื่องจากเกรงว่าจะก่อให้เกิดผลเสีย เช่นทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ แต่การไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยก็ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และไม่สามารถร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือจัดการกับปัญหาของตนเองตามความเหมาะสมและความต้องการ ของตนได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจึงควรมีสิทธิได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตน แต่ผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจต้องการรับรู้ความจริงไม่เท่ากัน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีจุดมุ่งหมายว่า จะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสามารถรับได้ โดยมีแนวทางดังนี้

แนวทางการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายแรงแก่ผู้ป่วย

1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการรับรู้ และปรับตัวกับ ข้อเท็จจริงที่ได้รับ

2. ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยอาจถามผู้ป่วยว่า คิดว่าตนป่วยเป็นอะไร เป็นมากน้อยเพียงใด

3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด โดยสังเกตจากการพูดคุย และปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย ตามที่ประเมินว่าเหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และพร้อมที่จะให้ข้อมูลมากขึ้นหากผู้ป่วยต้องการ เช่น ถามย้ำว่า ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เราบอกอย่างไร และอยากรู้อะไรเพิ่มเติมจากนั้นหรือไม่

5. แสดงความสนใจและเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจ ต่อการทราบข่าวร้ายของผู้ป่วย โดยพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้เต็มที่

6. ให้ความหวังและความมั่นใจว่าจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ต่อไป โดยย้ำถึงสิ่งที่สามารถทำได้ ตามที่เป็นจริง เช่น การรักษา การควบคุมอาการ

หลักการและแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ต้อง Care ผู้ป่วย และครอบครัวทุก ๆ ด้าน
 2. ต้องเริ่มตั้งแต่แรกทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
 3. สิทธิของคนใกล้ตายต้องรับรู้ว่าตนเองเป็นอะไร ทำอะไร ได้แค่ไหน ต้องมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับคนไข้แต่ละราย ทางเลือกของการรักษา ช่องทางที่คนไข้จะกลับมาหาเรา หรือการให้การดูแล ฯลฯ
 4. การใส่อุปกรณ์ เอาออกเพื่อให้คนไข้เสียชีวิต
 5. การทำงานเป็นทีม
 6. ด้วยโรคของเขา กำลังจะเกิดเหตุการณ์อะไรบ้าง การดำเนินการและการดูแลควรจะทำอย่างไร
3. การเบียดเบียนความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ลดความทุกข์ทรมาน ทำกิจวัตรสำคัญเท่าที่ทำได้ เป็นตัวของตัวเอง อยู่อย่างมีคุณค่าในช่วงสุดท้ายของชีวิต

Common Symptom

ปวด เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียไม่มีแรง ท้องผูก ท้องเสีย ชีพเสว้า เลือดออก ภาวะขาดน้ำ บวม ท้องมวน นอนไม่หลับ ควรหาสาเหตุและแก้ไขตามสาเหตุ พร้อมทั้งให้การดูแลรักษา

Pain Management

เชื้อ และหึ่งผู้ป่วยเรื่องปวดเป็นสิ่งที่รักษาได้ ไม่มีความจำเป็นต้องทน ไม่ผิดที่ผู้ป่วยจะปวด ชนิดของความปวด สาเหตุของความปวด ถ้าผู้ป่วยขอยา ให้ให้ไปเลย ไม่ต้องกลัวติดยา ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยขอ การให้ Morphine เม็ด ถ้าหักเม็ดยา ยาจะออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เร็ว สามารถให้ยาได้ต่อเนื่องกัน

การช่วยให้บุคคลไปสู่ความตายอย่างสงบ

พยาบาลมีกิจกรรมที่สำคัญได้แก่

1. การดูแลให้ความสุขสบาย (Care and comfort) ช่วยเหลือบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วย (health illness continuum) ได้ด้วยตนเอง หน้าที่ของพยาบาลจึงมุ่งที่จะวิเคราะห์ข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (assessment and diagnosis)

2. ให้คำแนะนำ คำสอนด้านสุขภาพ (health teaching) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและส่งเสริมผลการรักษา มุ่งด้านการดูแลตัวเอง (Self care) ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว
3. ให้คำปรึกษา (counseling) ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติ และขณะที่มีภาวะกดดันอันเป็นเหตุให้ สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ
4. ให้การดูแลด้านสรีรจิตสังคม (physiopsychosocial intervention) โดยใช้วิธีปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ : ปรัชญาพื้นฐานของการพยาบาล

พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : งานยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้น

ศิริบุญชัย พูนศรีธนากุล (2550) กล่าวว่า "ดิฉันเคยถูกถามจากที่พยาบาลอาวุโสท่านหนึ่งว่า " เธอเคยมีความรู้สึกเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายหรือไม่? ที่จะต้องพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งทุกข์ทรมานมากและสุดท้ายก็ตายจากไป" ดิฉันต้องขอขอบพระคุณที่พยาบาลท่านนั้นที่ได้ตั้งคำถามทำให้ฉันต้องกลับมาหาคำตอบว่าทำไมฉันจึงไม่รู้สึกเบื่อหน่ายและไม่เหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว คำตอบสุดท้ายที่ได้คือ ไม่เบื่อหน่าย แต่กลับมีความรู้สึกว่ายิ่งได้ช่วยเหลือผู้ป่วยยิ่งมาก ยิ่งมีความสุข เกิดพลังเป็นบุญกุศล มีความปีติ อิ่มเอิบใจ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น ได้ตระหนักรู้ซึ่งถึงความจริงของชีวิตที่มีลักษณะไม่เที่ยง เป็นทุกข์ ไม่มีตัวตนที่เที่ยงแท้ถาวร ความสุขที่เกิดการทำงานตลอดเวลา 20 ปี ของการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทำให้ดิฉันรู้สึกภูมิใจในคุณค่าของความเป็นพยาบาลและรู้สึกดีใจที่ได้ทำสิ่งดี ๆ ในชีวิตก่อนที่จะหมดเวลา จากการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ผู้ดูแลและครอบครัว มีโอกาสได้เรียนรู้ ความจริงที่ดีความงามของชีวิต" (ศิริบุญชัย พูนศรีธนากุล 2550. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิ่งที่คุณควรรวบรวม) สืบค้น <http://www.212cafe.com/freewebboard/view.php?user=thecrow&id=548>)

ปฏิกริยาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อรับรู้อาการของโรคจะมีการแสดงออกที่ไม่แตกต่างกันในแต่ละชนชาติ ซึ่งมีความเป็นสากล คลูเบอร์ รอส ได้แบ่งระยะของปฏิกริยาจากการรับรู้เป็น 5 ระยะ ในแต่ละระยะกลับไปกลับมาได้ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะช็อค หรือระยะปฏิเสธ "เป็นไปได้อย่างไร

เราได้ดูแลตนเองอย่างดีตามที่หมอบอก พยาบาลบอกมาตลอด ทำไปจึงเป็นอย่างนี้

ระยะที่ 2 โกรธ "ไม่ฟังพอใจ " ทำไม่ต้องเป็นเรา หมอให้การรักษาอย่างไร"

ระยะที่ 3 ระยะที่ต่อรอง " ผมรู้แล้วว่ามะเร็งมันลุกลามไปมาก แต่ขอให้มีชีวิตอยู่ได้เห็นลูกรับปริญญา แล้วผมจะเป็นอย่างไรก็เป็นไป ลูกผมยังต้องการผมอยู่" " ผมยังไม่ได้ทดแทนบุญคุณที่พ่อได้เลี้ยงดูผมมาเลย ขอให้ผมช่วย ให้ผมมีชีวิตอยู่ได้จนกว่าผมจะได้ทำหน้าที่ลูกที่ดีก่อน"

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะเก็บตัวเงียบ ไม่พูดกับใคร บ้างก็จะมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย บางรายที่เป็นผู้ดูแลจะขอร้องให้แพทย์/พยาบาลช่วยให้เขาตายตามผู้ป่วย

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับกับความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ผู้ป่วยผู้ดูแลจะยอมรับได้ แต่ก็มักจะมีคำถามสอดแทรกเข้ามาเสมอ ๆ ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เขาจะจัดการอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้างที่จะช่วยให้เขาสามารถตัดสินใจได้ ก้าวต่อไป เขาควรจะทำอย่างไร ใครจะเป็นที่ปรึกษาให้ในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ ใครจะเป็นคนเยียวยาทางใจให้ หรือช่วยให้เขาสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด

การจัดการความเครียดของผู้ป่วย

วิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ควรจะหันมาพึ่ง "พลังแห่งกัลยาณมิตร" ซึ่ง ได้แก่ ครอบครัว ญาติมิตรรอบข้าง แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัคร ร่วมกันแบ่งปันองค์ความรู้ คือ วิชา ความรู้สังขธรรมต่าง ๆ ทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ตัดอวิชชา ความไม่รู้ทั้งทางโลกและทางธรรม ด้วยความเชื่ออาทร ด้วยพรหมวิหารสี่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา และด้วยพลังทั้งห้า คือ ศรัทธา วิริยะ สติ สมาธิ และปัญญา ด้วยอิทธิบาทสี่ คือ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา ใช้ มรรคมืองค์แปดเข้าช่วย คือ

ใช้ตัวปัญญา นำ โดยให้เข้าใจว่าความเครียดหรือทุกข์ของเราเกิดจากอะไร เห็นสภาวะธรรมที่เป็นจริง เห็นรูปนามชัดเจน ชีวิตร่างกายเป็นของไม่เที่ยง ความทุกข์มีหนทางได้ยาก และมันไม่อยู่ในการบังคับบัญชาของใคร ๆ แม้จะป่วยก็ยังต้องคิดดี มีวาจาคำพูดไม่ตี ไม่พูดปด ส่อเสียด หยาบคาย เพ้อเจ้อ ไร้สาระ ทำความดี ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักขโมย หรือเฟื่องอยากได้ของคนอื่นมาเป็นของตน รักษาศีล 5 ที่เหลือให้ครบถ้วน จัดการหรือสั่งงานที่ค้างค้างให้สำเร็จลุล่วงเท่าที่ตนเองพึงมีหน้าที่และรับผิดชอบรู้จักปล่อยวางในวัตถุ ทรัพย์สินสมบัติ ตำแหน่ง ชื่อเสียง เกียรติยศ ซึ่งไม่สามารถเอาติดตัวไปได้ มีความเพียรในการประคับประคอง มีสติกำหนดรู้ตัวการหายใจเข้าออกทุกขณะจิต และทำสมาธิจิตตั้งใจให้สงบระงับ ผ่อนคลาย ทำทาน บริจาค ให้เกิดปีติ อยู่กับลมหายใจให้เป็นกัลยาณมิตรสุดท้ายบุญของเรา ไหว้พระ สวดมนต์ แต่เมตตา อธิษฐานจิต ให้ผ่านพ้นสภาวะการเจ็บป่วยนี้จนถึงวินาทีสุดท้ายให้ได้ ซึ่งไม่มีใครสามารถบอกได้แน่ชัดว่าจะจากไปเวลาใด คือ แนนอนที่สุดในสภาวะสุดท้าย คงไม่หันเรื่องของจิต หรือ วิญญาณ ให้รู้เท่าทันว่า ทางกายต้องรักษาด้วยปัจจัยและวิธีใด และทางจิตใจ หรือวิญญาณต้องเยียวยาบำบัดด้วยวิธีใดที่จะเหมาะสมกับคนๆ นั้น ที่สุดเพื่อให้ลดเวทนาให้มากที่สุด จะเห็นได้ว่า ศาสนา ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญยิ่งไม่ว่าท่านจะเป็นพุทธ คริสต์ หรืออิสลาม หากท่านมีกัลยาณมิตรที่พึ่งทางกายและทางจิตใจแล้ว ก็คงไม่ยากที่จะจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล เพราะในที่สุด กุศลจิต และความสงบเท่านั้นที่จะนำพาทุกท่านในก้าวพ้นจุดวิกฤตของชีวิตไปได้ สำหรับรายละเอียดการผ่อนคลายทางกายและจิตนั้น ขันอยู่กับปัจจัยทางครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตของแต่ละท่านที่จะแสวงและพึงมีตามสถานะ และเศรษฐกิจของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลบุญบารมีที่ท่านได้สร้างสมกันมาและเป็นไปตามกฎแห่งธรรมชาติของสรรพสิ่ง และกฎแห่งกรรม **"ศีล เป็นพื้นฐานของใจ สมาธิ เป็นความสงบของใจ ปัญญา คือ প্রতিแห่งใจ"**

ข้อแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย

1. การอยู่กับผู้ป่วย นั้นเป็นเพื่อน รับฟังด้วยความใส่ใจ พุดคุยกับผู้ป่วย
2. สิ่งที่ครอบครัวและผู้ดูแลควรทำ คือ การจัดห้อง-บ้าน การจัดหาอาหาร การจัดการเกี่ยวกับการเยี่ยม การดูแลความสะอาด การจัดกิจกรรมผ่อนคลาย-สนุกร่วมกันกับผู้ป่วย เช่น ร่วมกันทำศิลปะกรรมบำบัด การจัดหาสิ่งผู้ป่วยชอบ
3. การเสาะหาแหล่งสนับสนุนสำหรับตัวคุณเอง คนที่คุณจะคุยด้วยได้ ข้อมูลที่คุณต้องการรับฟัง Your inner voice และมุมสงบเงียบ เป็นต้น
4. ดูแลตัวเอง รับประทานอาหาร หาเวลาส่วนตัว ทบทวนเหตุการณ์ ทำชีวิตให้ช้าลง ให้เวลาพักผ่อน การวิเคราะห์ระดับพลังงานของตนเองและบริหารการจัดการกับภาระกิจ การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ออกกำลังกาย และให้กำลังใจตนเอง เป็นต้น
5. การจัดการกับอารมณ์ของตัวเอง ผ่อนคลายกับตัวเอง อนุญาตให้ตนเองได้รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง อนุญาตให้ตนเองร้องไห้
6. การเสริมสร้างและดำรงความหวัง การพุดคุยเกี่ยวกับความหวัง การวางแผนไปให้ถึงความหวัง

การบอกทางเพื่อชี้นำให้ผู้ป่วยสงบ

การเตรียมผู้ป่วยและญาติในการบอกทาง

1. การเตรียมเนื้อหาในการบอกทางสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
2. การจัดทำนอนให้ผู้ป่วยให้สบาย การจัดเก้าอี้ให้ญาติได้นั่งอยู่ใกล้ๆ เพื่อบอกทางเมื่อผู้ป่วยกระสับกระส่าย อาจให้ญาตินั่งจับมือและกระตุ้นโดยใช้คำพูดที่ดีๆ เพื่อลดอาการกระสับกระส่าย
3. ในกรณีที่ญาติเหนื่อย อาจจะใช้เทปที่อัดเป็นคำพูดของลูกๆ การใช้เทปธรรมะสลับเพื่อให้ญาติได้พักผ่อน
4. ให้กำลังใจญาติเป็นระยะๆ และชื่นชมญาติให้ญาติได้พักผ่อน
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการกระวนกระวาย หายใจลำบาก เหมือนมีสิ่งทีติดค้างคาใจ ญาติอาจต้องหาสาเหตุที่ยังคงติดค้าง และแก้สาเหตุนั้น และควรมากระซิบที่ข้างหู เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางและได้กระทำสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจเสร็จแล้ว

6. เมื่อผู้ป่วยสิ้นใจ พยาบาลควรยื่นสงบนิ่งเพื่อแผ่เมตตาให้ผู้ป่วยและอยู่เป็นเพื่อนญาติในกรณีที่ญาติอาจเข้าไปกอดหรือเขย่าตัว ร้องไห้เสียงดัง ต้องให้สติญาติ เพราะจะเป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย

7. การนำทางจะช่วยให้เรามีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง เพราะการนำทาง ผู้นำต้องมีจิตที่ละเอียดอ่อน มีความเมตตา อดทนในการโน้มน้าวจิตของผู้ป่วยที่กำลังอ่อนกำลังลงไปเรื่อย ๆ ให้มีที่ยึดเกาะเพื่อโน้มนำให้ผู้ป่วยได้ไปในภพภูมิที่ดี ที่เป็นการทำบุญอย่างมหาศาล

พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจำเป็นต้องพัฒนางานความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอตามการรักษาและพยาธิสภาพของโรค ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สิทธิของคนไข้ การเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การทำงานร่วมกัน บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ การรักษาพยาบาลตามแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก (Complementary therapy) เช่น Music therapy, Aroma therapy, Meditation เป็นต้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient as a center) บทบาทของพยาบาลจะอยู่บนหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ เน้นการสร้างและรักษาสุขภาพเชิงรุก เน้นการดูแล "คน" ไม่ใช่โรค (Humanized health care) สนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเอง ให้ความสำคัญของคุณค่าในเรื่องความเชื่อ ศรัทธา ของผู้ป่วย สนับสนุนการรักษาแบบผสมผสาน ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพและสหสาขา และควรนำกรอบแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ให้เหมาะสม (สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. สรุปสาระการประชุมวิชาการเรื่อง Advanced Oncology Care for Nurses สืบค้น http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=116&UID=)

ศาสนากับการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวคิดศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับความตาย

พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง เข้าใจความตายว่า ความตายตามแนวทางพุทธศาสนาที่ทุกคนควรพิจารณาให้เห็นทุกแง่มุมตามความเป็นจริง เพื่อให้เข้าใจอย่างถ่องแท้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่าง เหมาะสม โดยต้องเข้าใจธรรมชาติของความตาย ดังนี้

ประการแรก ความตายเป็นทั้งความแน่นอน และความไม่แน่นอนไปพร้อม ๆ กันที่แน่นอนคือ ทุกคนต้องตาย แต่ที่ไม่แน่นอน คือ ไม่ทราบว่าตายเมื่อไร ที่ไหน ด้วยโรคอะไร แม้จะเป็นเอดส์ หรือมะเร็ง แต่อาจตายด้วยอุบัติเหตุ หรือตายด้วยโรคหัวใจก็ได้ เป็นต้น

ประการที่ 2 ความตายเป็นทั้งจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด ทางพุทธศาสนากล่าวว่า มีสิ่งหนึ่งที่สืบเนื่องต่อไปจากความตาย อาจเป็นชีวิตใหม่ ภพใหม่ หรืออาจจะหมายถึงสิ่งที่มากไปกว่านั้น ดังนั้น ความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุดอย่างเดียว แต่อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นด้วย

ประการที่ 3 ความตายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้น จึงไม่ควรคิดว่าชีวิตกับความตายแยกจากกัน หรือชีวิตเริ่มเมื่อเกิดและตายเมื่อหมดลม แต่พระพุทธศาสนากล่าวว่า ความตายมีอยู่ในความมีชีวิต พิจารณาง่าย ๆ เช่น ในขณะที่เราหายใจอยู่ เซลล์ในร่างกายตายวันละห้าหมื่นล้านเซลล์ ความตายจึงมีอยู่ตลอดเวลาในระดับเซลล์และเนื้อเยื่อ สิ่งที่ทำให้ชีวิตก็ให้ความตายด้วย เหมือนกับที่ออกซิเจนให้ชีวิตเมื่อเราหายใจ แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้เราแก่ลงและใกล้ชีวิตความตายมากขึ้นด้วย

ประการที่ 4 ความตายเป็นทั้งวิกฤตและโอกาส กล่าวคือ เป็นวิกฤตทางกาย และเป็นโอกาสทางจิตวิญญาณ พระพุทธศาสนาเชื่อว่าแม้ในภาวะที่ใกล้ตาย ยังมีโอกาสที่จะไปสู่ความหลุดพ้นหรือนิพพานได้ หรือแม้จะไปไม่ถึง แต่อาจยกระดับจิตวิญญาณให้สูงขึ้นได้ เช่น ได้ค้นพบชีวิต ค้นพบตัวเอง ได้สัมผัสสภาพที่ดีกับครอบครัวคืนมาได้ให้อภัยและคืนดีกับที่ที่เคยขัดแย้ง เป็นต้น

ประการที่ 5 ความตายมีทั้งมิติทางกายภาพและทางจิตวิญญาณ ในทางพุทธศาสนา ถือว่าการหมดลมหายใจเป็นเพียงการตายทางกายภาพ แต่ยังไม่นับว่ากระบวนการตายสิ้นสุดลง เพราะจิตยังทำงานอยู่ ดังนั้น หลังหมดลมยังต้องรอให้การแตกดับทางจิตสิ้นสุดลงด้วย จึงจะถือว่าการตายนั้นสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติธรรมในขั้นสูงจะสามารถประคองจิตอยู่ในภาวะนี้จนสามารถนิพพานได้

ประการที่ 6 การประคองรักษาจิตให้สงบเป็นปกติท่ามกลางสภาพความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานนั้นเป็นไปได้ โดยผู้ป่วยสามารถฝึกจิตเองหรืออาจอาศัยสภาพแวดล้อมช่วย

ประการสุดท้าย การตายที่ดีทางพระพุทธศาสนาไม่ใช่ตายอย่างไร สภาพแบบไหน แต่อยู่ที่สภาพจิตก่อนตายว่าเป็นอย่างไร การตายดีในสายตาคนทั่วไป อาจหมายถึง ตายโดยไม่รู้สึกรู้เจ็บ ตายในขณะที่นอนหลับ หรือตายสวย ร่างกายไม่มีบาดแผล แต่ตายดีทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การที่เราสามารถประคองจิตให้เป็นปกติได้แม้จะตายในสภาพทุกข์ทรมานก็ตาม

ภาวะใกล้ตาย : นาฬิกาของชีวิต

สำหรับแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย พระไพศาลได้กล่าวถึงหลักการที่ได้รับการอ้างถึงในพุทธประวัติว่า สิ่งที่พระพุทธเจ้าแนะนำผู้ใกล้ตาย คือ ให้ระลึกถึงสิ่งที่ดี ซึ่งได้แก่ พระรัตนตรัยและความดีที่ได้ทำมา เพื่อให้จิตเป็นกุศล สามารถเผชิญความทุกข์ทรมาน ความกลัวในภาวะใกล้ตายได้ และสำหรับผู้ที่ไม่ได้ธรรมะสูงขึ้น พระองค์จะแนะนำให้ ปล่อยวาง ตั้งแต่ทรัพย์สิน ลูกหลาน ตัวตน ไม่ให้ยึดถืออะไรแม้เพียงสิ่งเดียว เพื่อนำไปสู่การหลุดพ้น เช่นเดียวกับที่ท่านพุทธทาสกล่าวว่า ภาวะใกล้ตายเหมือนกับการตกบันไดต้องกระโจนเลยไม่ต้องห่วงอะไรแล้ว ต้องปล่อยวาง เป็นนาฬิกาของ ถ้าเข้าใจได้เช่นนี้ ภาวะใกล้ตายจะมีไม่เป็นการใช้กรรมเพียงอย่างเดียว แต่เราสามารถนำเอากรรมหรือความทุกข์ทรมานมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เกิดความเข้าใจในชีวิตและสังคม เป็นโอกาสในการสร้างกรรมใหม่ ทำความดี สร้างบุญกุศล หรือยกระดับจิตให้เข้าสู่ธรรมะที่สูงขึ้นได้ กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เช่นเดียวกัน ตราบเท่าที่ยังมีลมหายใจไม่ว่าจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว เขายังมีจิตที่สามารถรับรู้และพัฒนา

ไปสู่สุคติภูมิได้

หลัก 7 ประการในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พระไพศาล ได้สรุปหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้โดยละเอียดในหนังสือการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีแบบพุทธ สำหรับแจกในงานเสวนาและเผยแพร่ทั่วไป อย่างไรก็ตาม ท่านได้กล่าวถึงหลักการโดยย่อไว้ 7 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การให้ความรัก ความเข้าใจ

ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะมีอาการกลัวหลายอย่าง เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระ กลัวตายคนเดียว ซึ่งเราควรให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งเขา ให้เขามั่นใจและมีกำลังใจที่จะข้ามพ้นความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานทางใจไปได้ และอาจทำให้ความทุกข์ทรมานทางกายเบาบางไปได้ด้วย โดยญาติมิตรจะต้องมีความอดทนอดกลั้น มีสติ เมตตา ไม่ฉุนเฉียวกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย

ประการที่ 2 ช่วยให้ความยอมรับความตายที่จะมาถึง

การพูดให้เขายอมรับความตายที่จะมาถึงการพูดจาให้เขายอมรับความตายเป็นศิลปะ ซึ่งไม่สามารถทำได้ด้วยการเทศนา สั่งสอนว่าความตายเป็นเรื่องเที่ยง ทุกคนต้องตาย และปล่อยวาง เพราะคนเราจะปฏิเสธไว้ก่อน ไม่เชื่อว่าเป็นความจริง ไม่ยอมรับสิ่งเหล่านี้ ดังนั้น จึงต้องอาศัยการซักถามให้เขาเห็นตัวเอง เช่นถามว่า ไม่อยากตายเพราะอะไร เขากลัวหรือกังวลอะไร เป็นต้น

ประการที่ 3 ช่วยให้ความจดจ่อในสิ่งที่ตั้งใจ

เช่น ให้นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือความดี ความภาคภูมิใจที่เขาได้ทำ เพื่อให้จิตเป็นกุศล เกิดความอิมเม็บใจ มั่นใจ ไม่ฟุ้งไปสูภกรรมนิมิต หรือคตินิมิตที่ไม่ดี และที่สำคัญจะทำให้จิตใจสงบไม่หุนหุนวาย

ประการที่ 4 ช่วยให้ความปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ

สิ่งค้างคาใจนี้อาจหมายถึง การแบ่งมรดก ความน้อยเนื้อต่ำใจคนใกล้ตัว ความโกรธแค้น ความรู้สึกถูกผิด ฯลฯ ซึ่งเราควรช่วยจัดสภาพแวดล้อมหรือหาโอกาสให้เขาได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อให้เขาจากไปอย่างเบาที่สุด

ประการที่ 5 ช่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ

แม้บางคนอาจไม่มีสิ่งค้างคาใจที่เป็นกุศล แต่ก็ต้องปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดเช่นกัน ทั้งรูปธรรม นามธรรม แม้แต่ความรักก็ต้องปล่อยวาง ซึ่งการจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องนี้อาจต้องพิจารณาภูมิปัญญาหรือภูมิธรรมของเขาว่ามีแค่ไหนด้วย

ประการที่ 6 สร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ใจสงบ

เช่น การนำพระพุทธรูปที่เขานับถือมาให้บูชา หรือบรรยากาศที่ญาติมิตรพร้อมเพรียงกันช่วยกันสวดมนต์ ทำสมาธิ หรือถ้าเขาไม่สนใจธรรมะ อาจเปิดเพลงที่เขาชอบเบา ๆ ก็ได้

ประการที่ 7 กล่าวคำอำลา

หากเขาคิดว่าจะอยู่กับเราได้ไม่นาน ก็ควรกล่าวคำอำลา อาจพูดขอบคุณสิ่งดี ๆ ที่เขาทำให้กับทุกคน หรือแนะนำให้เขาปล่อยวาง เตรียมตัวเตรียมใจ ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และขอขมาเจ้ากรรมนายเวร ซึ่งการนำทางไปสู่สุคติเช่นนี้ ลูกหลานญาติมิตรสามารถช่วยได้

การวางจิตวาระสุดท้าย

พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่าเมื่อจิตเศร้าหมอง ทุกติเป็นที่หวังได้ (ไปไม่ดีในอบายภูมิ) เมื่อจิตไม่เศร้าหมอง สุกติเป็นที่หวังได้ (ไปสู่สุคติภูมิ) ก่อนวาระจิตจะดับ ผู้นำทางด้านจิตใจสำคัญมาก จริง ๆ แล้วไม่มีใครช่วยเราได้นอกจากตัวของเราเอง คือ ก่อนจิตจะดับนั้น ต้องมีอารมณ์ 3 อย่าง ๆ โดยอย่างหนึ่ง

1. กรรมอารมณ์ คือ อารมณ์ของกรรมที่บุคคลได้กระทำไว้แล้ว ตีก็ตามไม่ตีก็ตามเวลาใกล้จะดับจิต อารมณ์อันนั้นแหละ จะมาปรากฏทางด้านจิตใจของผู้ใกล้จะตาย ถ้าอารมณ์ดีเกิดขึ้นในเวลานั้นก็ไปได้ ถ้าอารมณ์ไม่ดีเกิดขึ้นในเวลานั้นก็ไปไม่ได้

2. กรรมนิमित คือเครื่องหมายของกรรมที่ตนได้กระทำไว้แล้ว ตีก็ตาม ไม่ตีก็ตาม ในเวลาใกล้จะดับจิต กรรมดีและกรรมชั่วที่ได้กระทำไว้แล้วนั้นแหละ จะมาปรากฏให้เห็นในเวลาเมื่อใกล้จะตาย ถ้านิमितที่ดีเกิดขึ้นในเวลานั้นก็ไปได้ ถ้านิमितไม่ดีเกิดขึ้นในเวลานั้นก็ไปไม่ได้

3. คตินิमित หมายถึงเครื่องหมายของภพภูมิที่จะเกิด มาปรากฏให้เห็น ในเวลาเมื่อใกล้จะตาย ถ้าจะไปเกิดในอบายภูมิมี นรก เปรต อสุรกาย ตีรัจฉาน จะต้องเห็นเครื่องหมายที่จะไปเกิด เช่น เห็นกระทะทองแดง เห็นแหวนหอก เห็นดาบ เห็นป่าไม้ เห็นภูเขาเหล่านี้ หมายถึงอบายภูมิ ถ้าจะไปเกิดเป็นมนุษย์ ต้องเห็นมารดา ถ้าไปเกิดเป็นเทวดา ก็เห็นปราสาท เห็นวิมาน เป็นต้น

แนวคิดศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับความตาย

ปราโมทย์ มีสุวรรณ (2549) อาจารย์สอนศาสนาอิสลาม กล่าวว่า หลักศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นในโลก โดยกำหนดเวลาเกิด เวลาตายไว้ให้แล้ว มนุษย์มีหน้าที่ต้องเคารพ ศรัทธา สักการะอัลลอฮ์ด้วยการทำความดี นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องโลกหน้าว่าเป็นโลกแท้จริงที่พึงปรารถนา เป็นชีวิตที่จริงจัง ยั่งยืน ชีวิตในโลกนี้เป็นเพียงทางผ่านสู่โลกหน้าเท่านั้น ความตายจึงไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้าที่สุขสบายกว่า ยิ่งยืทนกว่า ศาสนาอิสลามจึงสอนให้มนุษย์ระลึกถึงความตายอยู่เสมอจะได้ไม่ทำความชั่ว ให้ทำแต่ความดี และอดทนต่อความทุกข์ ความเจ็บป่วยที่ผ่านเข้ามา เพราะนั่นเป็นเพียงบททดสอบถึงความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า ผู้ที่ท้อแท้ สิ้นหวังกับชีวิตที่ระลึกไว้เสมอว่าพระเจ้าเป็นที่พึ่ง และทรงมีเมตตา ให้อภัยมนุษย์เสมอ ดังนั้น มนุษย์จึงควรทำความดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตในโลกหน้าอย่างมีความสุข

หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ

1. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติให้พยายามนึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกไว้ว่าพระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตา และหวังว่าท่านจะให้อภัยในบาปต่างๆที่ได้ทำลงไป ไม่ลงโทษ
2. ให้ญาติจับผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้จับนอนหงาย) หันใบหน้าไปทางทิศกิบลัต คือทิศที่ตั้งของมัสยิดละฮ์ในนครมักกะฮ์ สำหรับประเทศไทยคือทิศตะวันตก
3. ให้ญาติสอนการปฏิญาณตน ให้ผู้ป่วยกล่าวคำว่า "ลาอิลลา ฮาอิลลา ลอฮ์" ซึ่งมีความหมายว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์" โดยสอนเบาๆไม่เร่งเร้าที่ข้างหูขวา เพื่อผู้ป่วยจะเกิดความสงบ เพราะคำนี้เป็นคำที่ประเสริฐสุด หากก่อนตายใครได้กล่าวคำนี้เป็นคำสุดท้ายจะได้ขึ้นสวรรค์โดยไม่ถูกสอบสวน
4. อ่านคัมภีร์อัลกุรอานบท "ญาศีน" ให้ผู้ป่วยใกล้ตายฟังไม่ว่าเขาจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การอ่านคัมภีร์บทนี้ พระเจ้าจะส่งความเมตตาตามายังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ สบาย ไม่เจ็บปวด

การปฏิบัติต่อศพของมุสลิม

1. จัดทำให้ศพนอนเหมือนคนนอนหลับสบายๆ ถ้าขาอยู่ให้เอนลง ถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ่ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า มือวางข้างลำตัว หรือกอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย
2. เนื่องจากความตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้น ศพที่เสียชีวิตจะยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น จึงห้ามทำให้ศพเจ็บปวดในทุกกรณี การปฏิบัติต่อศพจะต้องทำอย่างทะนุถนอมแผ่วเบา ไม่รุนแรง
3. ศพยังมีความละเอียดอยู่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ศพจะต้องทำอย่างมิดชิด มิให้อวัยวะที่พึงสงวนเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น

การจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลาม

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนแปลงสภาพ เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนแปลง เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ การจัดพิธีศพจะทำ ๔ ประการ ต่อไปนี้

1. อาบน้ำให้ศพ
2. ห่อศพด้วยผ้าสะอาด
3. เอาศพไปละหมาดที่มัสยิด
4. เอาศพไปฝัง

คุณสุณี นิยมเดชา พยาบาล Palliative Care โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กล่าวถึงการได้เข้าร่วมประชุมกับสมาคมจันทร์เสี้ยวเพื่อการแพทย์และสาธารณสุข จนได้หลักปฏิบัติจากการประชุมและนำมาปฏิบัติในโรงพยาบาลตามแนวทางนั้น นอกจากนี้ ได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงมุสลิมอายุ 76 ปี เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาได้แล้ว คนไข้ตัดสินใจไม่รักษาต่อ และจะกลับไปตายที่บ้าน จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ขณะที่อยู่โรงพยาบาลจะสังเกตเห็นว่าคนไข้พูดลูกมุดนั่งอยู่บ่อยๆ โดยพยาบาลเองก็ไม่ทราบเหตุผลที่เธอทำเช่นนั้น เพราะผู้ป่วยพูดภาษาเขมร ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ จึงเป็นอุปสรรคในการสื่อสารอย่างมาก แต่เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ลูกสาวได้กลับมาเล่าให้ฟังว่า การพูดลูกมุดนั่งนั้นเป็นเพราะแม่พยายามละหมาดตามหลักศาสนาอยู่ จากเหตุการณ์นี้ทำให้ได้เรียนรู้อีกอย่างหนึ่งว่ามุสลิมทุกคนจะต้องทำละหมาดวันละ 5 ครั้งอย่างเคร่งครัด แม้ยามเจ็บป่วย ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยต้องการทำละหมาด ญาติและพยาบาลต้องช่วยสนับสนุนให้เขาทำได้โดยสะดวก

แนวคิดศาสนาคริสต์ที่เกี่ยวข้องกับความตาย

บาทหลวงบรรจง สันติสุขนิรันดร์ (2549) กล่าวว่า ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าชีวิตมนุษย์มาจากพระเจ้า ตลอดช่วงการดำเนินชีวิต พระเจ้าจะให้ปัจจัยที่จะดำเนินชีวิตด้วยความดีไว้ให้ นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องดวงวิญญาณที่ถาวรในโลกหน้า ซึ่งพระเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเวลาที่คนจะก้าวไปสู่อีกโลกที่สมบูรณ์กว่านี้ให้อีกเช่นกัน ชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น คาทอลิกจึงมีทัศนะต่อความตายว่าไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า ดังนั้นจึงต้องดูแลช่วงเวลานี้ ดูแลวิญญาณให้ไปสู่ความเป็นอมตะนิรันดร์ คาทอลิกให้ความสำคัญกับช่วงเวลาก่อนตายไม่น้อยกว่าเวลาที่มีชีวิต ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่มีค่ายิ่ง เพราะเป็นโอกาสสุดท้ายที่คนจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดพลาดเกี่ยวกับการกระทำในอดีตได้ ฉะนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับการฆ่าเพื่อยุติความเจ็บปวด เพราะคน

สามารถเปลี่ยนความเจ็บปวด ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน และน้ำตา เป็นกุศลได้ เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้โอกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำเช่นนี้ ทุกสัปดาห์ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์เพื่อรับศีลและฟังคำสอนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ เพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา

บทบาทของพระสงฆ์ (บาทหลวง) ต่อผู้ป่วยใกล้ตาย

1. โปรดอภัยบาปในนามของพระเจ้า เพราะผู้ป่วยระยะนี้มักจะคิดถึงความผิดในอดีต ทำให้กังวล นวดกัวบาทหลวงจะอ่านพระคัมภีร์ตอนที่กล่าวหาว่าพระเจ้านั้นเมตตา ให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน กลัวข้าๆ เพื่อให้เขาสงบและไว้ใจในพระเมตตาของพระเจ้า
2. ให้กำลังใจและใจ โดยอ่านบทกวีที่เกี่ยวกับเรื่องความตายให้ฟังเพื่อให้มีสติตลอดเวลา
3. ให้ศีลศักดิ์สิทธิ์แห่งพระกายของพระเจ้า ที่จะให้กำลังใจและวิญญาณ เช่น
 - ศีลเจิมผู้ป่วย
 - ศีลทาสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย บาทหลวงจะเสกน้ำมันมะกอกเจิมผู้ป่วย 3 จุด คือ ศีรษะ (ให้รักษาความสงบ มองโลกในแง่ดี) และมือทั้ง 2 ข้าง (ให้รับพลังกลับคืน)

นอกจากบาทหลวงแล้ว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงผู้เป็นที่รักควรจะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เขารู้สึกอบอุ่น และไม่รู้สึกลำบากใจไปคนเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับศพตามหลักศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนตายควรได้รับความเคารพ เพราะกายคือเครื่องมือของใจที่จะทำดี กายทุกกายจะถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง เพราะฉะนั้นจึงไม่นิยมเผาศพแต่จะฝังฝากดินไว้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะเก็บศพไว้ 3 วัน แล้วพระสงฆ์จะมารวมตัวกันเพื่อทำพิธีกรรมสำหรับคนตาย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่ามีคนจะตายแล้วแต่ความสัมพันธ์ทางใจยังคงอยู่ ฉะนั้น การไปเยี่ยมเยียนที่หลุมฝังศพ และการสวดมนต์ให้กับคนที่จากไปจึงยังสำคัญและความทำอยู่อย่างต่อเนื่อง

คุณนันทน์ ยงศิลป์วิริยะกุล รองประธานชมรมผู้ปลูกถ่ายไขกระดูก รพ.จุฬาลงกรณ์ กล่าวว่า ความเชื่อของคริสเตียนนั้นจะมองคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังนั้น ทางชมรมฯ จะเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยใน 3 ด้านนี้

1. ด้านร่างกาย ดูแลหาเงินทุนสนับสนุน ฯลฯ
2. ด้านจิตใจ เข้าไปพูดคุยและให้คำแนะนำกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยราบรื่น ลดความขัดแย้ง ไม่เคร่งเครียดเกินไป และก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
3. ด้านจิตวิญญาณ ศาสนาคริสต์ให้ความสำคัญมากในเรื่องนี้ เพราะทำให้คนเห็นว่าอะไรบาป อะไรผิด ชมรมฯ จะอธิษฐานให้วิญญาณบริสุทธิ์ของพระเจ้าเจาะลึกเข้าไปในวิญญาณจิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยมีพลังชีวิตต่อสู้กับโรคร้าย ให้เขามั่นใจในความเมตตาของพระเจ้า และเขาจะได้ไปอยู่กับพระเจ้าแน่นอน

หากมั่นใจในชีวิตนิรันดร์ คนจะไม่กลัวตาย ซึ่งการมีชีวิตนิรันดร์ทำได้โดย

- รักพระเจ้าให้สุดจิตสุดใจ สุดชีวิต สุดกำลัง
- รักเพื่อนบ้าน รักคนอื่นเหมือนรักตัวเอง

(คณะอนุกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย (คพส.) 2549. ศาสนากับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สืบค้น กันยายน 2553

[http://web1.peacefuldeath.info/files/word/2-20-11-47\(3\).doc](http://web1.peacefuldeath.info/files/word/2-20-11-47(3).doc)

บทที่ 3

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

แนวคิดองค์รวม

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมมีการกล่าวถึงในเชิงสุขภาพ ตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นจากการนำมาใช้ในทฤษฎีทางการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาทางการแพทย์ และภาวะสุขภาพ (Ham-Ying, 1993) โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพมีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ผู้เขียนจึงขอนำเสนอรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดองค์รวมที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และการบริการทางการพยาบาล ดังนี้

ความหมายขององค์รวม

คำว่า โฮลิซึม (holism) เป็นคำนามมาจากภาษาอังกฤษโบราณคือคำว่า ฮอล (hal) หมายถึง ทั้งหมด (whole) หรือเพื่อบำบัด (to heal) หรือความสุข (happy) และใช้แทนกันได้ทั้งสองคำคือ คำว่า โฮลิสติก ซึ่งภาษาอังกฤษเขียนเป็น holistic หรือ wholistic (Blattner, 1981) และมาจากรากศัพท์ภาษากรีกคือ คำว่า โฮลอส (holos) มีความหมายว่า หน่วยรวม หรือ องค์รวม เช่นเดียวกับคำว่า โฮล (whole) นั่นเอง (Cornman, 2000; White, 2002) ส่วนความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง การรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องเข้าเป็นหน่วยเดียวกัน (Longman, 2001) ดังนั้นกล่าวโดยสรุป องค์รวม คือ สิ่งที่เป็นหน่วยเดียวกันโดยรวมทั้งหมด ไม่สามารถทำความเข้าใจโดยการศึกษาแยกเป็นส่วนๆ ได้ (Cornman, 2000; Dossey, 2001; White, 2002)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปรัชญา และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวมใหญ่ๆ เป็น 2 แนวคิด ดังนี้

1. ปรัชญาตะวันออก โดยหลักสำคัญของปรัชญา เน้นเรื่องความสมดุลภายในร่างกายของบุคคลที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน (harmony) เช่น

1.1 ปรัชญาเล่าจื้อหรือปรัชญาเต๋า (Tao) เป็นปรัชญาจีนที่ให้ความสำคัญกับการเข้าใจธรรมชาติ และสังคม มองทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งจักรวาล แนวคิดดังกล่าว จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมอย่างชัดเจน ในการมองทุกสิ่งทุกอย่างไม่แยกจากกันนอกจากนั้นตามแนวคิดของเต๋ามองทุกสรรพสิ่งในโลกย่อมเกิดมาคู่กัน หรือมีความตรงข้ามกันเสมอ สรรพสิ่งในจักรวาลจะคงอยู่ในสภาพปกติได้ต้องอาศัยภาวะสมดุลของหยิน (Yin) และ หยาง (Yang) ซึ่งต่างฝ่ายต่างสนับสนุนซึ่งกันและกัน หากปริมาณหรือคุณภาพของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอัตราส่วนมากกว่า ก็จะมีผลกระทบต่อภาวะสมดุล คุณลักษณะของหยิน เช่น เพศหญิง ความมืด ความเย็น ส่วนคุณลักษณะของหยาง เช่น เพศชาย แสงสว่าง ความร้อน (Keegen, 2001) ดังนั้นการดูแลรักษาสุขภาพตามแนวคิดปรัชญาเต๋า คือ การคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล และลักษณะตามธรรมชาติของชีวิตมนุษย์นั่นเอง

(Chen, 2001; Morgan, 2001) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับพลังที่อยู่ในตัวบุคคลที่เรียกว่า ชี (Chi) ภาวะสมดุลจึงเป็นภาวะที่มีการไหลเวียนของชีเป็นปกติ ซึ่งสามารถส่งเสริมโดยการออกกำลังกายแบบจีน เช่น การรำมวยจีน เป็นต้น (อาภรณ์, 2544)

1.2 *ปรัชญาอินเตีย* กล่าวถึงความสำคัญของหลักการทางแพทย์ของอินเตียที่เรียกว่า "อายุรเวท" โดยเน้นความสมดุลของพลังงาน 3 ส่วนในร่างกาย หรือ ตริโทษะ คือ วาตะ ปิตตะ และ กะมะ ซึ่งพลังทั้ง 3 มีหน้าที่สร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในร่างกาย นอกจากนั้นยังแบ่งองค์ประกอบของมนุษย์ 4 ประการ คือ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) วิญญาณ และสติสัมปชัญญะ และ 4) ปัจจัยทั้ง 5 (ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุ) ดังนั้นความเป็นองค์รวมตามหลักการแพทย์ของปรัชญาอินเตียจึงให้ความสำคัญกับหลักสมดุลของพลังงานทั้ง 3 ส่วนในร่างกาย และสมดุลขององค์ประกอบต่างๆ 4 ประการ (อาภรณ์, 2544)

1.3 *ปรัชญาพุทธ* หลักทางศาสนาพุทธให้ความสำคัญกับธรรมชาติที่เป็นผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุลเพื่อสร้างชีวิต องค์รวมของบุคคลมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ รูป และนาม ซึ่งก็คือผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุล คือ ชันธ์ 5 ได้แก่ กาย เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ (มหาจรรยา, 2543) องค์รวมทางธรรมะ เรียกว่า อิทัปปัจจยตา ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนา คือ กระบวนการแห่งเหตุ และปัจจัยอาศัยการเกิดขึ้นซึ่งกันและกัน (Cause & Condition) ซึ่งเป็นที่มาของกฎแห่งกรรมนั่นเอง (อาภรณ์, 2544)

2. ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับแนวคิดขององค์รวมทางสุขภาพ โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคล ซึ่งช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น

2.1 *ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Florence Nightgale, 1969)* ได้เน้นหลักการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะเจ็บป่วยได้เอง (self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงว่าไนติงเกลก็มองเห็นถึงอำนาจและธรรมชาติที่ผสมผสานของมนุษย์ในการหายได้เอง ซึ่งเป็นความเชื่อของแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนั่นเอง (กอบกุล, 2534)

2.2 *ทฤษฎีระบบของโรเจอร์ (Roger, 1970)* กล่าวถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบโดยความเป็นองค์รวมมีลักษณะเฉพาะ และแสดงออกในรูปของสนามพลังงานของชีวิตหน่วยเดียวที่มากกว่า และแตกต่างจากผลรวมขององค์ประกอบส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ดังนั้นเราจึงไม่สามารถเข้าใจบุคคลจากการศึกษาส่วนประกอบทางชีวภาพหรือจิตสังคมมารวมกัน ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลในรูปของพลังซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกัน

2.3 *ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999)* กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (Holistic adaptive system) หลักการพยาบาลเน้นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้มีสุขภาพภาวะครบองค์รวม เช่นเดียวกับทฤษฎีของลีวิน (Levine, 1971) และพาเซ (Parse, 1981) ที่ให้ความสำคัญขององค์รวมของบุคคลจากการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วนคือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ โดยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข และยังคงสอดคล้องกับทฤษฎีของนิวแมน (Neuman, 1995) ที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักของบุคคลทั้ง 4 มิติ การพยาบาลเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวม และปกป้องสิ่งคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอก

2.4 ทฤษฎีระบบพฤติกรรมของจอห์นสัน (Johnson, 1980) มีแนวคิดว่าคุณคนเป็นระบบพฤติกรรม (Behavior system) ประกอบด้วย ระบบย่อยๆ 7 ระบบ โดยมีปฏิสัมพันธ์และพึ่งพากันและกันตลอดทั้ง 7 ระบบ ได้แก่ ระบบการรับเข้า ระบบการพึ่งพา ระบบการสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระบบสืบพันธุ์ ระบบการขับหลัง ระบบก้าวหน้าและการป้องกัน และระบบความสำเร็จ ซึ่งระบบพฤติกรรมโดยรวมนี้จะมีการป้องกัน การกระตุ้น และการส่งเสริมเลี้ยงดู การพยาบาลมุ่งที่จะช่วยให้ระบบต่างๆ มีเสถียรภาพ และทำงานได้อย่างสมดุล

2.5 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1999) ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณที่จะเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล

2.6 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นองค์รวม โดยสามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสัญลักษณ์และด้านสังคม หลักการพยาบาลเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญ ทั้งนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ และมีความสนใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในสภาวะที่สมบูรณได้

จะเห็นได้ว่าปรัชญา และทฤษฎีต่างๆ มุ่งอธิบายความสำคัญขององค์ประกอบของบุคคลในมิติต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นจึงเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการทำความเข้าใจองค์รวมของบุคคลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และยังเป็นผลดีในการช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตของตนเองได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง โดยเฉพาะเมื่อนำแนวคิดองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ

3. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) หมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีดุลยภาพครบองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติ คือ มิติด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และต้องพิจารณาทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งหมด เน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าการเจ็บป่วยหรืออาการของโรค (กอบกุล, 2534; มหาจรรยา, 2543) สอดคล้องกับความหมายภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ที่ต้องการให้ประชาชนมีสภาวะที่สมบูรณ์ครบทุกมิติเช่นเดียวกัน (ประเวศ, 2545)

นอกจากนี้ยังเป็นการเน้นถึงทางเลือกของกิจกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ และผู้ให้บริการ (Cornman, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟิงก์ (Fink, 1976 cited by Blattner, 1981) ได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การรวมแนวคิดทางการแพทย์เชิงมานุษยนิยม (Humanistic medicine) ระบบสุขภาพทางเลือก (Alternative health care) การดูแลพื้นฐาน (Primary care) และการปรับเปลี่ยนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ (Altered provider-patient relationships) มาไว้ด้วยกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Blattner, 1981)

3.1 การแพทย์เชิงมานุษยนิยม (Humanistic medicine) เป็นการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่คำนึงแต่โรค และการวินิจฉัยโรค ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ให้กับภาวะสุขภาพของตนเอง แพทย์ต้องกระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ให้บริการมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น การรักษาภาวะสุขภาพเป็นการรักษา ภาวะสมดุลองค์รวมของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไป

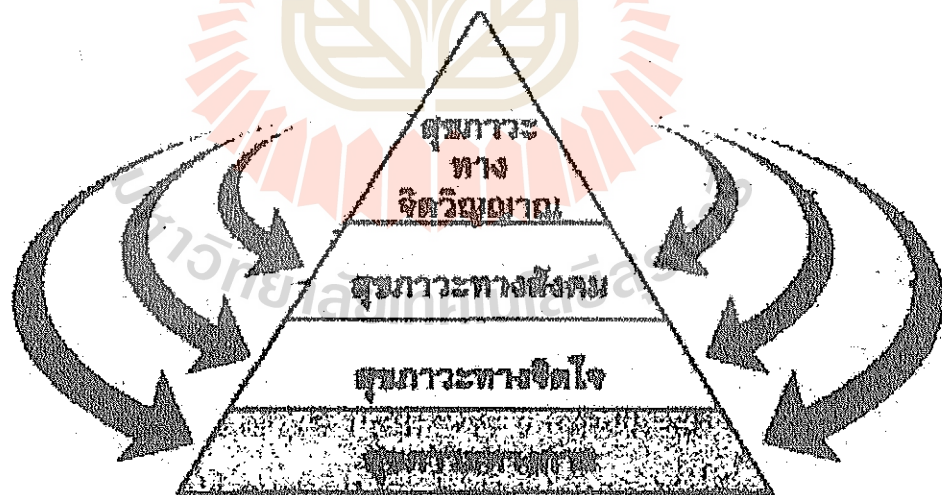
3.2 ระบบสุขภาพทางเลือก (Alternative health care) เป็นแนวทางที่หลากหลายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health : NIH) ได้จัดประเภทการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบทางเลือกออกเป็น 5 วิธีการใหญ่ๆ ตามวิธีการปฏิบัติดังนี้ (NCCAM, 2002)

1) ระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medical system) ได้แก่ โฮมีโอพาธิค (Homeopathic medicine) การรักษาตามธรรมชาติ (Naturopathic medicine) รวมทั้งวิธีการรักษาของแพทย์แบบตะวันออก เช่น อายูรเวท (Ayurveda) 2) การบำบัดรักษาเชื่อมโยงกาย-จิต (Mind-body intervention) เช่น กลุ่มบำบัด การบำบัดทางพฤติกรรมและการรับรู้ (Cognitive-behavioral therapy) รวมทั้งการทำสมาธิ การสวดมนต์ ดนตรีบำบัด และการเดินรำ เป็นต้น 3) การบำบัดทางชีวภาพ (Biologically based therapies) เช่น วิธีการทางโภชนาบำบัด (Dietary supplements) 4) การเยียวยาด้วยมือ เช่น การนวด (Massage) ไคโอแพคติก (Chiropractic) และ 5) การใช้พลังบำบัด เช่น ชีกง (qi gong) ไรกิ (Reiki) สัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) และพลังงานสนามแม่เหล็ก (Magnetic fields)

3.3 การดูแลพื้นฐาน (Primary care) คือ การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพกันเองภายในชุมชน และสังคม เช่น การดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3.4 การปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ (Altered provider-patient relationships) ฟิงก์ (Fink) เชื่อว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด เพราะเป็นการเน้นความเป็นอิสระในการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือน พ่อ-แม่ให้การดูแลบุตร ดังนั้น การปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม คือ ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนเท่านั้น

นอกจากนี้ ประเวศ (2543) ยังให้รูปแบบแนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมของมนุษย์ที่มีการเชื่อมโยงของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมิติทางด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่อยู่ชั้นสูงสุดและมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายสู่สภาวะอันจะช่วยให้มนุษย์มีความสมดุลแบบองค์รวม ดังภาพ



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์สภาวะทางกาย ทางจิต สังคม และทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวพันกันไปมา สภาวะทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบองค์รวมอีก 3 มิติ

นอกจากนี้ ในระบบการปรับเปลี่ยนความสมดุลภายในร่างกายของมนุษย์มีการคิดค้นความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยศาสตร์ทางกายแพทย์หลายแขนงที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พัฒนาการประสาทชีววิทยา (Development neurobiology) ระบบสารสื่อพฤติกรรมประสาท (Behavioral

neurochemistry) จิตวิทยาทางสังคม (Sociological psychiatry) จิตประสาทภูมิคุ้มกัน (Psychoneuroimmunology) เป็นต้น (สายพิน, 2538) ซึ่งศาสตร์จิตประสาทภูมิคุ้มกัน เป็นศาสตร์หนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงระบบต่างๆ ที่บ่งบอกถึงความเป็นองค์รวมของมนุษย์ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น (สมจิต, 2538) เพราะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับสมดุลของร่างกาย จากขบวนการตอบสนองของระบบประสาท ระบบฮอโมน และระบบภูมิคุ้มกันที่มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ตลอดจนการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อให้มนุษย์สามารถปรับสภาพภาวะถูกคุกคามต่างๆ เข้าสู่ภาวะสมดุลได้อย่างปกติสุข (จอม, 2542; Bartol & Courts, 1993; Dossy, 1995 b; Wells-Federman et al., 1995)

สำหรับมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในประเทศไทย มีการกล่าวถึงตั้งแต่สมัยโบราณ โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล เช่น การคลอดบุตร ทุกคนในครอบครัวจะมีส่วนช่วย โดยเฉพาะสามี ญาติ พี่น้อง จะอยู่พร้อมหน้ากัน ผู้คลอดจึงสามารถรู้สึกได้ถึงความปลอดภัย แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงองค์รวมของบุคคลอันส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับการรณรงค์การจัดโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก เป็นต้น (บุญทิพย์, 2539) อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวอาจยังไม่ได้มีการกล่าวถึงอย่างชัดเจนมากนักดังเช่นในปัจจุบัน ซึ่งได้มีนโยบายต่างๆ เข้ามาสนับสนุนแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองมากขึ้น รวมทั้งระบบการบริการทางสุขภาพเน้นการบริการที่มีความเป็นองค์รวม (กองบรรณาธิการ, 2544; วิจัย, 2544; สุรเกียรติ, 2544) เช่น การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้ากับแผนปัจจุบัน แนวคิดธรรมชาติบำบัด และการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นต้น (เอี่ยมพร, 2542) นโยบายและโครงการต่างๆ เหล่านี้ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพทุกมิติ และคำนึงถึงความสอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม นอกจากนี้ยังช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเชื่อ และความต้องการของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตข้างหน้า ผู้ใช้บริการทางสุขภาพจึงน่าจะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถ่องแท้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป แนวคิดองค์รวม เมื่อนำมาใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจลักษณะตามธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล เพราะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่างๆ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพโดยตรง จึงต้องให้ความสำคัญต่อการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการบริการอย่างมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลเป็นศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย จึงเป็นศาสตร์หนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดองค์รวมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่สมัยฟลอเรนซ์ในติงเกล (Florence Nightingale) (Dossy, 2001) จากการพิจารณาสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความสนใจป้องกันสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่มีผลต่อโรค ความเกี่ยวข้องนี้เป็นการพิจารณาองค์รวมของผู้ป่วย ได้แก่ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้คงอยู่อย่างสมดุล โดยเน้นหลักการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

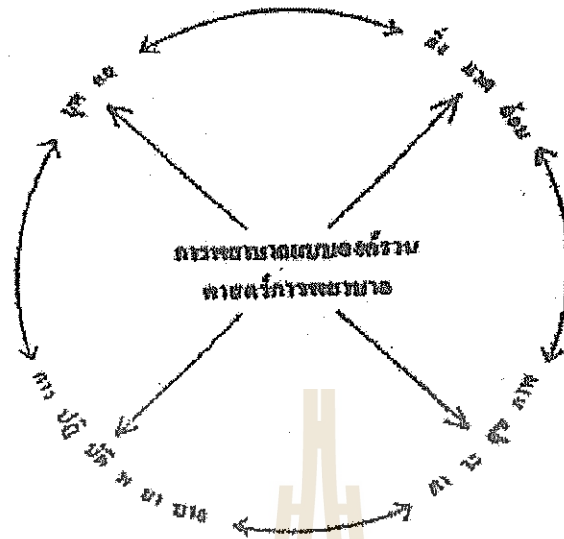
อย่างเพียงพอ (Nightingale, 1969) กิจกรรมดังกล่าวในดิงเกลเชื่อว่าช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเองได้ (Self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงให้เห็นว่ามนุษย์สามารถเยียวยารักษาตนเอง โดยอาศัยพลังตามธรรมชาติ นั่นเอง แนวคิดดังกล่าวจึงกลายมาเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญทางการพยาบาลจวบจนถึงปัจจุบัน (Dossey, 2001) การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นปรัชญาพื้นฐานในการให้การพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ และเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล (Kunaviktikul et al., 2001) ในที่นี้ขอกล่าวถึงการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมไปใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่เจริญเติบโตเต็มที่ (จินตนา และทิพย์ภา, 2541; Aud, 2001; Ruchala, 2001) และถือได้ว่าบุคคลในวัยนี้มีความพร้อมต่อการดำเนินชีวิต และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้เกิดต่อสังคมมากที่สุด แต่หากบุคคลในวัยดังกล่าวต้องเผชิญกับภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลโดยรวมทั้งหมด ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีผลมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพแวดล้อมรอบข้าง ดังนั้นบุคคลที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบดังกล่าว และสามารถให้การดูแลตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจึงขอนำเสนอรายละเอียดต่างๆ ของการพยาบาลแบบองค์รวม ดังต่อไปนี้

1. ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน (Whole person) โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน (อาภรณ์, 2544; AHNA, 2003; Bishop & Scudder, 1997; Dossey, 1998; Locsin, 2002; White & Duncan, 2002; Williams, 1998) ตลอดทั้งการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแล และผู้รับการดูแล โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (Dossey, 2001)

สิวลี (2544) ยังได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม และแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม

นอกจากนี้ สมจิต (2531) ได้วิเคราะห์แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมใหญ่ๆ 3 แนวคิด คือ แนวคิดที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ แนวคิดที่อาศัยการปรับตัวของบุคคล และแนวคิดการมองมนุษย์ในรูปพลังงาน พยาบาลจึงจะต้องมีความเข้าใจตัวบุคคลทั้ง 4 มิติ รวมถึงสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งก็คือ โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล ดังภาพ



ภาพที่ 3 การพยาบาลแบบองค์รวม โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล

หมายเหตุ จากวิชาชีพการพยาบาลประเด็นและแนวโน้ม (หน้า 137), โดย รัตนา ทองสวัสดิ์, (2541), เชียงใหม่ : ธารบรรณการพิมพ์.

จอห์นสัน (Johnson, 1990) และกริฟฟิน (Griffin, 1993) สรุปภาวะสุขภาพแบบองค์รวมสู่การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 4 ประการ คือ

1) การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญา วิธีการดูแล การอำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการผสมผสานระหว่าง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้ภาวะสุขภาพของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการตระหนักเกี่ยวกับตนเองบนพื้นฐานปรัชญาองค์รวม

2) การพยาบาลแบบองค์รวมต้องคำนึงถึงการให้ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังรักษาสุขภาพของตนเองได้

3) ประสพการณ์การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทำให้มีโอกาสทำความเข้าใจตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเองมากยิ่งขึ้น

4) พยาบาลต้องคำนึงถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติในแต่ละบุคคล กล่าวโดยสรุป การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการตอบสนองของความต้องการคนทั้งคน ครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เกี่ยวข้องให้อยู่ในภาวะสมดุล เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองตามศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพดี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดภาวะสมดุลทางสุขภาพ โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งมีความเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน หรือกล่าวได้ว่าหากดูแลมิติใดมิติ

หนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วย และในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้ดูแลในมิติหนึ่งก็จะมีผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมมีแนวทางในการดูแลดังต่อไปนี้

2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย คือ การช่วยเหลือดูแลผู้ให้บริการให้มีความสุขสบายทางกาย เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การเช็ดตัว การอาบน้ำ การสัมผัส การนวด กิจกรรมเหล่านี้สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจกล่าวได้ว่าเป็นมิติที่พยาบาลมีความสามารถในการให้บริการอย่างรวดเร็ว และโดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วน หรือคุกคามความปลอดภัยแห่งชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้การดูแลตอบสนองอย่างใกล้ชิด และจากสภาวะการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง ระบบการทำงานต่างๆ ทำงานลดลงหรือเกิดความผิดปกติ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการเผาผลาญอาหาร และระบบขับถ่าย เป็นต้น (จารุวรรณ, 2544) ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่ไม่สมดุลการดูแลทางด้านร่างกายจึงเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญในการช่วยตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต เช่น ภาวะช็อก หมดสติ หรือมีอาการชัก เป็นต้น

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับคำกล่าวข้างต้น โดยพบว่า พยาบาลมักจะทำให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก (จรัสศรี และบุญวาที, 2539; จวีวรรณ, 2540; ชัยณรงค์, 2544; ทศนา, 2544; บุญมา, 2543; ปิญาภรณ์, 2536; พิรุณ, มปป.; สุขใจ และพวงเพ็ญ, 2542) โดยให้เหตุผลว่า ช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุเลาได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการมีภาระงานหนัก จึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือมิติดังกล่าวเป็นอันดับแรก และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร, อรพรรณ, อติพร, และอรุณ (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้มีสุขภาพดี พบว่าการที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึง คือ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยให้เหตุผลว่า เมื่อภาวะสุขภาพทางกายดีแล้วนั้น บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

2.2 การพยาบาลด้านจิตสังคม การพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม จิตใจ และสังคม ส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงพร้อมๆ กันอย่างไรก็ตามมีความหมายที่แตกต่างกัน การดูแลทางด้านจิตใจ หมายถึง การดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ความเป็นมิตร ความเป็นกันเอง ความอดทน รวมทั้งการตระหนักถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ส่วนในด้านสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง เป็นต้น (ปิญาภรณ์, 2536) นิโคล (Nichols, 1984) ได้จำแนกองค์ประกอบที่กล่าวถึงการพยาบาลด้านจิตสังคมไว้ 4 ประการ คือ การดูแลด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล ข่าวสาร การเป็นที่ปรึกษา และการควบคุมสภาวะจิตใจ เช่นเดียวกับ ซอลดา (2536) กล่าวถึงการมีความเชื่อ อาหารต่อผู้ป่วยด้วยการอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ ให้การยอมรับ ให้การยอมรับ และมีการสื่อความหมายโดยการสัมผัส ในขณะที่ จารุวรรณ (2544) ยังได้กล่าวถึงการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสภาพทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อสังคม ครอบครัว และการงาน เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท

สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยที่พยาบาลต้องคำนึงถึง และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม (บุษกร, 2546) ดังเช่นการศึกษาของ สุรัตณี (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้

พยาบาลมีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บ ต้องการสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยเจ็บและพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องของการเรียกชื่ออย่างสุภาพ และให้เกียรติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังพบปัญหาในการดูแลมิติดังกล่าว ดังเช่นการศึกษาของ สมสมัย และพิกุลรัตน์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถดูแลได้อย่างครบคลุม โดยสาเหตุส่วนใหญ่พบว่า พยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้จากปัจจัยแวดล้อม คือ การมีภาระงานมาก และการมีอัตรากำลังที่จำกัด จึงต้องทำงานอย่างเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (นวิรัตน์ และสรวิรัตน์, 243; สมสมัย และพิกุลรัตน์, 2545) รวมทั้งความเป็นนามธรรมของการพยาบาลทางด้านจิตสังคม ทำให้ขาดทักษะการให้การพยาบาล (จรัสศรี และบุญวดี, 2539; อติรัตน์ และนพพร, 2542)

ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้มากขึ้น เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความสำคัญกับญาติที่จะต้องเข้ามามีส่วนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ทัศนีย์, 2540; สิระยา, 2540) ซึ่งจะสามารถสร้างคุณภาพการบริการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ (พวงรัตน์, 2545) เพราะญาติเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ของการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (ทัศนีย์, 2540; Paavilainen, Seppanen, & Astedt-kurki, 2001) และยังเป็น การแสดงถึงหน้าที่ที่สำคัญระหว่างบุคคลภายในครอบครัวที่จะต้องช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันและกันทั้งเมื่อเจ็บป่วย และปกติ (ยุพิน, จิราพร, รุ่งนภา, และศิริพันธ์ุ, 2545; อารียวีรรณ และสุชาดา, 2546; อุมาพร, 2543) โดยหลักในการดูแลครอบครัว ควรเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะช่วยสร้างความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ (ชนิษฐา, สุนทรวดี, และวรรณิ, 2545; ประณีต, แสงอรุณ, เนตรนภา, ปัทมา, และกาญจนา, 2543) ตลอดจนการจัดการแก้ไข หรือปรับปรุงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการของผู้บริหาร นโยบาย และระบบงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม จะเป็นการส่งเสริมให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมยังต้องคำนึงถึงพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพราะมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน (บุญวดี และจรัสศรี, 2540)

2.3 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเชื่อมโยงความ เป็นองค์รวมของบุคคลให้มีความเข้มแข็งขึ้น เพราะเป็นการดูแลมิติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายของชีวิต และการแสดงออกพฤติกรรมความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคล และส่งผลกระทบต่อกาย และจิตใจ (อาภรณ์, 2544; Tanyi, 2002) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกลับพบว่า มิติจิตวิญญาณเป็นมิติที่พยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล (จวีรรณ, 2540; ทัศนีย์ และคณะ, 2544; เสาวลักษณ์, 2545; Kuuppelomaki, 2001; Sellers & Haag, 1998; Stranahan, 2001) โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีภาระงานมาก การไม่ให้ความสำคัญ และมองข้ามการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ไม่เข้าใจลึกซึ้งถึงจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกาดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตวิญญาณจะกระทำน้อยมาก และกระทำต่อเมื่อพบว่า มีปัญหาหรือได้แก้ไขปัญหาร่างกายแล้ว และยังขาดความต่อเนื่องในการดูแล (บุณผา, 2543; เสาวลักษณ์, 2545) รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ เช่น มีเสียงดัง และหอผู้ป่วยคับแคบ เป็นต้น (เสาวลักษณ์, 2545)

ความไม่เข้าใจและขาดความรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของพยาบาล ประกอบกับการขาดแคลนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ ตลอดจนขาด

แคลนผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การศึกษาในประเทศไต้หวันศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการดูแลด้านจิตวิญญาณให้แก่นักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 22 ราย เป็นระยะเวลา 18 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การบรรยายความรู้ในเรื่องจิตวิญญาณ การศึกษาดูงาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และผู้ให้บริการอื่นๆ ในชุมชน พร้อมทั้งมีการศึกษาเป็นรายกรณี และรายงานผลการศึกษา โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจการดูแลด้านจิตวิญญาณทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติยิ่งขึ้น (Shin, Gau, Mao, Chen, & Kao Lo, 2001)

จะเห็นได้ว่าการให้การดูแลองค์ประกอบหลักทั้ง 4 มิติ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในยามที่ชีวิตเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย จึงเป็นบทบาท และหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลมิติเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทุกมิติพร้อมๆ กับการพัฒนาภาวะสมดุลของพยาบาลผู้ให้การดูแล เพื่อความพร้อม และศักยภาพในการดูแลเพื่อนมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องให้การดูแลบริบทแวดล้อมของผู้ให้บริการที่มีผลต่อความสมดุลของภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียด

2.4 การพยาบาลด้านการบำบัดเยียวยา การบำบัดเยียวยา (Healing) หมายถึง ขบวนการบำบัดเยียวยาที่ดำเนินถึงองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติอย่างผสมผสาน และสมดุล (Dossey, 1995 a) โดยเป็นการนำวิธีการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapies) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดำเนินถึงความจำเป็นของบุคคลเพิ่มมากขึ้น (Avis, 2001; Mantle, 2001; Taylor, 2002 a; White & Duncan, 2002) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทของการเป็นผู้บำบัดเยียวยารักษา (Nurse as a healer) ทั้งบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การสนับสนุน ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และผู้ปฏิบัติ ในการดูแลภาวะสุขภาพ (Mantle, 2001) โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ คุณค่า และความเชื่อของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ (Hanucharunkul, 2002)

ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาเทคนิควิธีต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งผู้ให้บริการ และผู้ให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ คีแกน (Keegan, 1996) ได้สำรวจการให้ทัศนะของพยาบาล พบว่า พยาบาลจำนวน 55 คน (ร้อยละ 84) คิดว่าพวกเขาคือ ผู้ให้การบำบัดเยียวยา โดยได้นำการดูแลแบบผสมผสานเข้ามาใช้ในการบำบัดเยียวยาแก่ผู้ป่วย และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดบอกว่า ได้นำการบำบัดเยียวยาแบบผสมผสานมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล 16 ครั้ง หรือมากกว่านั้นในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กิจกรรมการบำบัดเยียวยา ได้แก่ การฝังเข็ม การบำบัดด้วยกลิ่น การใช้ศิลปะบำบัด การฝึกการหายใจ การบำบัดด้วยความร้อน การใช้สมุนไพร การบำบัดด้วยเสียงหัวเราะ การสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การนวด และการฝึกโยคะ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลคินสัน และซิมป์สัน (Wilkinson & Simpson, 2002) ศึกษาการดูแลแบบผสมผสานของพยาบาลในออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลถึงร้อยละ 38 โดยวิธีที่นำมาสูงสุดใช้ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (ร้อยละ 21.3) และการบำบัดด้วยกลิ่น (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ รายงานดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญ และความชัดเจนในการเป็นผู้บำบัดเยียวยาของพยาบาลที่จะช่วยในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จากความเข้าใจ และการตระหนักถึงการผสมผสานองค์ประกอบทุกมิติของบุคคลบนพื้นฐานปรัชญาแห่งองค์รวมนั่นเอง

อย่างไรก็ตามมีรายงานที่น่าเสนอแนวคิดของนักเขียนบางท่าน มีความคิดเห็นขัดแย้งว่าการดูแลแบบผสมผสานอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลดังกล่าวเป็นเพียงศาสตร์อย่างหนึ่งในการเป็นทางเลือกให้ผู้ให้บริการมีหนทางในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการบำบัดรักษาโดยวิธีการทางการแพทย์ (Trevelyan & Freshwater, 2001) แต่ในขณะที่รายงานส่วนใหญ่สนับสนุนให้การดูแลแบบผสมผสานเป็นวิธีหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม (Comman, 2000; Diluzio & Spillane, 2002; Taylor, 2002 a; White, 2002) จากข้อโต้แย้งดังกล่าวผู้เขียนมีความคิดเห็นว่าเป็นแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม ก็มุ่งตอบสนองความต้องการดูแลบุคคลทุกคน โดยอาศัยความเชื่อมโยงของทุกมิติอย่างผสมผสานแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้ จึงต้องพิจารณาว่าแนวคิด หรือวิธีการดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด หากไม่นำวิธีการดังกล่าวเข้ามาร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลที่กำลังปฏิบัติอยู่นั้นมีความเป็นองค์รวมครบถ้วนมากน้อยเพียงใด และ/หรือสามารถช่วยแก้ไขปัญหาควทุกข์ที่รบกวนจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ และ/หรือหากนำวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้จะมีวิธีในการปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมากที่สุด โดยไม่ส่งผลกระทบต่อหรือมีอันตรายต่อผู้ให้บริการ (Bascom, 2002) ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับทักษะ และความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบผสมผสานซึ่งพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) นิยมนำวิธีสุขภาพเลือกมาใช้ในการดูแลผู้ให้บริการ แต่มีเพียงร้อยละ 24 เท่านั้นที่พยาบาลเหล่านั้นได้รับการศึกษาอบรมอย่างถูกต้อง (Sohn & Loveland, 2002) นอกจากนี้แหล่งความรู้ต่างๆ มาจากแหล่งสถานศึกษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ปัจจุบันมีหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการดูแลแบบผสมผสาน (Complimentary therapies) ที่ได้มาตรฐานที่มีการศึกษาทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติมากขึ้น ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับใบประกาศนียบัตร (Certificate) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีนโยบายเน้นย้ำถึงความปลอดภัยและคุณภาพในการบำบัดรักษาแบบผสมผสานมากยิ่งขึ้น (WHO, 2002)

สำหรับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานในประเทศไทย จากการประชุมปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ผ่านมามีประชาคมจากองค์กรภาคีต่างๆ ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางถึงการที่จะนำปรัชญาสุขภาพเชิงองค์รวมมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มีทางเลือก มีการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม โดยการผสมผสานศาสตร์ต่างๆ และตั้งอยู่บนรากฐานตามแนวสังคมไทย ผลจากการประชุมได้สะท้อนให้เห็นว่าอนาคตข้างหน้านักวิชาชีพสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการให้ความรู้ หรือการแนะนำแหล่งที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย หรือให้ความรู้ในการเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (สมพร, 2542 ก) แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น (ฟาริดา, 2545 ข) โดยในขั้นตอนการประเมินสภาพ พยาบาลควรซักประวัติถึงวิธีในการดูแลตนเองด้วยวิธีการบำบัดรักษาวิธีอื่นๆ ในอดีต หรือที่กำลังใช้อยู่ นอกเหนือจากการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Meine, 1998) การดูแลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการดูแลรักษาตนเองเพิ่มขึ้น (ฟาริดา, 2545 ก; สมพร, 2542 ข; Parkman, 2001) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ ซึ่งพบว่า วิธีการดังกล่าวสามารถช่วยเยียวยาภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้ เช่น

การนวด (Massage) มีผลต่อการลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (เทวีกา, 2546; พรจันทร์, 2541; วันเพ็ญ, 2544; อุไร, 2539) และลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (Pongchareon, 2001) ช่วยเพิ่มความอดทนต่อการล้างของกล้ามเนื้อหลังในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (นฤมล, วิชัย, และอภิวัฒน์, 2544) และช่วยลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด (เจือจันทร์, 2534; วิไล, 2543; สัมพันธ์, เบญจวรรณ, กริช, มยุรี, และสุวิมล, 2540)

การนวดกดจุดฝ่าเท้า (Reflexology) ช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Poonsaard, 2000) และลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Panyim, 2000)

การฝึกสมาธิ (Meditation) ช่วยลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูก และปาก (ปทุมภรณ์, สุภา, ลักษมี, และสันทนา, 2539) และทำให้ผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกายมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้น (นที, 2530) อีกทั้งยังลดความเครียด และลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (สุนันทา, สมพร, และไพลิน, 2540; อัจฉรา, สุภาพ, และมยุรี, 2545)

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ช่วยลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ (จุไรพร, 2536) ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่น (ศุภวรรณ, 2540) และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด (Napa, 2002)

ดนตรีบำบัด (Music therapy) สามารถช่วยลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (เอมอร, 2543) ลดปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (นากฤดี, 2545) และลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา (ดวงดาว, ประณีต, สุดศิริ, และสุนทร, 2545) รวมทั้งลดความวิตกกังวล และอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (อาริยา, 2543)

เทคนิคการสร้างจินตนาการ (Imaginary) ช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ (แสงหล้า, 2542) ลดความวิตกกังวล (ปริญญา, 2542) และลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (บุษบา, 2544)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาการนำเทคนิคต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ให้บริการในกลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ และขาดทักษะในการนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้เพียงพอ (จอนณะจ, รัชนี้, และวงจันทร์, 2546; ทิพย์ดาพร, 2546; ประณีต, อนงค์, และดวงดาว, 2546)

2.5 การพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง นอกจากการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักภายในบุคคลแล้ว การพยาบาลแบบองค์รวมยังจะต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เพราะการดูแลบุคคล ซึ่งโดยลักษณะตามธรรมชาติย่อมมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรมประเพณีต่างๆ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และโดยเฉพาะวิถีชีวิตความเชื่อของการดูแลสุขภาพ (นิภาวรรณ, 2545) การศึกษาถึงรายละเอียดเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคล และปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในแต่ละบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ (ชณิตา, 2543; ประคิด และคณะ, 2545; วันเพ็ญ, 2541; วินัย, 2541; ศิริพร จ., 2539; Rashidi & Rajaram, 2001) โดยหลักในการดูแลจะต้องยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Blattner, 1981) การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะทำให้พยาบาลมองเห็นถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ใช้บริการเป็นหลักได้

ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ยังจะต้องให้ความสำคัญกับการดึงศักยภาพของผู้ใช้บริการมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่ามีมนุษย์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

(Orem, 2001) สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลของฟลอเรนซ์ไนติงเกล (Nightingale, 1969) เชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ให้บริการที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถหายได้เอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังธรรมชาติที่อยู่ในตัวมนุษย์ ซึ่งจะช่วยจัดการกับความเจ็บป่วยได้เอง

นอกจากนี้จากสภาพสังคมในยุคปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของประชาชน โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วย มีการประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 (สภาการพยาบาล, 2546) ทำให้ระบบการให้บริการในปัจจุบันมีการตื่นตัว และให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ประกอบกับข่าวสารในยุคเทคโนโลยียิ่งทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร และให้ความสนใจสิทธิของตนเองเพิ่มมากขึ้น (ประไพ, กัญญารัตน์, และหทัยรัตน์, 2543) ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์การฟ้องร้องต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย (พัชรีย์, 2541) ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลสุขภาพจึงจะต้องมีความรู้ และให้บริการโดยการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก สอดคล้องกับรายงานการวิจัยต่างๆ ซึ่งพบว่า ผู้ให้การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต่างตระหนักถึงความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (กัลยาณี, 2543; ทศนีย์, จารุวรรณ, กรรณิการ์, อรุณรักษ์, และวิลาวัลย์, 2545) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจการรับรู้ของผู้ให้บริการในเรื่องดังกล่าว ยังพบว่า ผู้ป่วยรับรู้สิทธิที่ควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ได้รับจริง (จินดา, อธิญา, วันดี, และสุกัญญา, 2545; ถนนอม, อธิญา, วันดี, และชอลดา, 2546) ดังนั้นในการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยให้มากขึ้น สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่จะต้องมีการผสมผสาน และคำนึงถึงบริบทต่างๆ ทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ให้บริการด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลแบบองค์รวมมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการช่วยเหลือดูแลให้องค์ประกอบหลักทุกมิติของสุขภาพ มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งภายในบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสุขภาพ

3. กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

การให้การพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่มีความสำคัญในการเป็นวิธีการ และเป็นแนวทางให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (กุลยา, 2541; ศิริพร ข., 2539; สุระพรรณ, 2541) เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (ศิริพร ข., 2539) ประกอบด้วยขั้นตอนอย่างเป็นระบบ และมีทิศทางที่ชัดเจน (วัลภา และสมจิต, 2544) เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลตลอดทั้งกระบวนการ โดยพิจารณาปัญหา ผลกระทบ และปัจจัยรอบข้างของผู้ให้บริการอย่างครอบคลุม (สาลี, 2544) และผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น (สาลี, 2544; สุระพรรณ, 2541) กระบวนการพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน (วัลภา และสมจิต, 2544) ได้แก่ 1) การประเมินสภาพ (Health assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

3.1 การประเมินสภาพ เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะต้องพยายามรวบรวมข้อมูลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ฯลฯ (นวลศรี, 2531) ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ให้บริการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ในการประเมินสภาพพยาบาลสามารถสร้างเครื่องมือ หรือมีแบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งจากบุคคล หรือข้อมูลจากแฟ้มประวัติต่างๆ อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ให้บริการได้มากขึ้น (Guzzetta, 1995)

3.2 **การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล** ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรกำหนดให้สื่อความหมายตามวัฒนธรรม ความเชื่อ จิตวิญญาณของผู้ใช้บริการ การเขียนข้อวินิจฉัยที่ดีจะต้องช่วยชี้นำการปฏิบัติการพยาบาล และจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนทั้งที่เป็นคำบอกเล่า และจากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ใช้บริการแสดงออก (ทัศนีย์, 2545 ก) โดยอาจใช้หลักเกณฑ์การกำหนดข้อวินิจฉัยของนันดา (NANDA) เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (Guzzaetta, 1995) ส่วนในการวางแผน พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและต้องตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยผู้ใช้บริการจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ถ้าผู้ใช้บริการมีความพร้อมจะเป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีทีมสุขภาพให้คำปรึกษา และอธิบายถึงข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเต็มใจ พอใจที่จะปฏิบัติ และสามารถดูแลตนเองได้

3.3 **การปฏิบัติการพยาบาล** การปฏิบัติการแบบองค์รวม ต้องคำนึงถึงหลักสำคัญคือ การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง พยาบาลต้องให้การดูแลตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ (Ham-Ying, 1993) และให้การดูแลผู้ใช้บริการตามหลักของมนุษยชน (Guzzaetta, 1995) คำนึงถึงความเชื่อมโยงโดยรวมทั้งหมดของบุคคลทุกมิติ การรู้จักใช้เวลา รู้จักฟัง ให้ความสนใจอย่างจริงจัง รวมทั้งคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ (สุรีย์, 2546) นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการให้การดูแลผู้ใช้บริการแบบองค์รวม (รัตนา, 2541) ตลอดจนการนำศาสตร์อื่นๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแล เช่น การดูแลแบบผสมผสาน (รัตนา, 2541; สมพร, 2542 ข) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม (จอม, 2542)

3.4 **การประเมินผล** ประเมินผลตามเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ใน การวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าจากผู้ป่วย และญาติ อาจใช้เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้ใช้บริการเป็นหลักเพื่อจะได้ทราบว่าปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไขไปมากน้อยเพียงใด มีปัญหาใดเกิดขึ้นใหม่ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้วนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำข้อมูลมาปรับแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งหลังจากการประเมินผลแล้ว อาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่ยังคงอยู่ หรือยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุผลสำเร็จได้ จึงต้องมีการทบทวนย้อนกลับไปยังขั้นตอนแรก และมีการดำเนินการต่อมาตามลำดับขั้นของกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อไป เพื่อให้สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จได้ กระบวนการพยาบาลจึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความต่อเนื่องเป็นระบบ (สาส์, 2544) เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเน้นให้มีความครอบคลุมทุกมิติในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม และ/หรือปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพต่อไป ดังรายละเอียด

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม จากการศึกษาพบว่า มีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถแบ่งออกได้ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล

2) ปัจจัยด้านองค์กร และระบบงาน 3) ปัจจัยด้านระบบการศึกษา 4) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ และ 5) ปัจจัยด้านอื่นๆ ดังรายละเอียด

4.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล บุคลากรพยาบาลนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หากพิจารณาพื้นฐานของตัวบุคคล การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่อบอุ่น การได้รับการปลูกฝังจากอาจารย์ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ประสบการณ์ในการทำงาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถเกิดการเรียนรู้สิ่งที่ดีงาม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าบุคลิกภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม 2 ใน 3 และได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรม 1 ใน 3 ส่วน โดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว และสถาบันการศึกษา (Cattell, 1950 อ้างตาม รจเรช, 2539) การหล่อหลอม และประสบการณ์เหล่านี้พยาบาลจะสามารถนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดีต่อไป

อย่างไรก็ตามในทางกลับกัน หากพื้นฐานทางครอบครัวของบุคคลดังกล่าว ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี หรือในระบบการศึกษาไม่ได้รับการปลูกฝัง หรือมีแบบอย่างที่ดีในการพยาบาลแบบองค์รวมจากอาจารย์ รวมทั้งประสบการณ์ในการปฏิบัติงานก็ไม่ได้มีทิศทางที่ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในการดูแลแบบองค์รวม ก็ไม่สามารถมีแบบอย่างให้พยาบาลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบองค์รวมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม หรือบางรายมีความเข้าใจ แต่ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ (ทัศนาศ, 2544; ทศนีย์ และคณะ, 2544; Chaibunkaew, 2002; Drugay, 1992) นอกจากนี้ยังขาดทักษะ และประสบการณ์ในการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ เช่น ผู้ใช้บริการหลายรายมีความเกรงใจพยาบาล ทำให้ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตนเอง เช่น การสวมดนตรี (ทัศนาศ, 2544) และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีเวลา และขาดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ใช้บริการด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ (จรัสศรี และบุญวดี, 2539; ทศนีย์ และคณะ, 2544) ผู้เขียนจึงเห็นว่าถึงแม้เทคโนโลยีด้านการแพทย์จะก้าวหน้ามากเพียงใด ผู้ป่วยก็ยังต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังคำขวัญของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ว่า "เทคโนโลยีก้าวไกล ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์" "The higher the technology, the greater the need for human touch." นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักถึงประเด็น วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของผู้ใช้บริการ ขาดผู้เชี่ยวชาญ และผู้ชำนาญการที่สนใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างจริงจัง (สมพร, 2542 ข) และพยาบาลยังขาดจิตสำนึกที่ดีในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลแบบครบองค์รวมได้

4.2 ปัจจัยด้านองค์กร และระบบงาน ได้แก่

ผู้บริหาร ปรชญา และนโยบายขององค์กร ต้องพิจารณาถึงองค์กรเหล่านั้นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับการกำหนดเป็นปรชญาในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด (นวลศรี, 2531) รวมทั้งนโยบาย และแผนงานที่กำหนดสะท้อนให้เห็นจุดประสงค์ขององค์กรในการให้ความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม เช่น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น ทั้งนี้จากปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะนโยบายและแผนงานของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เช่น ไม่มีนโยบาย และแผนงานในการควบคุมมาตรฐานการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น (นวลศรี, 2531; Drugay,

1992) รวมทั้งระบบการพยาบาลไม่มีการเชื่อมโยงขาดความต่อเนื่อง เช่น ในการผลิตเปลี่ยนเวร ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ (กรรณิการ์, 2531)

4.3 ปัจจัยด้านระบบการศึกษา ได้แก่

4.3.1 หลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี จะต้องพิจารณาถึงการสอดแทรกเนื้อหาหลักสูตรการพยาบาลแบบองค์รวม และสถาบันการศึกษาแห่งนั้นให้ความสำคัญกับการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด ดังเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้บรรจุเป็นวิสัยทัศน์ของคณะไว้อย่างชัดเจนต่อการเป็นศูนย์กลางทางวิชาการพยาบาลในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกภายในปี 2555 มีการจัดการเรียนการสอน เน้นให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจการพยาบาลแบบองค์รวมตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-ระดับปริญญาเอก เป็นต้น (คณะพยาบาลศาสตร์, 2544) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษา ทั้งนี้เพราะยังไม่มีภาระบูรณาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระดับอย่างชัดเจน (สมพร, 2542 ข)

4.3.2 นักศึกษาพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นรากฐานที่สำคัญในการปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมให้ลึกซึ้ง อย่างไรก็ตามนักศึกษาจะต้องเป็นผู้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะการช่วยเหลือปัญหาด้านจิตสังคม (อติรัตน์ และนพพร, 2542) และจิตวิญญาณ

4.3.3 อาจารย์พยาบาล เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการเป็นผู้ปลูกฝังรากฐานที่ดีต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้แก่ นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้นอาจารย์พยาบาลควรมีทัศนคติ ความเชื่อในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีคุณสมบัติ และมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ นักศึกษามีความเข้าใจอย่างละเอียดลึกซึ้ง

4.4 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

จากสภาพของความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และญาติทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่พบว่า ผลของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ส่งผลกระทบต่อองค์รวมทุกมิติอย่างรุนแรง โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด (McCorkle, Pasacreta, & Tang, 2003) ดังนั้นจากสภาพความเจ็บป่วยเหล่านี้ ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ หรือในบางครั้งอาจแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ รวมทั้งการคาดหวังต่อการได้รับการดูแลที่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานให้หมดไปอย่างรวดเร็ว แต่ความต้องการเหล่านั้นบางครั้งพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในระหว่างการดูแลได้ ดังนั้นในระหว่างการดูแลพยาบาลจะต้องให้ความเข้าใจปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น อดทน มีการประนีประนอมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี เพื่อช่วยให้เกิดการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวมกับผู้ให้บริการอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ให้บริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยได้ หากไม่ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว (กุสุมา, 2545) รวมทั้งปัญหาการอำนวยความสะดวกในการจัดหาที่พักให้กับญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะในหอพยาบาลผู้ป่วยหนักที่ไม่มีที่พักให้กับญาติ ญาติจึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดหาที่พักให้เพียงพอ (นิสากร, 2545)

4.5 ปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่

ลักษณะทางวัฒนธรรมสังคมไทย ลักษณะทางสังคมของประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ทำให้มีการถ่ายทอดแบบอย่างของการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก เช่น ผู้ที่เจ็บป่วย ดังนั้นจึงมักพบเห็นภาพของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างญาติผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือระหว่างญาติเพียงข้างเคียงกับผู้ป่วยรายอื่นๆ เมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือเยียวยาซึ่งกันและกัน โดยสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในรายที่ไม่มีญาติ หรือญาติยังไม่เข้ามาเยี่ยมได้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมภาวะสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น อย่างไรก็ตามลักษณะทางสังคมของภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยประชาชนหลายกลุ่ม ได้แก่ ไทยพุทธ มุสลิม คนไทยเชื้อสายจีน ดังนั้นเมื่อประชาชนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกิดความยากลำบากในเรื่องการสื่อสาร พยาบาลส่วนใหญ่จึงมักให้ญาติช่วยในการสื่อสาร ซึ่งจะเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต่อการเยียวยาภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

สรุป ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริม และ/หรือเป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งควรจะทำให้ความสำคัญต่อการนำไปพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บทที่ 4

การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

Humanized Healthcare คือการบริการด้วยใจความเป็นมนุษย์ หรือการบริการด้วยความรัก เป็นการสร้างสมดุลระหว่างความรัก ความงาม ความจริงและความดี โดยสร้างความสมดุลระหว่างตัวเราเอง ผู้อื่น และ knowledge ซึ่งมีผู้กล่าวว่ามนุษย์นั้นมีอัตตา แต่ก็ยังมีในธรรมอยู่ลึกๆภายใน มีความเห็นอกเห็นใจ ปราวณชาติ เสียสละและเชื่อมั่นในสิ่งที่ตั้งตามอยู่ โดยที่หากเรามองเรื่องมโนธรรมมากเกินไป ก็ทำให้เกิดทุกข์ได้ แต่เป็นทุกข์เมื่อเห็นผู้อื่นลำบากทุกข์ร้อนกว่าเรา หากเรามองแง่อัตตาเกินไปก็ทำให้เกิดทุกข์ได้ เมื่อเห็นคนอื่นดีกว่าเรา ดังนั้นต้องมองให้เป็นกลางสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้น

Humanized Health care ในมุมมองของ พรพ. คือ โรงพยาบาลที่ดูแล คนและโรค โดยเอาใจเขามาใส่ใจเรา ถ้าทำได้จริงจะดีมากไม่เป็นขั้นตอนมากนัก ผู้ให้บริการมีความสุข ทำงานจากใจ คุยกันรู้เรื่อง พุดคุยกันมากขึ้น ทุกจุด พุดฟังกัน ไม่มีแผนก แยกแยก เท้าเทียมกัน ต้องได้ใจกันทุกคนในโรงพยาบาล มองภาพเดียวกัน ใช้หลักธรรมะ สติ บรรยากาศดี โดยต้องบริการมาจากใจ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หากทำได้จะพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าคนไข้เหมือนญาติเรา และวันหนึ่งเราก็ต้องมารับบริการเราก็ต้องการได้รับบริการเหมือนที่ตีเหมือนกับที่เราให้เช่นกัน HA นั้นเป็นส่วนหนึ่งของ Humanized Care โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ Hospital Accreditation:HA ของ พรพ.ได้กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยครบองค์รวมหรือที่เรียกว่า Holistic Care เป็นส่วนหนึ่งของวิสัยทัศน์หรือพันธกิจหรือมาตรฐาน เมื่อโรงพยาบาลต่างๆได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพไปแล้วระดับหนึ่ง มีความสามารถที่จะประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างดีแล้ว จึงพบว่าเริ่มติดขัดที่การประเมินและดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ดังที่เรียกว่า Spiritual Care นำไปสู่คำถามที่ว่า Holistic Care คืออะไร (สืบค้น <http://sarapeehealth.net/modules.php?name=News&file=print&sid=19>)

หากเราพิจารณาการให้บริการแบบแยกส่วน เราจะพบว่าแพทย์มักรับผิดชอบการดูแลทางร่างกายหรือทางชีววิทยาคือ Biological Care พยาบาลมักจะสามารถดูแลด้านจิตใจและสังคมไปพร้อมกันคือ Psychosocial Care หากต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ นักจิตวิทยาช่วยได้เรื่อง Psychological Care นักสังคมสงเคราะห์ช่วยได้เรื่อง Social Care และจิตแพทย์ช่วยได้เรื่อง Psychiatric Care อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนมิใช่สิ่งพึงปรารถนาของระบบสุขภาพ อันที่จริงแล้วผู้ให้บริการทุกคนควรมีความสามารถให้บริการด้วย Holistic Care คือดูแลผู้ป่วยครบองค์รวม

เมื่อคนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจคำว่า Holistic Care จึงปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยครบองค์รวมไม่ได้ นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ(สวสส.) ได้บัญญัติคำศัพท์ใหม่คือ Humanized Health Care หรือการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ศ.นพ.ประเวศ วะสีได้ช่วยขยายความและปาฐกถาในหลายโอกาส และสถานที่ รวมทั้งผลักดันให้เครือข่ายสุขภาพขับเคลื่อนการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างคึกคัก นำไปสู่คำถามว่าการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์คืออะไร รวมทั้ง Humanized Health Care แตกต่างจาก Holistic Care อย่างไร เป็นคำถามที่ผู้คนในระบบสุขภาพสามารถช่วยกันหาคำตอบได้

Humanized Health Care ควรมีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ข้อ ข้อแรกคือความสามารถในการมองเห็นองค์รวม ข้อสองคือความสามารถในการมองเห็นมนุษย์ และข้อสามคือความสามารถในการมองเห็นความทุกข์

ข้อแรก ความสามารถในการมองเห็นองค์รวม เรื่องนี้คุณหมอโกมาตรได้ยกตัวอย่างที่ดีมากคือเรื่องดอกไม้ เวลาถามว่าดอกไม้ประกอบด้วยอะไร คนส่วนใหญ่มักตอบว่าประกอบด้วยก้านดอก กลีบดอก เกสรตัวผู้ และเกสรตัวเมีย เรามักลืมว่าองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของดอกไม้คือความงาม อาจจะมีเพิ่มเติมว่ามีกลิ่นหอม และสัญลักษณ์ของความรักร่วมด้วย เราจะมองเห็นความงามของดอกไม้ได้เราต้องมีความสามารถที่จะมองเห็นองค์รวม ในทำนองเดียวกันเราจะมองเห็นผู้ป่วยทุกคนได้โดยไม่แยกส่วนเป็นอวัยวะหรือแม้กระทั่งแยกส่วนเป็นวิชาชีพ เราก็ต้องมีความสามารถที่จะเห็นองค์รวมเช่นกัน

ข้อสอง ความสามารถในการมองเห็นมนุษย์ เรื่องนี้คุณหมอโกมาตรได้ยกตัวอย่างที่ดีมากอีกเช่นกันคือเรื่องการฟังเสียงหัวใจ เวลาคุณหมอใช้หูฟังฟังเสียงหัวใจ ผู้ป่วยบางรายจะชอบพูด คุณหมอบางท่านก็มักจะขอให้ผู้ป่วยเงียบก่อน อาจจะเป็นเพราะเสียงพูดนั้นดังรบกวนการตรวจหรืออาจจะเพราะยังมีผู้ป่วยรอตรวจอีกมาก ไม่มีเวลาจะฟัง จะด้วยเหตุใดก็ตามเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์คนหนึ่งอยากจะถูกฟัง แต่คุณหมอยังไม่อยากฟัง เพราะเราถูกฝึกมาให้เก็บข้อมูล เราต้องการฟังเสียงของอวัยวะคือหัวใจ แต่ไม่ฟังเสียงของมนุษย์

ข้อสาม คือความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ เคยมีคุณแม่ท่านหนึ่งจุ่มลูกอายุ 3 ปีซึ่งเป็น Cerebral Palsy ไปที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเพื่อขอใบรับรองความพิการ ตามกฎแล้วแพทย์มีหน้าที่ออกใบรับรองความพิการทางสติปัญญาเมื่อพบว่าเด็กมีไอคิวน้อยกว่า 70 นายแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนก็ทำตามกฎเมื่อไม่สามารถตรวจไอคิวได้จึงส่งผู้ป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์เพื่อพบกุมารแพทย์ กุมารแพทย์ก็ทำตามกฎจึงส่งมาที่จิตแพทย์ จิตแพทย์มีทางเลือก 2 ทางเลือก ก.ทำตามมาตรฐานคือส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อตรวจไอคิวซึ่งคิดจะยาวประมาณ 1 เดือน แม่และเด็กอาจจะต้องมาพบนักจิตวิทยาอีก 1-3 ครั้งแล้วแต่กรณี ซึ่งน่าจะสร้างความทุกข์ให้แก่แม่และเด็กอีกเป็นอันมาก ทางเลือก ข.คือดูด้วยสายตา สัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมแล้วออกใบรับรองแพทย์เลย เพราะอย่างไรเด็กก็แขนขาเดินไม่ได้อยู่แล้ว มีสิทธิได้รับใบรับรองความพิการเรื่องแขนขา รวมทั้งอนุमानได้ว่าสติปัญญาบกพร่องแน่ จะเห็นว่าบางครั้งการทำตามกฎเกณฑ์และมาตรฐานสามารถสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างไม่น่าเชื่อ ความสำคัญของผู้ให้บริการจึงน่าจะเป็นความสามารถที่จะสัมผัสความรู้สึกของผู้ป่วย

ตัวอย่างเรื่องใบรับรองความพิการนี้เป็นสากล ในการประชุม "ระดมพลังเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ให้เต็มทุกอำเภอ" ซึ่งจัดโดยแผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มูลนิธิสตรี-สฤษีตังค์ และ สสส. ที่โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2551 นั้น ในตอนท้ายของการประชุม พยาบาลท่านหนึ่งจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งลุกขึ้นเล่าเรื่องความยากลำบากในการต่อสู้เพื่อให้ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับใบรับรองความพิการว่าแสนเข็ญเพียงใด จนกระทั่งรำไห่กลางที่ประชุมนั่นเอง

ความเจ็บไข้ได้ป่วยหรือ illness ไม่ควรหมายถึงโรคหรือ disease เท่านั้น แต่ควรหมายรวมถึงทุกข์ของผู้ป่วยหรือ suffering ด้วย และดังที่ทราบกันว่าโรคหรือ disease จำนวนมากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดไม่ได้คือไม่ cure อย่างมากก็เพียงทุเลาหรือสงบคือ remission ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจำนวนมากเหล่านี้ให้หายขาดได้ ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถบำบัดทุกข์ผู้ป่วยด้วย การที่ผู้ให้บริการพุ่งความสนใจไปที่ตัวโรคแต่เพียงอย่างเดียว แล้วละเลยทุกข์ผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดในระบบสุขภาพอย่างมาก เป็นทุกข์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำศัพท์เช่น Humanized Health Care ช่วยให้เราเข้าใจ Holistic Care มากยิ่งขึ้น เห็นความสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าองค์รวม เห็นความสำคัญของการมองผู้ป่วยเป็นคนทั้งคน และเห็นความสำคัญของ

ความสามารถที่จะสัมผัสทุกข์ผู้ป่วยรวมทั้งคิดเรื่องบำบัดทุกข์ผู้ป่วย (สืบค้น

<http://gotoknow.org/blog/spiritualhealth/205584>)

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล : Humanized HealthCare : มีเอกสารแยก

Humanized Health Care Story

Story 1: ห้องทำงาน ผอ.

สมพนต์ เนาวรัตน์ โรงพยาบาลบ้านลาด

สัมผัสประสบการณ์การทำงานผ่านเรื่องเล่าของผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด ที่มีห้องทำงานไม่เหมือนใคร เพราะส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในห้องตรวจ เคยให้การดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหน้างาน สำหรับงานเอกสารที่ต้องลงนามก็จะให้ธุรการยกลงมาไว้ที่ห้องตรวจ และใช้เวลาว่างในช่วงที่ไม่มีคนไข้เซ็นเอกสาร และบางครั้งหากเซ็นเอกสารไม่เสร็จ ก็จะให้ธุรการยกไปไว้ที่บ้านพัก และลงมือเซ็นเอกสารจนเสร็จภายในวันนั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาดสรุปเป็นคำพูด จากวิธีการทำงานไว้ว่า "ฉันทำงานอย่างมีความสุขในฐานะผู้อำนวยการ ในเวลากลางคืน และมีความสุขในฐานะแพทย์ ในเวลากลางวัน ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลตรวจรักษาคนไข้ มีความสุขที่ได้แก้ปัญหาของคนไข้ที่มารับบริการในโรงพยาบาล และความสุขนี้คงแพร่กระจายไปยังเจ้าหน้าที่และคนไข้ทุกคน เพราะรอยยิ้มและคำขอบคุณคือสิ่งที่เราได้รับตอบแทนจากคนไข้ของเราเกือบทุกคน"

Story 2: ดอกไม้งามบานสะพรั่งทั่วสวนดอก : การพัฒนาจิตปัญญา

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือ โรงพยาบาลสวนดอก สิ่งที่ทำให้ความรู้สึกตราตรึงอยู่ในใจก็คือบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่เปรียบเสมือนดอกไม้หลากพันธุ์ และพร้อมใจกันบานสะพรั่งทั่วสวนดอก จนทำให้เกิดความงดงามที่สัมผัสได้ในกาให้บริการกับผู้คน ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดอกไม้งามที่ได้รับการใส่ปุ๋ย รดน้ำ พรวนดินจนพร้อมที่จะประดับสวนดอกให้สวยงาม

ดอกไม้ดอกแรก เธอเป็นพนักงานช่วยการพยาบาลมา 18 ปี เธอได้รับการหล่อหลอมจากการเห็นแบบอย่างที่ดี และการมีจิตสำนึกที่ไม่ได้มาจากความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่มาจากการได้รับการดูแลที่ดีจากหัวหน้ามาก่อน จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและอยากทำสิ่งที่ดีให้คุณค่ากับผู้อื่น การทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วย และสร้างคุณค่าให้กับองค์กร ทำให้เธอได้เป็นบุคลากรดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ ในปี 2548 และได้รับรางวัลในระดับประเทศในปีเดียวกัน...

ดอกไม้ดอกที่สอง เป็นพยาบาลชายหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป มีบุคลิกอ่อนโยน อ่อนนุช เป็นแบบอย่างในการดูแลญาติ ที่สร้างความประทับใจตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาที่หอผู้ป่วย และยังเป็นแบบอย่างของการเผชิญกับอารมณ์โกรธของญาติ เขาสอนน้องให้ยกระดับจิตและอยากให้ทีมอยากทำ โดยกล่าวว่า "ตัวเองต้องนำก่อน ทำจริงจะเห็นผลชัดเจนมากกว่าไปประเมินความพึงพอใจ" ในการจัดการกับตัวเองเขาเล่าว่า "ต้นทุนของตัวเองมีเยอะ ไม่เจ้าอารมณ์ แม้เป็น model ที่เข้มแข็ง cope กับปัญหาทุกอย่าง ไม่เคยเห็นแม่โวยวาย..... แม้ไม่ได้สอนเป็นคำพูดที่ออกมาจากปาก แต่เห็นแม่ทำมาตลอด"

สวนดอกไม้งามอีกดอก เป็นสภาพบุรุษผู้ดองบ เขาเคยบวชได้บวรพุทธศาสนา จึงเข้าใจโลกและชีวิต สามารถถ่ายทอดความหมายของการมีชีวิตอยู่ และการจากไปได้อย่างงดงาม เขาพูดถึงความตายว่า "ความตายเป็นเรื่องปกติ ชีวิตเป็นเหรียญสองด้าน วันนี้เราเกิดวันหนึ่งเราก็ต้องตาย ถามว่ากลัวตายหรือไม่ ไม่กลัว..... ถ้ามีเวลาน้อยจะขออยู่กับครอบครัว แต่ถ้ามีเวลามากก็คิดว่าจะทำประโยชน์เพื่อคนไข้ ถ้าที่ทำงานเอื้อให้ทำประโยชน์กับคนไข้ได้มากกว่ากับอยู่กับตัวเอง ก็ต้องซึ่งดูก่อนว่าอันไหนจะมีประโยชน์มากกว่ากัน" เขาให้ข้อคิดว่า ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยต้องพร้อม ที่จะเป็นผู้เยียวยาทั้งกายและใจของผู้ป่วยและญาติ ต้องมีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจ ยอมรับ และอยากช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ด้วยวิธีการที่แยบยล และนี่เป็นคุณลักษณะที่เขาแสดงออกให้ผู้อื่นได้ประจักษ์อยู่เสมอ จนผู้ที่ได้สัมผัส รับรู้ได้ว่าเขาเป็นผู้ที่นำความสงบมาให้ผู้ที่อยู่รอบข้างอย่างแท้จริง

ดอกไม้ดอกนี้เป็นดอกไม้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลพี่ชายที่เจ็บป่วยมาก่อน เธอจึงเข้าใจความรู้สึกของญาติได้เป็นอย่างดี จากประสบการณ์ที่ได้ดูแลพี่ชาย ทำให้เธอเข้าใจความรู้สึกของญาติมากๆ เธอบอกว่า "การดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่รักษาเสร็จแล้วก็จบ"

ดอกไม้ดอกหนึ่งเป็นดอกไม้ที่ระดับที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง เธอเป็นพยาบาลที่ดูท่าทางคล่องแคล่ว แต่นุ่มนวล อ่อนโยน เธอดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั้งทางกายและทางใจจากการได้รับอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ เธอบอกว่า "เมื่อวันหนึ่งชีวิตต้องเปลี่ยนในวินาทีเดียว ผู้ป่วยก็จะงงๆ ญาติก็จะงงๆ กับชีวิต มีทั้งความหวังว่าจะดีขึ้น แต่เมื่อไม่ดีขึ้น ญาติชีวิตก็จะเปลี่ยนไป...คนไข้ไม่ตาย แต่ทุกข์ทรมาน...ตรงนี้ก็เป็นแรงบันดาลใจอยากช่วยเหลือ"

สำหรับดอกไม้งามที่ได้ขับเคลื่อนความดีงามในเชิงระบบคนนั้นเธอ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรคปอด เดิมเป็นคนที่มีความสุขกับการที่ได้อยู่กับตัวเอง คิดอยากจะไปบวช แต่พอได้เข้าวางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความรู้สึกรู้ว่าไม่มีโอกาสฟังเรื่องราวที่เป็นความดีงามที่ผู้อื่นได้ทุ่มเทเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เลยคิดว่าเราทำไมนึกถึงแต่ตัวเอง ทำไมเราไม่ช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข สิ่งที่เราสะท้อนออกมาตอนนี้คือ "แต่ก่อนเวลาทำงาน จะมองเฉพาะคนไข้ ไม่ค่อยได้มองเพื่อนร่วมงาน ตอนนี้อยากทำในวงกว้าง...อยากทำให้เพื่อนร่วมงาน...เห็นเขาทำงานหนักแล้วยังทุกข์อีก...ในเมื่อเราได้มีโอกาสไปทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข ก็อยากทำให้ผู้อื่นมีความสุขด้วย"

สวนดอกไม้งามอีกดอกหนึ่ง เธอได้เฝ้าสังเกตตัวเองและได้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่อยู่รอบข้าง รับรู้ได้ถึงความนิ่งสงบ และทำให้เธอมีมุมมองใหม่ ในชีวิต เธอบอกว่า "ใช้หลักการยังคิด ปล่อยวาง ทำให้แก่วงน้อยลง...ปัจจุบันนี้ความระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยก็ยังเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่เปลี่ยนไปคือการแสดงออก ที่มีทำที่อ่อนโยนลง คำพูดที่นุ่มนวลขึ้น และความคิดที่นำมาซึ่งสิ่งดีงามต่อผู้อื่น เธอบอกว่า "ถึงจะแข็งกระด้างไป...ก็ได้งานเท่าเดิม ผู้อ่อนลงดีกว่า แถมยังได้ใจคนอื่นอีกด้วย"

ตัวอย่างที่ยกมาเป็นเพียงบางส่วนของบุคลากรพยาบาล ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผ่านมา และเห็นว่าโรงพยาบาลสวนดอกไม้ มีคนคิดดีทำดีอยู่มากมาย เปรียบเสมือนการมีต้นทุนที่ดี ดังนั้น โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะทำต่อไปจะทำให้ผู้คนได้รับรู้เรื่องราวดีๆ ทำให้เกิดแรงบันดาลใจกับผู้คน จนในที่สุดความดีงามจะเกิดขึ้นทั่วโรงพยาบาลสวนดอกไม้ จนกลายเป็น "ดอกไม้งามบานสะพรั่งทั่วสวนดอกไม้" ในที่สุด

Story 3: การทำงานที่สร้างกำลังใจ

โรงพยาบาลสิชล

งานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล มีโครงการอบรมฟื้นฟูผู้พิการทางจิตโดยผู้ดูแล ซึ่งได้อบรม อสม. เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยจิตเวช หลังจากนั้นก็ทำทะเบียนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และมีการวางแผนการเยี่ยมบ้านตามลำดับความสำคัญ

จากการลงชุมชนและติดตามเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยจิตเวชรายหนึ่งที่ถูกโชครวนจากครอบครัว ทีมให้การฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชโดยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ มีการปรึกษาร่วมกันระหว่างทีม การสร้างความเข้าใจกับครอบครัว และใช้หลักของครอบครัวบำบัดผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ. สุราษฎร์ธานี ขอความช่วยเหลือจากสถานสงเคราะห์บ้านเขาฝ้ายในการจัดรถส่งต่อผู้ป่วย

หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน มีการติดตามให้ไปรับยาตามนัดทุกครั้งอย่างใกล้ชิดโดยการประสานงานของทีมงานโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว ชุมชนให้การยอมรับ และได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพที่ลงไป ให้การช่วยเหลือผู้พิการทางจิตในชุมชน ให้กลับมาใช้ชีวิตใหม่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข แสดงให้เห็นถึงบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

Story 4: ยืดหยุ่นสไตล์สมิติเวช

โรงพยาบาลสมิติเวช

การบริการทางการแพทย์ถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกวัย ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมภายนอกจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ความต้องการดังกล่าวก็หาได้ลดน้อยลง ดังนั้นการทำให้บริการทางการแพทย์ยืนหยัดอยู่ได้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

โรงพยาบาลสมิติเวชนำหลักการของความยืดหยุ่นมาปรับใช้ ภายใต้แนวคิดที่ว่า "ความยืดหยุ่นทางการแพทย์ จำเป็นจะต้องตั้งอยู่บนความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย บนมาตรฐานการแพทย์สูงสุด อย่างไม่มีการประนีประนอม แต่พร้อมที่จะปรับลด (หย่อน) หรือ เพิ่ม (ยึด) ตามแต่สิ่งที่ปรากฏตรงหน้า" ต้องใส่ใจกับความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติที่อยู่ตรงหน้า ต้องกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เพราะเป็นการแสดงให้เห็นว่าองค์กรนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์กรที่มีชีวิต

ซึ่งถือว่าเป็นความท้าทายต่อผู้นำองค์กร ที่ไม่เพียงต้องมองให้กระจ่างและนำพาองค์กรไปตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่วางไว้ หากแต่ต้องมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่แสดงถึงตัวตนขององค์กร ที่พนักงานทุกคนยึดถือเป็นแบบอย่างผ่านค่านิยมขององค์กร เปรียบได้กับสิ่งมีชีวิตที่ผ่านฤดูกาลต่าง ๆ มายาวนาน หากเราเพ่งดูจริง ๆ แล้ว สิ่งมีชีวิตเหล่านั้นมีมากมายหลายชนิด ล้วนแต่มีรูปลักษณ์ภายนอกและเอกลักษณ์ที่ต่างกันไป และต่างจากต้นกำเนิดทั้งสิ้น สิ่งมีชีวิตหรือองค์กรใดที่ปรับตัวได้ ยืดหยุ่นได้ ก็ยังยืนได้ องค์กรนั้นจะเป็นองค์กรแห่งความสุข ตลอด

ระยะเวลา 30 ปี สมมติเวชได้ลงมือทำอย่างจริงจังจึงมาตลอด ตามปณิธานที่ยึดถือว่า "บริการเป็นเยี่ยม เปี่ยมด้วยคุณธรรม"

(สืบค้น: <http://www.hospital.tu.ac.th/HA%20National/Docs/Abstract/Abstract%20Jupiter15.doc>)

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำ Humanized Health Care มาใช้

การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care in ICU)

คณะวิจัย/คณะทำงาน เจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมแพ

สถานที่ทำงาน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมแพ

หลักการและเหตุผล

หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก สถิติการให้บริการในรอบ 7 เดือนที่ผ่านมา (มกราคม-กรกฎาคม) พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9 ขอลกลับเนื่องจากอยู่ในระยะสั้นห้วง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตเป็น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 แต่ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การใช้อุปกรณ์ที่ช่วยพยุงชีวิตไม่ได้เพิ่มคุณภาพชีวิต หากเป็นเพียงการชะลอหรือช่วยยืดเวลาการตายออกไปเท่านั้น เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับความตายและการพลัดพรากได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตัวเอง ทั้งยังเป็นการตอบสนองความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย เช่น ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน ที่มีญาติใกล้ชิดอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และจากไปอย่างสงบปราศจากเครื่องพันธนาการทางการแพทย์ เพราะหากรู้จักและเข้าใจความเจ็บป่วยและความตายอันเป็นความจริงของชีวิต จะทำให้ความหวาดกลัว ความกังวล และความทุกข์ใจ ผ่อนเบาลงได้

เจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักทุกคนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มดังกล่าว ซึ่งมุ่งประโยชน์ให้เกิดผลแก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรง ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดและความเชื่อทางพระพุทธศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อีกทั้งยังเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยความร่วมมือของสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้มีสิทธิตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ
2. เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับภาวะการพลัดพรากได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความสุขสบายใจและภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย

วิธีการดำเนินงาน

1. ทบทวนปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตัวอย่างการดำเนินการในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ดำเนินการได้สำเร็จ รวมทั้งปรับให้เข้ากับบริบทของ ICU

2. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมและศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย End of Life
3. นำเสนอประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน เช่นความต้องการเมื่อญาติของตนเองต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือความตาย ประสบการณ์ที่ได้รับจากการให้การรักษาพยาบาลทั้งที่ประทับใจและไม่ประทับใจ และความต้องการจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ผ่านมา
4. ประชุมปรึกษากับทีมสาขาวิชาชีพ และชมรมจริยธรรมเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น
5. จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่
 - จัดมุมธรรมะและบอร์ด
 - มีพระพุทธรูปในหอผู้ป่วย
 - มีการทำกิจกรรมขอโทษสิกรรมผู้ป่วยที่ End of Life
 - เทปและเสียงดนตรีธรรมะ
 - มุมส่วนตัวเช่นเตียง 1 เตียง 2 และห้องแยก เพื่อการความสงบ ความเป็นส่วนตัว
6. นำสู่การปฏิบัติการประเมินผลตามวัตถุประสงค์ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ การทบทวนการ

ดูแล

แนวทางการปฏิบัติ

สถานที่

1. จัดสถานที่ให้สะดวกสะอาดน่าอยู่เปรียบเสมือนบ้าน เช่น มุมรับประทานอาหาร ช่างล้างจาน ตู้เก็บอาหารเครื่องดื่ม ชั้นวางเครื่องนอนของญาติ มีบริการน้ำร้อน-เย็น แก้วน้ำ มีบริการเครื่องดื่ม มีมุมพักผ่อน มีไฟฟ้าที่ปรับนอนได้ เพื่อให้ญาติได้รับการพักผ่อนหลังจากดูแลผู้ป่วย ทั้งหมดจัดไว้เป็นสัดส่วนบริเวณหน้าตึก สามารถมองเห็นญาติของตนได้ตลอดเวลา

2. จัดสถานที่ให้สงบเงียบ ผ่อนคลาย เช่น จัดสวนหย่อม น้ำพุ จุดเทียนหอม

3. จัดมุมธรรมะสำหรับญาติ โดยมีหนังสือและบอร์ดธรรมะให้อ่าน

4. มีมุมหนังสือบันเทิง และมีโทรทัศน์ สำหรับ

ญาติเพื่อให้ได้รับข่าวสาร การบันเทิง ให้เกิดความผ่อนคลาย โดยปิด-เปิดเป็นเวลา

5. ปรับแต่งสถานที่ในบริเวณตึกเป็นกระจกใส เพื่อให้ญาติสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดผ่านทางกระจกกิจกรรม

1. ตึก ICU เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

2. จัดทำพิธีขอโทษสิกรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติยินยอม โดยมีเจ้าหน้าที่และญาติทำพิธีร่วมกัน เพื่อเป็นการขอขมาในสิ่งที่ได้ล่วงเกินผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ

3. จัดกิจกรรมเปิดธรรมะ (Music therapy) ให้ผู้ป่วยและญาติฟังในตอนเช้าและตอนเย็น

4. จัดกิจกรรมร่วมกับชมรมจริยธรรม โดยมีพระสงฆ์มาจำวัดที่ชมรมจริยธรรมเดือนละ 2 ครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติที่สิ้นหวังได้มีการเสวนาธรรมเพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจ และนิมนต์พระสงฆ์มาบิณฑบาตในวันพระ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสทำบุญตักบาตร

5. จัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในมุมหรือห้องส่วนตัว เป็นสัดส่วน เพื่อให้ได้อยู่อย่างสงบ ได้มีญาติเข้าใกล้ชิด เช่นที่ห้องแยก เตียง 1 และเตียง 2 ซึ่งมีเตียง 2 เตียงใน 1 ห้องใหญ่

กิจกรรมที่ผ่านมา

1. ทำบุญตักบาตร



ภาพที่ 4 ทำบุญตักบาตร

2. ทำพิธีขอโหสิกรรม



ภาพที่ 5 ทำพิธีขอโหสิกรรม

3. ทีมแพทย์และพยาบาลให้ความรู้และให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต



ภาพที่ 6 ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการดำเนินการ ตั้งแต่ เดือน ธันวาคม 2551 ถึงปัจจุบัน

1. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ได้รับใบคำชม 8 คำชื่นชม คะแนนความพึงพอใจ 95%
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลตามแนวทางการตัดสินใจที่ตนเองมีส่วนร่วมในระยะสุดท้ายของชีวิต 76% ของกลุ่มเป้าหมาย
3. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถเผชิญปัญหาหรือสภาวะการณ์พลัดพรากได้อย่างเหมาะสม
4. จากแบบสอบถามผู้รับบริการมีความไว้วางใจในการมารับบริการครั้งต่อไป
5. เจ้าหน้าที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ สามารถเป็นผู้นำและทำกิจกรรมได้ มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ 100 %

บทที่ 5

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

การพยาบาลเป็นการดูแลผู้เจ็บป่วย การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติต่อผู้รับบริการซึ่งครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน และการประเมินผล (สภาการพยาบาล, 2542)

ความหมายของกระบวนการพยาบาล

Yura and Walsh (1983) ได้ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลที่ต้องการจะดำรงภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ ถ้าผู้รับบริการป่วยก็จะให้การดูแลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการกลับสู่สภาวะสุขภาพดี แต่ถ้าให้กลับสู่สภาวะสุขภาพดีไม่สำเร็จก็ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้รับบริการแต่ละคนเท่าที่พวกเขาจะเป็นไปได้

Atkinson & Murray (2000) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาล เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญและยั่งยืนที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ

Wilkinson (2001) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการเฉพาะที่พยาบาลใช้ความรู้และทักษะในการคิดและปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อหาปัญหา ป้องกันและรักษาปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือมีแนวโน้มจะเป็นและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาล เป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ที่ให้วิธีคิดและแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิมอำนวยลากและวิพร เสนารักษ์ (2540) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการวิทยาศาสตร์ที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะและการตัดสินใจของพยาบาลโดยมีเป้าหมายชัดเจนและมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

สาลี เอลิมวรรณหงส์ (2544) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า กระบวนการพยาบาล คือ ทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลแสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพ โดยให้ความเชื่อ ความรู้จากศาสตร์แขนงต่างๆ มาคิดวางแผนทางและปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ค้นหาปัญหา ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพ ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น อย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายในการดำรงภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

พรศิริ พันธศรี (2552) ให้ความหมาย กระบวนการพยาบาลไว้ว่า เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำไปปฏิบัติและการ

ประเมินผลการปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเป็นการแสดงออกถึงความเป็นเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล

สรุป กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการที่พยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนโดยมีขั้นตอนตามหลักวิทยาศาสตร์ แสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพภายใต้ความเชื่อ ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ป้องกันและแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น ในการดำรงภาวะสุขภาพ

ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นสิ่งที่แสดงถึงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการจัดระบบระเบียบการให้บริการทางการพยาบาล ในอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการพยาบาลโดยนำมาใช้ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาล (Register nurse: RN) และได้เสนอเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นในปี ค.ศ. 1973 และต่อมาในปี ค.ศ. 2004 ได้เสนอเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีลำดับขั้นตอน 5 ขั้นตอน (ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป) และแต่ละขั้นตอนจะต้องคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผลหรือใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณนั่นเอง ซึ่งการศึกษาของ Axeisson, Bjorvell, Mattiasson & Randers (2006 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552) ที่สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ 12 คน พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงได้ และทำให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดีส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในประเทศไทยได้มีการประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพพยาบาลขึ้นหลังการแก้ไขรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 ซึ่งประกาศให้พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถประกันคุณภาพการพยาบาลได้ (พรศิริ พันธศรี, 2552)

สภาการพยาบาลได้ประกาศเรื่อง มาตรฐานการปฏิบัติการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540 ไว้ 5 มาตรฐาน (คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540) ดังนี้

- มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- มาตรฐานที่ 2 การรักษาสติของผู้รับบริการจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
- มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- มาตรฐานที่ 4 การจัดการดูแลต่อเนื่อง
- มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและการรายงาน

ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

สาลี เจริญวรรณพงศ์ (2544) และพรศิริ พันธศรี (2552) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลผู้รับบริการ ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ มีดังนี้

1.1 ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากงานทางการแพทย์พยาบาลนั้นต้องมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการมีแผนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายจะทำให้พยาบาลส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้รับบริการรวมทั้งช่วยลดความสับสนในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้วย

1.2 ช่วยป้องกันการละเลยการพยาบาลและการพยาบาลซ้ำซ้อน

1.3 ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเฉพาะบุคคล เพราะผู้รับบริการแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน

1.4 ช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพพยาบาลต้องประเมินศักยภาพของผู้รับบริการและญาติ หากจุดอ่อนและจุดแข็งของผู้รับบริการ และเปิดโอกาสให้ร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพรวมทั้งกำหนดกิจกรรมที่ต้องทำและประเมินผลว่าสิ่งใดสามารถทำได้ สิ่งใดไม่สามารถทำได้เพราะเหตุใด เป็นต้น

2. ประโยชน์ต่อตัวพยาบาล มีดังนี้

2.1 ช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน อันเนื่องมาจากการปฏิบัติพยาบาลเป็นระบบทำให้สามารถช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองหรือปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

2.2 ช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในการค้นคว้า และพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ ดังภาพที่ 3

2.3 ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการทางพยาบาล โดยมีการรวบรวมข้อมูลตัดสินใจในทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ อันจะทำให้รู้สึกปลอดภัยกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติการลงไปได้

2.4 ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและมอบหมายงานให้แก่ทีมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

2.5 ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice)

3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล มีดังนี้

3.1 ช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยกระบวนการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสื่อสารทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศในการทำงานทางบวก ทำให้ทีมสหสาขา รวมทั้งผู้รับบริการและญาติพึงพอใจกับประสิทธิภาพการดูแล

3.2 ช่วยเพิ่มคุณค่าของวิชาชีพ เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ครบคลุมจะทำให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เป็นการป้องกันความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตรงกับความต้องการ ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งภาวะค่าใช้จ่ายต่างๆ ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการและผู้บริหารองค์กรเห็นคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลเพิ่มขึ้น

3.3 ช่วยสร้างความเป็นเอกลักษณ์ในวิชาชีพ กำหนดขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่แท้จริงของวิชาชีพพยาบาลซึ่งมิใช่เป็นเพียงผู้ช่วยแพทย์เท่านั้น

3.4 ช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้นซึ่งทำให้วิชาชีพพยาบาลมีความก้าวหน้าและเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในด้านต่างๆ ต่อไป

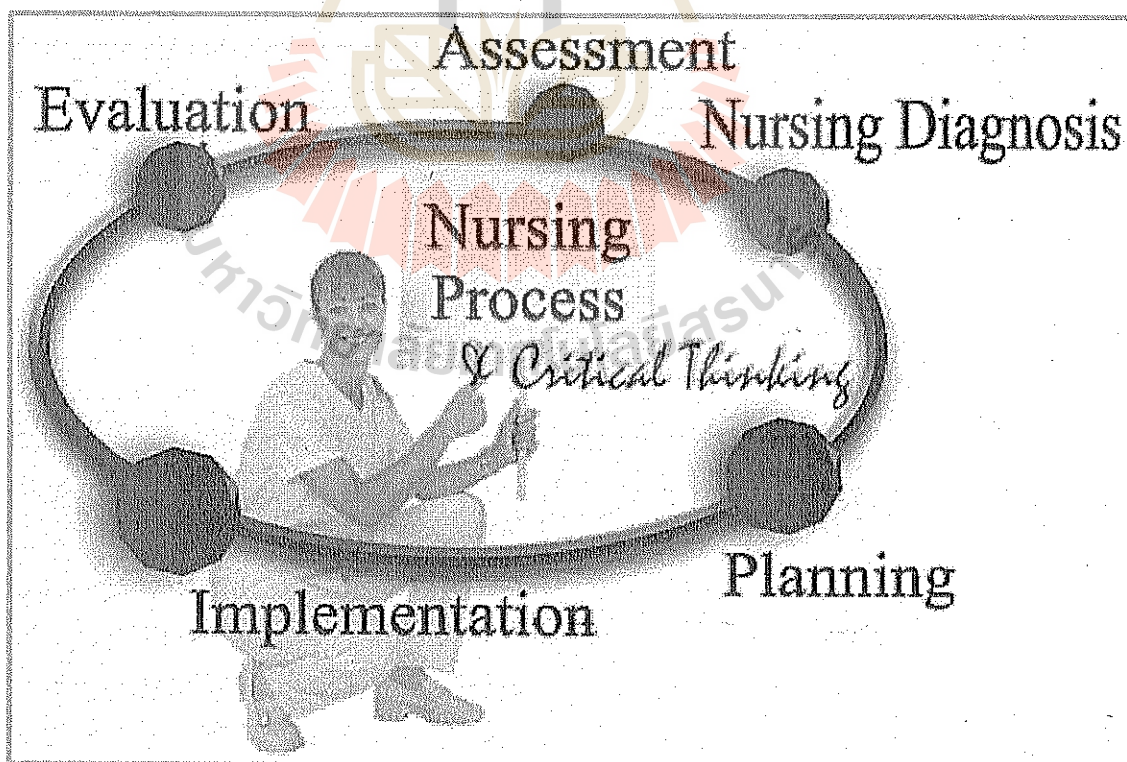
คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล

Wilkinson (2001) ได้อธิบายคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลว่ามี 5 ประการซึ่งขยายความความหมายและแสดงถึงธรรมชาติของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. เป็นพลวัตรและวงจร (Dynamic and Cyclic) กระบวนการพยาบาลเกี่ยวพันกับการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องของปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการซึ่งแสดงให้เห็นตลอดการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ พยาบาลประเมินการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของผู้รับบริการเมื่อได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล ขึ้นตอนต่างๆ ในแผนการพยาบาลต้องได้รับการตรวจสอบให้เหมาะสมตลอดเวลา เนื่องจากแต่ละขั้นตอนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

2. ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client – center) แผนการดูแลถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองปัญหาทางการพยาบาล

3. มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน (Planned and goal directed) ปัญหาทางการพยาบาลต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ ตรงประเด็นและมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดกิจกรรมการพยาบาลบนหลักวิชาการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้



ภาพที่ 7 แสดงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

4. เป็นสากล (Universally application) และมีความยืดหยุ่น (Flexibility) สามารถใช้ได้กับผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทุกสภาวะสุขภาพตั้งแต่สุขภาพดีจนถึงมีความเจ็บป่วยและทุกสถานการณ์

5. เป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) พยาบาลต้องใช้ทักษะทางปัญญาในการพิจารณาตัดสินใจในการตั้งปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

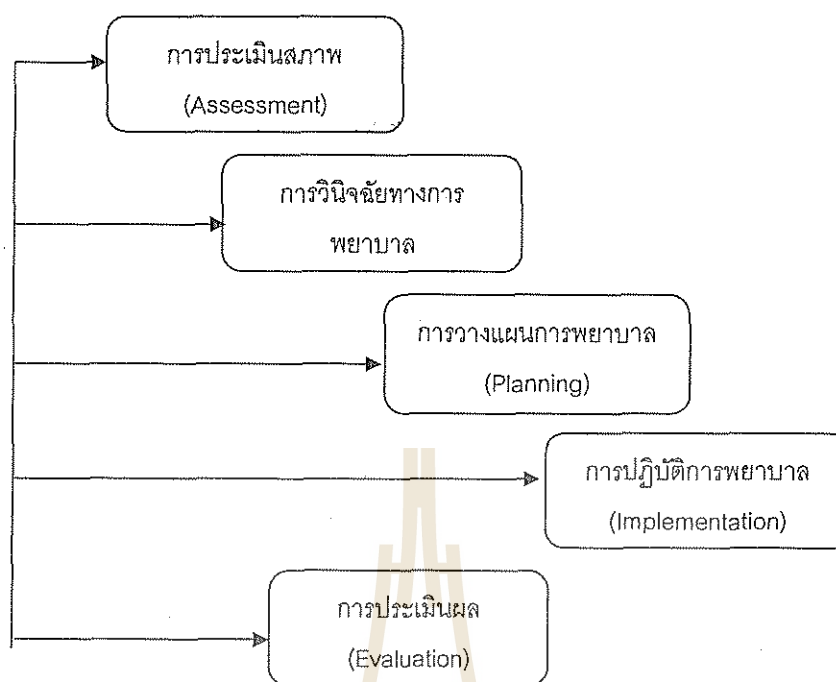
ลักษณะที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลจึงทำให้การพยาบาลมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างไปจากวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะกระบวนการทางการแพทย์ซึ่งมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและกระบวนการแพทย์ (ที่มา: Wilkinson, 2001)

จุดเน้นของพยาบาล	จุดเน้นของแพทย์
1. วินิจฉัยและบำบัดการตอบสนองของบุคคล (Human response)	1. วินิจฉัยและบำบัดโรค/ ความเจ็บป่วย
2. ดูแลผู้รับบริการ	2. รักษาโรค / ความเจ็บป่วย
3. เน้นองค์รวม – ผลของความเจ็บป่วยต่อคนทั้งคน	3. เน้นผลของโรคต่อระบบของร่างกาย
4. สอนผู้รับบริการให้ดูแลตนเองได้และสามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	4. สอนผู้รับบริการเกี่ยวกับการบำบัดความเจ็บป่วยหรือโรคของเขา

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังภาพที่ 7 ซึ่งแม้ว่ากระบวนการพยาบาลจะเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันไปแต่ก็ไม่จำเป็นที่แต่ละขั้นตอนต้องเสร็จสิ้นสมบูรณ์จึงจะทำขั้นตอนต่อไปได้พยาบาลอาจจะทำกิจกรรมในบางขั้นตอนยังไม่เสร็จดี เช่น อาจทำการปฏิบัติการพยาบาลไปพร้อมๆ กับการประเมินสภาพหรือแม้แต่การประเมินผลก็เป็นได้ โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลอาจจะรวบรวมข้อมูลบางส่วนแล้ววินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและปฏิบัติการแก้ไขทันที หลังจากนั้นจึงมารวบรวมข้อมูลในด้านอื่นๆ ต่อไป ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
(ที่มา: Alfaro – Lefevre, 1998)

รายละเอียดแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นพฤติกรรมแรกที่พยาบาลจะต้องกระทำเมื่อพบผู้รับบริการ เป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อไป ถ้าการประเมินภาวะสุขภาพผิดพลาดหรือบกพร่องจะทำให้แผนการพยาบาลนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้

การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) (2) การจัดระบบข้อมูล (Data Organization) และ (3) การบันทึกข้อมูล (Data Recording)

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องระหว่างข้อมูลที่ปรากฏกับพื้นฐานความรู้ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีความรู้พื้นฐานในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่รวบรวมมา การเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องครอบคลุมข้อมูลทั้งทางด้านชีว-จิตสังคมของผู้รับบริการ ใช้ความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องใช้ความรู้ด้านต่างๆ เช่น ศาสตร์ทางการแพทย์ ทฤษฎีความต้องการของบุคคล พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรค เกสซ์วิทยา การเจริญเติบโตและพัฒนาการวัฒนธรรมและประเพณี ความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจและสังคม ชนิดของข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยความรู้ความสามารถในการสัมภาษณ์ ชักประวัติ และการฟัง ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ อึดมโนทัศน์ ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่พยาบาลไม่สามารถจะสังเกตโดยตรงหรือวัดจากพฤติกรรมได้ ดังแสดงในตารางที่ 2

(2) ข้อมูลปรนัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง รวมทั้งการบันทึกต่างๆ ของทีมสุขภาพ แหล่งของข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) เป็นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์หรือซักประวัติจากผู้รับบริการโดยตรงซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) เป็นข้อมูลอื่นที่รวบรวมได้จากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากผู้รับบริการ เช่น ข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวของผู้รับบริการ ญาติ หรือบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากรายงานต่างๆ ของผู้รับบริการ เช่น ผลการตรวจทางห้องทดลอง บันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัย

ตัวอย่างข้อมูลอัตนัย (Subjective data)	ตัวอย่างข้อมูลปรนัย (Objective data)
- ปวดท้องมาก	- หน้านิ้ว คิวขมวด เอามือกุมท้อง
- เบื่ออาหาร ขมปาก	- รูปร่างผอม น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI = 15.63
- ปัสสาวะแสบขัด กระปริดกระปรอย	- ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น 750 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ตรวจ ปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว 50 – 100 cell/HPF
- กลุ้มใจมาก	- สีหน้าอิดโรย นอนเอามือก่ายหน้าผาก
- มีไข้	- อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส หน้าแดง ปากแห้ง
- เวียนศีรษะ	- ความดันโลหิต 100 / 60 mmHg นอนหลับตามสบาย
- รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ	- หน้าท้องโป่งตึง เคาะโปร่ง เสียงลำไส้เคลื่อน 3 ครั้ง/นาที
- รู้สึกหายใจเหนื่อย	- อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอช่วยขณะหายใจ ปีกจมูกบาน
- กลัวว่าหลังผ่าตัดแล้วจะไม่ฟื้น	- วัดระดับความวิตกกังวลได้ 70 / 80 คะแนน

การซักประวัติสุขภาพ ประวัติสุขภาพประกอบด้วย

(1) ข้อมูลส่วนบุคคลหรือประวัติส่วนตัว (Patient profile or Personal history) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลทราบว่าผู้รับบริการเป็นใครมาจากไหน ต้องละเอียดและชัดเจน เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการได้ดีขึ้น ป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการและสามารถติดตามผู้รับบริการได้ในกรณีที่ต้องการ

ติดต่อกับผู้รับบริการเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา ที่อยู่อาศัย และแบบแผนการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

(2) **อาการสำคัญ (Chief complain: CC)** เป็นอาการหลักหรืออาการที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการหรือญาติมารับการรักษา รวมถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการสำคัญจนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล อาการสำคัญช่วยบอกแนวทางการซักประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง ส่วนระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสำคัญอาจแสดงความรุนแรงของโรคหรือทำให้จำแนกปัญหาสุขภาพได้ว่าเป็นปัญหาเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวาที่ผ่านมา 2 วัน หรือเป็นลมหมดสติก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที เป็นต้น การใช้คำถามที่จะได้ข้อมูลอาการสำคัญ เช่น คุณมีปัญหาอะไรจึงมาโรงพยาบาล อะไรเป็นสาเหตุให้คุณตัดสินใจมาโรงพยาบาล เป็นต้น

หลักการเขียนอาการสำคัญ คือ เขียนอาการ 2 – 3 อาการที่สำคัญ ด้วยประโยคสั้นๆ กระชับรัดกุม โดยไม่แปลความหมายจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเพราะอาจทำให้ข้อมูลบิดเบือนไปได้ หลีกเลี่ยงข้อความที่เกินความกว้าง เช่น "ไม่สบายมา 1 วัน" เป็นต้น และไม่ควรเขียนด้วยศัพท์ทางการแพทย์ เช่น "Dyspnea ก่อนมา 1 ชั่วโมง" เป็นต้น และระบุระยะเวลาที่เริ่มมีอาการสำคัญ เช่น "1 วันก่อนมาโรงพยาบาล" "5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล" เป็นต้น

(3) **ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness: PI)** เป็นประวัติเจ็บป่วยปัจจุบันที่ขยายรายละเอียดจากอาการสำคัญโดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเจ็บป่วยในครั้งนี้นั้นถึงระยะเวลาของการเกิดอาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล รวมทั้งการรักษาที่ได้รับหรือการดูแลตนเองที่ผ่านมากและการเปลี่ยนแปลงของอาการก่อนที่จะมาพบแพทย์ โดยเขียนเรียงลำดับเวลาตามอาการที่เกิดขึ้นก่อนหลัง

แนวทางการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน คือ สอบถามอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้นั้นว่าเริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อใด อาการนั้นเกิดขึ้นทันทีหรือค่อยเป็น ค่อยไป อาการที่เป็นมีลักษณะอย่างไร ตำแหน่งที่เป็นอยู่ตรงไหนของร่างกาย สิ่งที่ทำให้อาการเป็นมากขึ้นหรือทุเลาอาการลงได้มีหรือไม่ อย่างไรบ้าง และเมื่อมีอาการได้ปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น ซึ้อยามารับประทานเองหรือไม่ หรือไปรับการรักษาที่ไหนหรือว่าปล่อยให้หายเอง รวมทั้งผลการรักษานั้นเป็นอย่างไร

(4) **ประวัติเจ็บป่วยในอดีต (Past history: PH)** เป็นประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้รับบริการ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยปัจจุบัน รวมทั้งประวัติอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การซักประวัติเจ็บป่วยในอดีตควรประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

- ประวัติการมีโรคประจำตัว เช่น ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ไชมันในเลือดสูง
- ประวัติการเป็นโรคติดต่อ เช่น การติดเชื้อวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี กามโรค เป็นต้น
- ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค เช่น ภูมิคุ้มกันโรคหัด คางทูม ไอกรน ตั๊กแตนตำข้าว ตั๊กแตนตำข้าว บาดทะยัก เป็นต้น
- ประวัติการผ่าตัด จะช่วยให้ทราบข้อมูลหรือประเมินปัญหาผู้รับบริการได้ถูกต้อง
- ประวัติการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี จะช่วยหลีกเลี่ยงสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ได้
- ประวัติการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่กล่าวมานี้ควรบันทึกระยะเวลาที่เป็นว่าเป็นมานานเท่าไร ได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้าได้รับการรักษาให้ระบุระยะเวลาที่รักษา สถานที่รักษาและผลของการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการประเมินปัญหาสุขภาพต่างๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ด้วย

(5) *ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history: FH)* เป็นประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลภายในครอบครัวของผู้รับบริการ สิ่งที่ต้องซักประวัติได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ของญาติสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ พี่น้องท้องเดียวกัน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยที่สามารถติดต่อกันได้ระหว่างบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นญาติสายตรงหรือไม่ก็ได้ เช่น วัณโรค อีสุกอีใส ไข้เลือดออก เป็นต้น

การตรวจร่างกาย (Physical examination) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินเกี่ยวกับโครงสร้าง หน้าที่และสิ่งตรวจพบในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นเป็นอาการแสดง (Signs) ต่างๆ การตรวจร่างกายที่มีประสิทธิภาพนั้นผู้ตรวจต้องมีทักษะและความสามารถในการดู คลำ เคาะ และฟัง ดังนั้นพยาบาลควรฝึกทักษะต่างๆ ดังกล่าวเพื่อที่จะได้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจเสมหะ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น จะช่วยให้การประเมินภาวะสุขภาพหรือประเมินปัญหาของผู้รับบริการได้ถูกต้อง ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่สิ่งที่สำคัญ คือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลการตรวจได้อย่างถูกต้องจึงจะสามารถนำข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การจัดระบบข้อมูล (Data Organization)

เป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรง และครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ การจัดระบบข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการของ Maslow กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon และทฤษฎีการพยาบาลต่าง ๆ

1.3 การบันทึกข้อมูล (Data Recording)

เป็นการนำข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมได้มาบันทึกลงในแบบฟอร์มประกอบด้วย 3 ส่วน

(1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ ภูมิสำเนา เป็นต้น

(2) ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจร่างกายได้จากการตรวจด้วยวิธีการดู การเคาะ การคลำ และการฟัง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำไขสันหลัง และผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้า ฯลฯ

(3) แบบฟอร์มการบันทึกประวัติทางการแพทย์พยาบาลนั้น จะแตกต่างกันออกไปตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาล

การบันทึกข้อมูลมีหลักสำคัญ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรับรู้ของผู้รับบริการ ควรบันทึกตามถ้อยคำที่ผู้รับบริการบอก ไม่ควรบันทึกโดยการแปลความหมายของถ้อยคำนั้นๆ เพราะอาจผิดพลาดได้ ควรบันทึกให้กะทัดรัด ได้ใจความและเรียงลำดับก่อน - หลัง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความหมาย ตัดสินใจและระบุถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ กระบวนการนี้จะช่วยให้พยาบาลนำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ถ้าพยาบาลไม่สามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลขั้นอื่นๆ ดำเนินไปได้อย่าง การวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นการให้แนวทางแก่พยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ป้องกันสิ่งที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของบุคคล หรือสิ่งที่มีผลต่อการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ในการวินิจฉัยการพยาบาลนั้นพยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพ และเกิดการพัฒนางานองค์ความรู้ทางการพยาบาล

ลักษณะของการวินิจฉัยทางการพยาบาล

- (1) แสดงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ
- (2) ระบุถึงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น และที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- (3) เป็นผลสรุปจากการประเมิน จัดกลุ่ม อาการและอาการแสดง
- (4) ได้มาจากข้อมูลอ้อมและปรนัย
- (5) ได้จากการตัดสินใจของพยาบาล
- (6) ข้อความกะทัดรัด ชัดเจน
- (7) ประกอบด้วยข้อความ 2 ส่วน คือ การตอบสนองของผู้รับบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมข้อความทั้งสองส่วนด้วยคำว่า " เนื่องจาก " " สัมพันธ์กับ " " เกี่ยวข้องกับ "
- (8) เป็นสภาพการที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้
- (9) ตรวจสอบความตรงกับผู้รับบริการได้

การวินิจฉัยการพยาบาลมีความใกล้เคียงกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่ไม่เหมือนกันแม้ว่าการวินิจฉัยการพยาบาลจะมีพื้นฐานมาจากมุมมองทางการแพทย์ โดยความแตกต่างจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยการพยาบาลและการวินิจฉัยของแพทย์ (ที่มา: ดัดแปลงจาก พรศิริ พันธศรี, 2552 และ Potter & Perry, 2005)

การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยของแพทย์
1. มุ่งการแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	1. มุ่งแก้ไขความผิดปกติ หรือการรักษาโรคของผู้ป่วย
2. เปลี่ยนแปลงไปเมื่อการตอบสนองหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลง - อธิบายการตอบสนองของบุคคลแต่ความเจ็บป่วย	2. ไม่เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะหายจากการเจ็บป่วย - อธิบายกระบวนการของโรค
3. การแก้ไขปัญหาแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเป็นปัญหาอย่างเดียวกัน	3. การรักษาโรคมีขั้นตอนเหมือนกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน
4. นำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นอิสระทั้งการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลตามขอบเขตของวิชาชีพ	4. นำไปสู่การรักษา
5. อยู่ในระหว่างการพัฒนาให้เป็นที่ยอมรับ	5. เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน

กระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล อาศัยความรู้ทางการพยาบาลและความรู้ทางศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การคิดอย่างมีเหตุผล ตลอดจนการตัดสินใจของพยาบาล สำหรับขั้นตอนของกระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data Processing) (2) การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determinating Health Status) และ (3) การกำหนดปัญหาหรือการเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Formulating Nursing Diagnosis)

(1) การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (Data Processing)

เป็นขั้นตอนของการแปลความหมายข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลมาตรฐาน และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแบบประเมินที่ยึดถือปฏิบัติอยู่ เช่น ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ Maslow หรือทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ

ตัวอย่าง เช่น

ข้อมูล : นอนนิ่งทำเฉยมานานๆ เคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้ายไม่ได้ เริ่มมีรอยแดงบริเวณก้นกบ

ภาวะปกติ : เปลี่ยนท่านอนบ่อยครั้ง

การแปลความข้อมูล : มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

(2) การกำหนดภาวะสุขภาพ (Determinating Health Status)

เป็นการระบุภาวะสุขภาพ ซึ่งมีทั้งภาวะสุขภาพดีและ ภาวะที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการกำหนดปัญหาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

ก. ปัญหาที่ "เกิดขึ้นแล้ว" (Actual Problem) คือ ปัญหาที่มีข้อมูลสนับสนุน มีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่งชี้

ข. ปัญหาที่ "เสี่ยงต่อการเกิด" หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น (Potential Nursing Diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่ยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง แต่มีข้อมูลสนับสนุน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้รับบริการว่าจะเกิดขึ้น ถ้าพยาบาลไม่ระมัดระวัง ป้องกัน หรือแก้ไข

ค. ปัญหาที่ "อาจจะเกิด" (Possible Nursing Diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลคิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามวิจารณ์ญาณจากประสบการณ์ และความรู้ทางการแพทย์ แต่ยังไม่มียข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ผู้รับบริการยังไม่มีอาการและอาการแสดง ต้องการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตัดสินใจได้แน่นอนว่ามีปัญหาจริงหรือไม่

(3) การเขียนการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Formulating Nursing Diagnosis)

เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ปัจจัยที่เกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะสุขภาพ

การกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำได้ 2 รูปแบบ คือ

(1) คือการกำหนดข้อความเป็น 2 ส่วน คือ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ โดยเขียนเชื่อมข้อความด้วยคำว่า "เนื่องจาก" "สัมพันธ์กับ" "เกี่ยวข้องกับ"

ตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพดี :

- สุขภาพแข็งแรง เนื่องจากสนใจดูแลตนเองและแสวงหาวิธีปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้น :

- อาจเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยสัมพันธ์กับมีโรคหลอดเลือด

สมอง

มีปัญหาสุขภาพ :

- ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัวเนื่องจาก ตามัว และขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

- แสดงบทบาทความเป็นแม่ไม่เหมาะสมเนื่องจากเกิดความขัดแย้งด้านจิตใจ
- พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีสิ่งรบกวนจากเสียงและวิตกกังวล

(2) กำหนดในรูป PES format เป็นการกำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์ตามแนวคิดของ Gordon ที่ได้เสนอไว้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

P = Problem คือ ปัญหาสุขภาพ

E = Etiology คือ สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

S = Symptoms and signs คือ กลุ่มอาการและอาการแสดง

ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลกำหนดขึ้นจากกระบวนการวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์พยาบาล โดยต้องระบุทั้งปัญหา และระดับความรุนแรงของปัญหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม ก็ได้ การเขียนข้อความส่วนนี้จะเชื่อมด้วยคำว่า " เนื่องจาก " กับข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพกลุ่มอาการและอาการแสดง เป็นส่วนที่ใช้ขยายส่วนที่สอง โดยเขียนต่อท้ายจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมด้วยคำว่า "จาก" "เป็นผลจาก" หรือ "สังเกตจาก" ประโยชน์ของการระบุกลุ่มอาการและอาการแสดง

ตัวอย่าง เช่น

- เจ็บปวดบริเวณต้นขาขวาเนื่องจากได้รับบาดเจ็บเป็นผลจากกระดูกต้นขาขวาหัก
- ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีน้ำคั่งในปอดจากภาวะปอดอักเสบ
- ขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้ลดลงจากภาวะการอักเสบของเยื่อช่องปาก

การระบุข้อความส่วนที่สามที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นจะทำให้ทราบรายละเอียดและเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ตรงกับปัญหามากขึ้น ทั้งนี้ในส่วนที่สามอาจนำไปเขียนเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ด้วย (พรศิริ พันธศรี, 2552)

หลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

(1) เขียนข้อความในรูปของการตอบสนองของผู้รับบริการที่มีต่อความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพขณะนั้นมากกว่าความต้องการของพยาบาลหรือความต้องการการรักษา

ไม่ควรเขียนว่า ...ต้องการดูแลเพราะเนื่องจากมีเสมหะมาก

แต่ควรเขียนว่า...มีโอกาสดูรับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอด

(2) ใช้คำว่า "เนื่องจาก" เชื่อมข้อความทั้งสองส่วนของปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพบางอย่างเกิดขึ้นจากปัจจัยหลาย อย่างได้

ไม่ควรเขียนว่า ... มีโอกาสเกิดอันตรายมีสาเหตุมาจากสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลง

แต่ควรเขียนว่า... มีโอกาสเกิดอันตรายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ

(3) หลีกเลี่ยงการใช้ข้อความที่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย

ไม่ควรเขียนว่า ...ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่ได้รับการพลิกตัว

แต่ควรเขียนว่า...ผิวหนังเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

- (4) หลีกเลียงการเขียนโดยการตัดสินคุณค่า การใช้คำนิยม หรือมาตรฐานของพยาบาล
 ไม่ควรเขียนว่า ...มีการติดเชื้อในโพรงมดลูกเร็วรั้งเนื่องจากไม่หลบจำจากการทำแท้งที่ผิด
 กฎหมายหลายครั้ง
 แต่ควรเขียนว่า ...ไม่สุขสบายปวดท้องน้อยเนื่องจากมีการอักเสบติดเชื้อเร็วรั้งในโพรงมดลูกจาก
 การขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง
- (5) หลีกเลียงการใช้ข้อความสลับกัน
 ไม่ควรเขียนว่า ... อยู่ในภาวะได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เนื่องจากนอนหลับไม่เพียงพอ
 แต่ควรเขียนว่า ... แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป
 ไม่ควรเขียนว่า ... เหนื่อยหอบมากเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย
 แต่ควรเขียนว่า ... มีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากเหนื่อยหอบมากจากภาวะสภาวะน้ำคั่งในปอด
- (6) หลีกเลียงการใช้อาการและอาการแสดง เป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล
 ไม่ควรเขียนว่า ... กระสับกระส่ายเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง
 แต่ควรเขียนว่า ... ปรับตัวไม่ได้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง
- (7) ประโยค 2 ส่วนของการวินิจฉัยการพยาบาล ไม่ใช่อธิบายสิ่งเดียวกัน หรือมีความหมายเหมือนกัน
 ไม่ควรเขียนว่า ... รับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง
 แต่ควรเขียนว่า ... รับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากมีแผลในปาก
- (8) ข้อความ 2 ส่วนของการวินิจฉัยการพยาบาลควรอยู่ภายในขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลซึ่ง เป็นสิ่งที่
 พยาบาลสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้
 ไม่ควรเขียนว่า ... ซึมเศร้าเนื่องจากสามีเสียชีวิต
 แต่ควรเขียนว่า ... ซึมเศร้าเนื่องจากรับรู้ว่าคุณเสียสิ่งผูกพัน และขาดความมั่นคงในชีวิต
 ไม่ควรเขียนว่า ... แขนขาอ่อนแรงเนื่องจากเส้นเลือดในสมองตีบ
 แต่ควรเขียนว่า ... อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากแขนขาไม่มีแรงจากการมีเส้นเลือดในสมอง
 ตีบ
- (9) หลีกเลียงการเขียนวินิจฉัยโรคของแพทย์หรือคำสั่งการรักษามาเขียนในประโยคของการวินิจฉัยการ
 พยาบาล
 ไม่ควรเขียนว่า ... เป็นเบาหวาน
 แต่ควรเขียนว่า ... อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน: ระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ เนื่องจากการเผาผลาญ
 สารอาหารผิดปกติจากโรคเบาหวาน
 ไม่ควรเขียนว่า ... ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเนื่องจากมีภาวะขาดน้ำ
 แต่ควรเขียนว่า ... มีภาวะขาดสารน้ำเนื่องจากสูญเสียทางอุจจาระจากภาวะอุจจาระร่วง
- (10) ประโยคการวินิจฉัยการพยาบาลควรกะทัดรัดชัดเจน
 ไม่ควรเขียนว่า ... แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสามีป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่
 สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ทำให้รายได้ครอบครัวลดลง
 แต่ควรเขียนว่า ... มีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจภายในครอบครัวเนื่องจากขาดรายได้จากการที่
 สามีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การตรวจสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยการพยาบาล

หลังจากกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนจะนำไปเขียนแผนการพยาบาล ดังนี้

- (1) เป็นปัญหาสุขภาพจริง โดยตรวจสอบว่ามีข้อมูลสนับสนุนครบถ้วนถูกต้อง
- (2) มีความชัดเจน มองเห็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
- (3) ก่อให้เกิดความเข้าใจในทีมการพยาบาล
- (4) ไม่เกิดผลลบทางกฎหมาย
- (5) สามารถปฏิบัติได้ภายในขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล
- (6) ควรเป็นปัญหาที่อธิบาย และชี้ให้ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหา

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่อาศัยความรู้ สติปัญญา และประสบการณ์ของพยาบาล การกำหนดผ่านกระบวนการวินิจฉัยทางการพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระและเอกลักษณ์ของวิชาชีพอย่างชัดเจน พยาบาลจึงต้องระบุงการวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักการเขียนและโครงสร้าง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องนำความรู้ทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ดังที่ Bower (1972 อ้างถึงโดย ฟาริตา อิบราฮิม, 2541) ได้กล่าวไว้ว่า "การพยาบาลที่ไม่มีแผนเปรียบเสมือนการค้นหาดินแดนโดยไม่มีแผนที่หรือเครื่องกำหนดทิศทางอื่นๆ ทำให้งานที่เสี่ยงอันตรายนั้นขาดจุดหมายปลายทางที่แน่นอน" ดังนั้นในขั้นตอนนี้ถึงเป็นการแสดงถึงแนวคิดในการสร้างกลยุทธ์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการไว้ในความดูแล

ชนิดของการวางแผนการพยาบาล

แผนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง เริ่มตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการไว้ในความดูแลและดำเนินไปจนความสัมพันธยุติลง ซึ่งมักจะเป็นการจำหน่ายกลับบ้านหรือย้ายแผนก จึงสามารถแบ่งระยะการวางแผนการพยาบาลเป็น (1) การวางแผนการพยาบาลเมื่อเริ่มกับผู้รับบริการ (Initial planning) (2) การวางแผนการพยาบาลระหว่างการดูแล (Ongoing planning) และ (3) การวางแผนเพื่อจำหน่าย (Discharge planning) (สาลิ เฉลิมวรรณพงศ์, 2544) ดังนี้

(1) การวางแผนการพยาบาลเมื่อเริ่มกับผู้รับบริการ (Initial planning)

พยาบาลเป็นคนแรกที่ประเมินสภาพผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลควรจะเป็นผู้วางแผนระยะแรกโดยรวม เพราะจะเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลที่ได้จากปฏิกิริยาของผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลในระยะแรกอาจไม่สมบูรณ์มากนัก พยาบาลจึงควรรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวางแผนการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป

(2) การวางแผนการพยาบาลระหว่างการดูแล (Ongoing planning)

พยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการจะต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งประเมินผลในบางรายการปัญหาที่ได้รับบริการส่งต่อมาตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ระยะนี้พยาบาลควรจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพราะเมื่อผู้รับบริการให้ความไว้วางใจกับพยาบาลผู้ดูแลแล้วจึงจะให้ข้อมูลที่สำคัญในด้านนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่เน้นความแตกต่างในรายบุคคลและมีความเป็นองค์รวม

(3) การวางแผนเพื่อจำหน่าย (Discharge planning)

การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการควรคำนึงถึงกระบวนการเตรียมผู้รับบริการเพื่อออกจากสถานบริการสุขภาพ รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนระหว่างพยาบาลผู้ดูแลในปัจจุบันและผู้ที่ดูแลหลังจากที่ผู้รับบริการได้กลับไปอยู่บ้านแล้ว

องค์ประกอบของแผนการพยาบาล

สาตี เฉลิวรรณพงศ์ (2544) ได้กล่าวเกี่ยวกับองค์ประกอบของแผนการพยาบาลว่าประกอบไปด้วย ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Problem or nursing diagnosis) เป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์ประเมินผล (Goal & nursing outcome) และกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)

(1) ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Problem or nursing diagnosis)

ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลหมายถึงการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพ เบี่ยงเบน ซึ่งผู้รับบริการแต่ละรายจะมีหลายข้อวินิจฉัยที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ

(2) เป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์ประเมินผล (Goal & nursing outcome)

เป้าหมายการพยาบาลหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้รับบริการคาดหวังจะให้เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไปแล้ว ซึ่งอาจกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนที่ต้องการให้ปัญหานั้นถูกแก้ไข ส่วนเกณฑ์ประเมินผล เป็นสิ่งที่ใช้ตรวจสอบว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นบรรลุเป้าหมายสำเร็จหรือไม่

(3) กิจกรรมการพยาบาล (Intervention)

กิจกรรมการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดต้องมีเหตุผลที่บ่งบอกว่าทำกิจกรรมนั้นๆ เพราะอะไรและกิจกรรมที่กำหนดต้องครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้ง 4 มิติดังกล่าว

ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ (1) การลำดับความสำคัญของปัญหา (2) การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล (3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และ (4) การเขียนแผนการพยาบาล

(1) การลำดับความสำคัญของปัญหา

เป็นขั้นตอนในการพิจารณาว่าผู้รับบริการมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด ปัญหาใดมีความสำคัญมากที่สุด หรือปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องตระหนักและให้การพยาบาลก่อน ซึ่งมีแนวทางการพิจารณาหลายลักษณะ ดังนี้

ก. พิจารณาตามระดับความรุนแรงของปัญหา โดยพิจารณาปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตก่อน อาจแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 3 ลำดับ คือ

ลำดับที่ 1 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลทันที ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้รับบริการอาจเสียชีวิต เสียอวัยวะหรือพิการ เช่น ทางเดินหายใจไม่โล่ง เนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นจำนวนมาก หรือ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจทำงานบกพร่องจากพยาธิสภาพของโรค

ลำดับที่ 2 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลรีบด่วนถ้าไม่แก้ไขอาจเกิดปัญหารุนแรงขึ้นได้ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ลำดับที่ 3 ปัญหาที่ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ เช่น ผิวหนังเสียหายที่ เนื่องจากอยู่ในภาวะจำกัด การเคลื่อนไหวและควบคุมการขับถ่ายของเสียไม่ได้

ข. พิจารณาตามกรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของ Maslow ซึ่งแบ่งความต้องการของมนุษย์ ออกเป็น 2 ชั้นใหญ่ คือ (1) ความต้องการสิ่งขาดแคลน (Deficiency needs) เป็นความต้องการขั้นต่ำเพื่อความอยู่รอดปลอดภัย และ (2) ความต้องการสำหรับการดำรงชีวิต (Being needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดเกิดเมื่อความต้องการสิ่งขาดแคลนได้รับอย่างครบถ้วนแล้ว (Woolfolk, 2010) ดังภาพที่ 9

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามแนวคิดของ Maslow จึงเรียงลำดับ ดังนี้

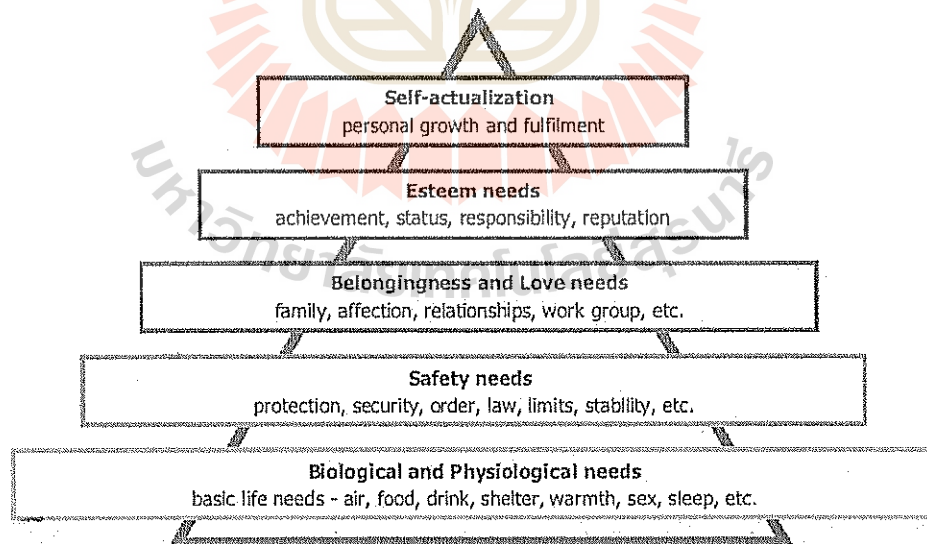
ลำดับที่ 1 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความปลอดภัย (survival) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับและด้านเพศสัมพันธ์

ลำดับที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัย (safety) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านร่างกาย การประกอบอาชีพ ความปลอดภัยในครอบครัว

ลำดับที่ 3 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความรัก (belonging) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูง สัมพันธภาพในครอบครัว ความใกล้ชิดทางเพศ (sexual intimacy)

ลำดับที่ 4 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงในจิตใจ ความสำเร็จในชีวิต การเคารพผู้อื่นและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ลำดับที่ 5 ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการสำหรับการดำรงชีวิต (Being needs) ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการประสบความสำเร็จทางปัญญา (intellectual achievement) ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการการเห็นคุณค่าทางสุนทรียศาสตร์ (aesthetic appreciation) และ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการการรู้จักและเข้าใจตนเอง (self actualization)



ภาพที่ 9 แสดงลำดับขั้นความต้องการของ Maslow

(ที่มา: <http://mathehu.wordpress.com/author/mathehu> [สืบค้น 1 สิงหาคม 2553])

ค. พิจารณาตามความต้องการของผู้รับบริการ เป็นความต้องการที่มีความเป็นปัจเจกของผู้รับบริการ เนื่องจากความร่วมมือของผู้รับบริการมีส่วนในการบรรลุผลสำเร็จของการให้การพยาบาล ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการที่อาจจะให้ลำดับความสำคัญของปัญหาที่แตกต่างจากการรับรู้ของพยาบาล

นอกจากแนวทางที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวแล้ว พยาบาลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการจัดลำดับความสำคัญ ในทางปฏิบัติพยาบาลคนหนึ่งต้องให้การดูแลผู้รับบริการหลายคน การจัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการแต่ละรายต้องนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้การพยาบาลได้ทั่วถึงและมีความเป็นองค์รวม

(2) การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผลทางการพยาบาล

จุดมุ่งหมายทางการพยาบาล เป็นข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลเนื่องจากการพยาบาล โดยเขียนอย่างกว้าง ๆ เป็นนามธรรมไม่สามารถวัดได้

วิธีการเขียนจุดมุ่งหมาย มีพื้นฐานมาจากวลีแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นการ แจกแจงพฤติกรรมตอบสนองของผู้รับบริการต่อปัญหา และเป็นข้อความที่บ่งชี้ทิศทางของปฏิบัติการพยาบาลอีกด้วย มักใช้คำว่า เพิ่ม (Increase) ลด (Decrease) ปรับปรุง (Improve) พัฒนา (Develop) เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น

- ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย
- ปรับปรุงแบบแผนการรับประทานอาหาร

ชนิดของจุดมุ่งหมายการพยาบาล

ในการเขียนจุดมุ่งหมายแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ จุดมุ่งหมายระยะสั้นและจุดมุ่งหมายระยะยาวดังนี้

(1) จุดมุ่งหมายระยะสั้น (Short - term goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่พยาบาลคาดว่าจะบรรลุผลในระยะเวลาอันสั้นภายใน 2 - 3 ชั่วโมง หรือไม่เกิน 1 สัปดาห์ มักใช้ในสถานการณ์การพยาบาลแบบฉุกเฉินเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว คาดการณ์ไม่ได้ สามารถใช้วัดความก้าวหน้าของการพยาบาลได้และยังกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีกำลังใจที่จะแก้ปัญหาด้วย

ตัวอย่างเช่น : ผู้รับบริการสามารถยกแขนขวาในระดับไหล่ได้ภายในวันศุกร์

(2) จุดมุ่งหมายระยะยาว (Long - term goal) เป็นจุดมุ่งหมายที่บอกการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการในช่วงเวลาที่ยาว อาจเป็นสัปดาห์หรือมากกว่า ส่วนใหญ่จะกำหนดให้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการกำหนดจุดมุ่งหมายระยะยาวคือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติในขณะที่มีปัญหาสุขภาพ แต่ถ้าไม่สามารถรักษาความเป็นปกติของหน้าที่ได้ จุดมุ่งหมายระยะยาวจะบอกถึงการทำหน้าที่ได้สูงสุดที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและปัจจัยจะอำนวยได้ จุดมุ่งหมายระยะยาวมักกำหนดในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างฟื้นฟูสุขภาพ

ตัวอย่างเช่น : ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการสามารถใช้แขนขวาได้ตามปกติ

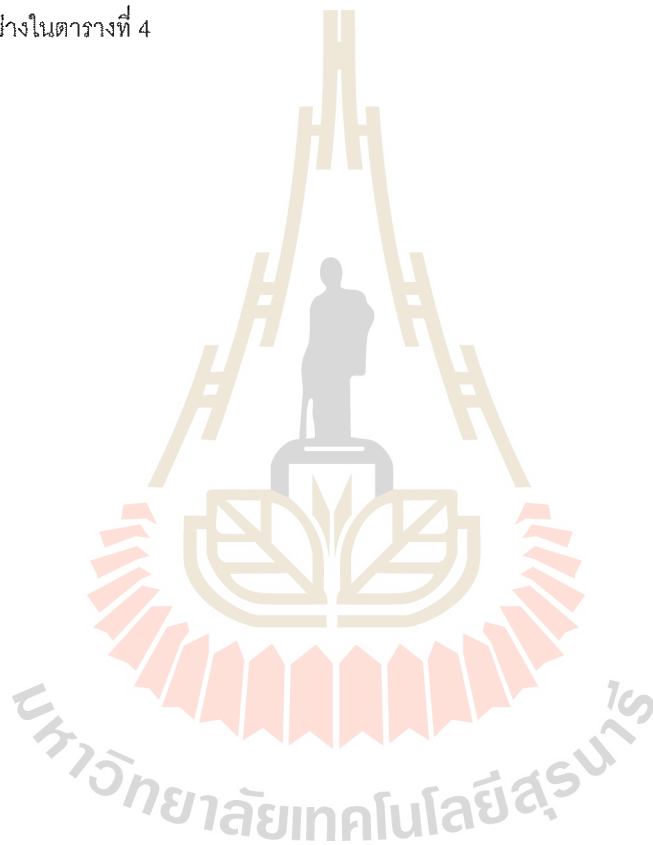
แต่เนื่องจากส่วนใหญ่แล้ว ผู้รับบริการมักนอนอยู่ในโรงพยาบาลไม่นานนัก ดังนั้นการกำหนดจุดมุ่งหมายจึงกำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะเวลาที่ได้อยู่กับผู้รับบริการ เพื่อให้พยาบาลสามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้รับบริการได้

แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล

แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาลอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงปัญหาของผู้รับบริการ ดังนั้นในการกำหนดจุดมุ่งหมายจึงยังขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้วย ดังนี้

- (1) เขียนพฤติกรรมของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล
- (2) มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง
- (3) จุดมุ่งหมายที่กำหนดต้องสอดคล้องกับงานหรือแนวทางการรักษาของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ
- (4) ในแต่ละข้อวินิจฉัยอาจมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลมากกว่า 1 ข้อ
- (5) ควรระบุระยะเวลากว้างๆ ไว้เพื่อแสดงว่าเป็นจุดมุ่งหมายระยะสั้นหรือระยะยาว
- (6) ระบุจุดมุ่งหมายที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

ดังตัวอย่างในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล (ที่มา: ดัดแปลงจาก สาลี เจริญวรรณพงศ์, 2544)

แนวทางการเขียนจุดมุ่งหมายการพยาบาล (บางรายการ)	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	จุดมุ่งหมายการพยาบาล	
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
(1) เขียนพฤติกรรมของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล	เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากควบคุมการเคลื่อนไหวของขาไม่ได้จากอัมพาต	ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ลดการเกิดแผลกดทับ
(2) มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง	วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรคนเล็กเนื่องจากไม่มีผู้ดูแล	ความวิตกกังวลลดลง	ไม่มีความวิตกกังวล
(3) จุดมุ่งหมายที่กำหนดต้องสอดคล้องกับงานหรือแนวทางการรักษาของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ	ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (O: ผู้รับบริการหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก 1 วัน ยังคง On CBI with Traction)	ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจนกระทั่งยกเลิกการจำกัดการเคลื่อนไหว	ลุกเข้าห้องน้ำเพื่อทำกิจวัตรส่วนตัวได้
(4) ในแต่ละข้อวินิจฉัยอาจมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลมากกว่า 1 ข้อ	ไม่สามารถอาบน้ำบุตรคนแรกได้เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ	1. มีความรู้เกี่ยวกับการอาบน้ำทารก 2. อาบน้ำบุตรได้อย่างปลอดภัย	-
(5) ควรระบุระยะเวลากว้างๆไว้เพื่อแสดงว่าเป็นจุดมุ่งหมายระยะสั้นหรือระยะยาว	มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (O: มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก)	ส่งเสริมมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน	ส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การกำหนดเกณฑ์ประเมินผล

เกณฑ์ประเมินผล หมายถึง มาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลจึงเป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาลหรือเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังได้นั้น จะประเมินได้จากข้อบ่งอะไรหรือพฤติกรรมใดของผู้รับบริการ ที่จะทำให้พยาบาลทราบว่าหลังจากให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการแล้ว ผลการเปลี่ยนแปลงบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาลเป็นมาตรฐานที่ใช้ในการวัดหรือ

ประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลที่จะบอกให้ทราบว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

แนวทางการกำหนดเกณฑ์ประเมินผล ประกอบด้วย

(1) เกณฑ์ประเมินผลแต่ละข้อสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการบรรลุจุดมุ่งหมายการพยาบาลที่กำหนด

ตัวอย่าง เช่น

จุดมุ่งหมายการพยาบาล ได้รับน้ำอย่างเพียงพอใน 8 ชั่วโมง

เกณฑ์ประเมินผล

- เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น
- ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณมากกว่า 300 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง
- ความถี่ของน้ำปัสสาวะอยู่ระหว่าง 1.010 – 1.025

(2) เกณฑ์ประเมินผลจะต้องเขียนเป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถวัดได้ ดังตัวอย่างในข้อ (1)

(3) สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการพยาบาลที่กำหนดและสอดคล้องกับข้อมูลที่บ่งชี้ถึงปัญหาหรือข้อวินิจฉัย ดังตัวอย่างในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสอดคล้องของเกณฑ์ประเมินผลกับจุดมุ่งหมาย ข้อวินิจฉัยและข้อมูลสนับสนุน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	จุดมุ่งหมายการพยาบาล	เกณฑ์ประเมินผล
มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งค้างของปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน S - ปัสสาวะเองไม่ได้ O - อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส O - ผล U/A พบ WBC 50 - 100 cell/HPF O - CBC พบ WBC 11,000 cell/cumm3	ลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส 2. ปัสสาวะสีเหลืองใส 3. ผล U/A พบ WBC 1 - 2 cell/HPF 4. CBC พบ WBC 5,000 - 10,000 cell/cumm3

(4) ผลของการพยาบาลที่กล่าวในเกณฑ์สามารถบรรลุได้ตามความเหมาะสมและความสามารถของผู้ป่วย

(5) เป็นที่ยอมรับและผู้ประเมินทุกคนวัดได้ตรงกัน

(6) เกณฑ์ประเมินผลแต่ละข้อบ่งชี้เฉพาะเจาะจงถึงผลการพยาบาลเพียงอย่างเดียว ดังตัวอย่างในตารางที่ 6

ตารางที่ 6. แสดงลักษณะเกณฑ์ประเมินผลที่มีความหมายกว้างและเกณฑ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ประเมินผลที่มีความหมายกว้าง	เกณฑ์ประเมินผลที่มีความเฉพาะเจาะจง
- อุดหนุนมีกายลดลง	- อุดหนุนมีกายอยู่ในช่วง 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส
- ได้รับสารอาหารเพียงพอ	- รับประทานอาหารได้หมดถาด/มือ - ได้รับพลังงานรวมแต่ละมือ 300 - 400 KCal
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น	- น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม/ สัปดาห์
- หายใจสบายขึ้น	- อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที - ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอและท้องช่วยขณะหายใจ - ไม่มีปีกจุมูกปาน - เสี่ยงหายใจปกติไม่มีเสียงแทรก
- เข้าในการปฏิบัติตัวขณะใส่ฝือก	- สามารถสาธิตย้อนกลับการเดินทางด้วยไม้ค้ำยันได้ - ถูกต้องตามหลักการเดิน - ตอบคำถามการปฏิบัติตัวขณะใส่ฝือกได้ถูกต้อง 4 ใน 5 ข้อ

(3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามบ่งบอกไว้ในจุดมุ่งหมายการพยาบาล ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ของแต่ละเทคนิคการพยาบาล เพื่อตัดสินใจว่าเทคนิคการพยาบาลใดเหมาะสมในการแก้ปัญหาแต่ละเรื่อง กิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมหน้าที่หลักของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และภาวะแทรกซ้อน ให้การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

ชนิดของกิจกรรมการพยาบาล (สาลี เจริญวรรณพงศ์, 2544; พรศิริ พันธศรี, 2552) แบ่งเป็น

(1) กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นอิสระ (Independent intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคิดขึ้น โดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลสามารถสั่งการจากการวินิจฉัยของพยาบาลซึ่งเป็นการรับผิดชอบต่อพยาบาลที่ปฏิบัติได้ตามสิทธิและหน้าที่ทางกฎหมายโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ เช่น การสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง การนวดหลังเพื่อเพิ่มความสุขสบาย การดูดเสมหะในปากและลำคอ เป็นต้น

(2) กิจกรรมการพยาบาลกึ่งอิสระ (Interdependent intervention) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลดำเนินการร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลอาจจะร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์และแพทย์ เช่น การประสานงานกับโภชนาการในการสอนทำอาหารป้อนให้กับญาติผู้รับบริการที่ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะอัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่สามารถกลืนอาหารได้

เอง การประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการสอนการเดินด้วยไม้ค้ำยันที่ถูกวิธีสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหากระดูกขาหักและแพทย์อนุญาตให้ลงน้ำหนักที่เท้าได้บางส่วน (Partial weight bearing) เป็นต้น

(3) กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่อิสระ (Dependent intervention) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การจัดยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในร่างกายให้กับผู้รับบริการ การช่วยเหลือแพทย์ในการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจหาเชื้อโรค เป็นต้น

ปัจจัยพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ั้นพยาบาลต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2544)

(1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม พื้นฐานการดำรงชีวิต การมองชีวิต ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การดูแลสุขภาพและการเผชิญปัญหา

(2) ลักษณะพยาธิสภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ

(3) แผนการรักษาของแพทย์

(4) มาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือปฏิบัติการพยาบาล นโยบายของหน่วยงาน กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งกฎหมายประกอบวิชาชีพ

(5) ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์รวมถึงค่านิยมของพยาบาลเอง

(6) ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมและทรัพยากรที่มีอยู่

(7) ความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ของพยาบาลทั้งวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งมีทั้งความรู้พื้นฐานที่เรียนมาและจากผลการวิจัยหรือบทความวิชาการใหม่ๆ ทางพยาบาล

หลักการในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล สาลี เกลิมวรรณพงศ์(2544) และ พรศิริ พันธศรี (2552) ได้เสนอหลักการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

(1) หน้าที่หลักของพยาบาล 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การบำบัดรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

(2) กิจกรรมพยาบาล มี 5 ประเภทใหญ่ ๆ ด้วยกัน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2540) คือ ก. การให้การดูแล (Caring) เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ข. การให้ความช่วยเหลือ (Helping) เช่น ช่วยพยุง ช่วยในการบริหารกล้ามเนื้อ ค. การให้บริการ (Giving) เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้ นวดหลังให้ ง. การตรวจสอบ (Monitoring) เช่น สังเกตพฤติกรรม วัดสัญญาณชีพ และ จ. การสอน (Teaching) เช่น สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

(3) ต้องมีความละเอียด รอบคอบและชัดเจนของกิจกรรมการพยาบาล เพราะผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลมีหลายระดับทั้งที่มีประสบการณ์ ความรู้ที่ไม่เท่ากันหากกำหนดกิจกรรมไม่ละเอียดเพียงพอก็จะทำให้ความเข้าใจในการปฏิบัติแตกต่างกัน เช่น การดูแลความสะอาดปากฟันของผู้รับบริการที่ได้รับเคมีบำบัดชนิด 5-FU ที่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีการอักเสบของเยื่อช่องปากได้ง่าย หากพยาบาลกำหนดกิจกรรมเพียงว่า "ดูแลความสะอาดปากฟัน" อาจทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลไม่เพียงจัดการให้ผู้รับบริการแปรงฟันโดยไม่คำนึงถึงลักษณะของขนแปรงและชนิดของยาสีฟันซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้รับบริการต่อไปได้

(4) เป็นการกระทำของพยาบาลหรือผู้ที่พยาบาลมอบหมายให้กระทำและผู้รับบริการเป็นผู้ถูกกระทำ

แนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

(1) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาล

ตัวอย่างเช่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากการสำลักอาหารจากภาวะกลืนไม่เอี้ยวช่วยการกลืนอ่อนแอ

จุดมุ่งหมายการพยาบาล : ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสำลักอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

- ตรวจสอบ gag reflex และขจัดเสมหะออกให้หมดก่อนให้อาหารทุกครั้ง
- จัดให้นั่งศีรษะสูงขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที
- สอนผู้รับบริการให้ตัดอาหารคำเล็กๆ และรับประทานช้าๆ
- จัดชนิดอาหารให้นำรับประทานและรับประทานขณะอาหารยังอุ่นไม่เย็นซืด
- ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จากตัวอย่าง จะเห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลข้อ 1 – 4 มีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาล แต่ในข้อที่ 5 – 6 นั้นไม่สอดคล้องเพราะไม่ใช่เป็นการป้องกันการสำลักอาหารแต่เป็นการส่งเสริมให้ได้รับสารอาหารมากขึ้น

(2) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลมีความเป็นองค์รวม คือ สามารถแก้ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

(3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรให้ผู้รับบริการและครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลตนเองหรือแก้ปัญหาให้มากที่สุด

(4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยหรือป้องกันอันตรายให้กับผู้รับบริการจากภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การยกไม้กั้นเตียงขึ้น การผูกยึดเมื่อจำเป็น การจัดสิ่งของเครื่องใช้ข้างเตียงที่สะดวกต่อการเอื้อมหยิบใช้ การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

(5) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรเป็นกิจกรรมที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์นั้นๆ โดยพิจารณาความสามารถของผู้รับบริการ รวมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

(6) การจัดลำดับกิจกรรม ต้องจัดตามความสำคัญก่อนหลัง ตามความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติโดยมุ่งให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด ยึดหลักมีประสิทธิภาพที่สุด ปลอดภัยที่สุดและรวดเร็วที่สุดเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

(7) ควรประยุกต์ความรู้ที่อยู่ในตำราให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการแต่ละรายไม่ใช่กำหนดตามทฤษฎีหรือตำราทั้งหมด ดังตัวอย่างในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการ

ทฤษฎี	สถานการณ์จริง
ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร	ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร มีประวัติโรคเบาหวาน และรักษาต่อเนื่อง หลัง NPO มา 3 วันอาการปวดท้อง ลดลง แพทย์ให้รับประทานอาหารอ่อนได้
วินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำอาหารและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน	
<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพ และตรวจสอบสัญญาณแสดงของ ปัญหา - ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายในกรณีที่ได้รับประทานได้ - ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา - ดูแลให้ได้รับยาควบคุมการบีบตัวของลำไส้ ยาลด และป้องกันการอาเจียน และยาอื่นๆตามแผนการรักษา - ประเมินภาวะขาดสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ โดยการส่งเลือดตรวจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการแสดง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน – เบาหวาน - ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 1000 cc IV drip 100 cc/hr - ดูแลให้ได้รับยา Prasil ทางหลอดเลือดดำ และสังเกต อาการข้างเคียงหลังได้รับยา - บันทึกสารน้ำเข้า – ออก ทุก 8 ชั่วโมง - ติดตามผลการตรวจเลือดเพื่อหาระดับ อิเล็กโทรไลต์

(7) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลควรเป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้รับบริการโรคไตวายที่มีแผนการรักษาให้จำกัดน้ำ ในกิจกรรมการพยาบาลควรระบุปริมาณน้ำที่แนะนำให้ ผู้รับบริการดื่มในแต่ละช่วงอย่างเหมาะสม เป็นต้น

(4) การเขียนแผนการพยาบาล

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นแผนการดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายที่พยาบาลรับผิดชอบในการดูแลเขียนขึ้นหลังจากการประเมินผู้รับบริการ แผนการพยาบาลจะประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล

สรุป การวางแผนการพยาบาลสามารถกระทำได้ 3 ระยะ คือ เมื่อแรกกับผู้รับบริการได้ในความดูแล ขณะ ให้การดูแล และเมื่อจำหน่าย การวางแผนการพยาบาลมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ประเมินผล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ การจะปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้นั้นต้องมีการเตรียมการที่ดี ผู้ปฏิบัติต้องมีความคิดสร้างสรรค์ ละเอียด รอบคอบ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล วัตถุประสงค์สถานการณ์ และคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน การปฏิบัติการพยาบาลอาจเป็นการปฏิบัติการเป็นทีม (Team nursing) อาจใช้ระบบการพยาบาลตามหน้าที่ (Functional nursing) หรือระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (case management) หรืออาจเป็นการผสมผสานกันหลายรูปแบบ

ซึ่งขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาล มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเตรียมการ (Preparation) (2) การปฏิบัติ (Intervention) และ (3) การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (Documentation) ดังนี้

4.1 การเตรียมการ (Preparation)

การเตรียมการ เป็นขั้นตอนก่อนการลงมือปฏิบัติการพยาบาลซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการต้องประเมินผู้รับบริการอีกครั้งและประเมินทุกครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล และอาจจำเป็นต้องทบทวนเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล นโยบาย กฎระเบียบการปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งองค์ประกอบในการเตรียมการประกอบด้วย

(1) ผู้ปฏิบัติการ อาจจะเป็นพยาบาลผู้วางแผนเองหรือมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติคนอื่น โดยต้องพิจารณากิจกรรมที่จะทำว่ามีความรู้หรือประสบการณ์พอที่จะทำได้หรือไม่ ต้องหาความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพิ่มเติมหรือไม่ หรือต้องการผู้ช่วยหรือไม่ กรณีที่มอบหมายให้ผู้อื่นทำต้องพิจารณาว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะทำได้หรือไม่ และทั้งพยาบาลผู้วางแผนเองและผู้ที่ได้รับมอบหมายมีสิทธิและหน้าที่ที่จะทำตามกฎหมายหรือไม่ ซึ่งพรทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี (2535 อ้างถึงในสาส์น เจริญวรรณพงศ์, 2544) กล่าวว่า คุณสมบัติที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในผู้ปฏิบัติการ คือ 4 H ประกอบด้วย Head Heart Hands และ Heels นั่นคือ ต้องมี - Head ความสามารถทางสติปัญญา ต้องมี - Heart ใจรักและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล Hands - ทักษะความชำนาญ ความนุ่มนวลในการปฏิบัติการพยาบาลและ Heels - ความอ่อนไหว ทัศนการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

(2) ผู้รับบริการ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติการต้องประเมินผู้รับบริการอีกครั้งว่ากิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ในแผนยังเป็นที่ต้องการหรือไม่ ซึ่งพยาบาลไม่ควรคิดว่าเมื่อวางแผนไว้แล้วต้องนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการเสมอไป เพราะสภาพการณ์ของผู้รับบริการมักมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ และต้องประเมินความพร้อมของผู้รับบริการที่จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาล เช่น พยาบาลวางแผนจะไปให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ แต่พบว่าผู้รับบริการหลับพักผ่อนอยู่ก็ไม่ควรจะไปปลุกผู้รับบริการมาเพื่อฟังการให้ความรู้ เป็นต้น

(3) อุปกรณ์เครื่องใช้ ก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อมเพื่อลดความสิ้นเปลืองเวลาในการทำงานและป้องกันความผิดพลาดต่างๆ ด้วย

(4) การทบทวนแผนการพยาบาล ก่อนปฏิบัติงานในแต่ละเวร พยาบาลต้องศึกษารายละเอียดของแผนการพยาบาลอีกครั้ง เพราะอาจต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างให้เหมาะสมกับสถานการณ์

4.2 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่นำกิจกรรมการพยาบาลที่วางไว้ปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการ ซึ่งต้องใช้ทั้งศิลปะและทักษะในการปฏิบัติการ โดยสิ่งที่พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องคำนึงถึงในการปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้

(1) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (Safety) ผู้รับบริการอาจเกิดอันตรายจากผู้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลได้ ถ้าไม่ระวังและไม่ปฏิบัติด้วยความรอบคอบ ขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติอาจได้รับอันตรายจากผู้รับบริการได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้รับบริการที่เป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

(2) ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and effectiveness) การปฏิบัติการพยาบาลต้องทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดจึงจะเกิดคุณภาพการพยาบาล

(3) ประหยัด (economization) วัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ราคาแพง การใช้งานจึงต้องระมัดระวังเพื่อไม่ให้สูญเสียดำค่าใช้จ่ายโดยไม่เกิดประโยชน์

(4) ความสุขสบาย (comfort) ความสุขสบายทั้งของผู้รับบริการและความสุขสบายของผู้ปฏิบัติการพยาบาล

(5) สิทธิหน้าที่ตามกฎหมาย บางครั้งจะพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ของตนเองซึ่งเกิดเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความเป็นห่วงเกรงว่าผู้รับบริการจะเกิดอันตรายหรือเคยได้รับมอบหมายจากผู้มีสิทธิตามกฎหมายมาก่อน แต่เมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลก็อาจทำให้ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายหรือถือว่าเป็นความผิดโดยไม่เจตนาได้นั้นเอง

ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ ทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะด้านการสังเกต ทักษะด้านการสัมภาษณ์ ทักษะด้านการตัดสินใจ และทักษะด้านการบันทึก (สาลี เกลิมวรรณพงศ์, 2544; ชันทอง มางจันต์สุดิม, 2549) ดังนี้

(1) ทักษะด้านสัมพันธภาพ หมายถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยอาศัยการแสดงออกทั้งทางกาย วาจา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจ ซึ่งพยาบาลจะต้องเข้าใจหลักในการสร้างสัมพันธภาพ โดยยอมรับสิ่งที่แสดงออกให้ความสม่ำเสมอ จริงจังและจริงใจที่จะช่วยเหลือ

(2) ทักษะด้านการสังเกต เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การดูด้วยตา การดมกลิ่น การได้ยินเสียง การลิ้มรส และการสัมผัสมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อแปลความหมายของข้อมูล การสังเกตจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลปรนัย (objective data) ในขั้นการประเมินภาวะสุขภาพ และนำไปใช้ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งประเมินผลการพยาบาลด้วย

(3) ทักษะด้านการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์พยาบาลจะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือและควรเป็นสัดส่วน สิ่งแวดล้อมในการสัมภาษณ์ต้องไม่รบกวนสมาธิผู้รับบริการ ทำที่ต้องไม่รีบร้อน มีเวลาพอเพียง ให้ความเคารพและความสำคัญในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดอย่างไม่มียอคติ

(4) ทักษะด้านการตัดสินใจ เป็นทักษะที่จำเป็นในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล ในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ตักจำเป็นไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลก็จะมีประสิทธิภาพตามไปด้วย

(5) ทักษะด้านการปฏิบัติ การปฏิบัติกรพยาบาลส่วนใหญ่ต้องใช้ทักษะในการใช้มือ ผู้ที่ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชำนาญย่อมเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการมากกว่า เช่น ผู้ที่ดูเดมโหะให้ผู้รับบริการอย่างนุ่มนวล โดยไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความทุกข์ทรมาน หรือผู้ที่เจาะเลือดให้ผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการไม่เจ็บ ผู้ที่นั้นย่อมเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการว่าสามารถช่วยเขาได้และได้รับความไว้วางใจ

(6) ทักษะด้านการบันทึก การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งแสดงถึงความ เป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (professional autonomy) และเป็นหัวใจของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการ นำแผนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้อย่างสะดวกภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

4.3 การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

หลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแล้วพยาบาลต้องรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลหรือมีการ ลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน กิจกรรมการพยาบาลจะถูกบันทึกไว้ในแบบฟอร์มหลายอย่าง เช่น แบบบันทึกสัญญาณ ชีพ แบบบันทึกการให้ยา เป็นต้น การบันทึกมีความสำคัญนับตั้งแต่เริ่มประเมินปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล การ วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลต้องมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทั้ง 5 ขั้นตอน การบันทึกและรายงานต้องแสดงลักษณะสำคัญดังนี้

- (1) ลักษณะเฉพาะของกิจกรรมการพยาบาล ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณให้ปรากฏแก่ชุมชน
- (2) ความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล
- (3) ข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล จะต้องปรากฏอยู่ในรายงานของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ทันเวลา และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา
- (4) ข้อมูลทางการพยาบาลต้องเป็นหลักฐานทางกฎหมายเป็นอย่างดี และต้องคงอยู่ในรายงาน ของผู้รับบริการอย่างถาวร

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลแต่ไม่ใช่ขั้นสุดท้ายที่พยาบาลจะ ปฏิบัติ เพราะการประเมินผลการพยาบาลสามารถแทรกอยู่ได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล นับเป็น ขั้นตอนการตัดสินใจให้การพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น เพื่อตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการ พยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่

ชนิดของการประเมินผล สาลี เอลิมวรรณพงศ์ (2544) แบ่งชนิดของการประเมินผลเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การประเมินเชิงโครงสร้าง (Structure) เป็นการประเมินที่เน้นเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้การดูแล ซึ่งจะตอบคำถามว่าอะไรของหน่วยงานที่มีผลต่อคุณภาพของการดูแล การประเมินผลชนิดนี้จะตรวจสอบการ จัดระบบสำหรับให้การดูแล บัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การบริการ งบประมาณ การสื่อสาร กระบวนการพัฒนาตนเอง แบบ แผนการจัดกำลังคน คุณภาพของบุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้

(2) การประเมินเชิงกระบวนการ (Process) เน้นกิจกรรมของผู้ให้การดูแลที่เกิดขึ้น เพื่อสนองความ ต้องการของผู้รับบริการขณะนั้น โดยดูในสิ่งเหล่านี้ คือ กิจกรรมอะไรที่ให้ผู้รับบริการ การดูแลที่เกี่ยวข้องกับความ ต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ การดูแลมีความสมบูรณ์และเหมาะสมแก่เวลาหรือไม่ ทักษะของผู้ให้การดูแลเป็น อย่างไร คุณภาพของการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลเป็นอย่างไร

(3) การประเมินเชิงผลลัพธ์ (Outcome) เน้นที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อผลของการดูแล ผลลัพธ์ภายหลังให้การพยาบาลนี้จะถูกประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่พยาบาลและผู้รับบริการคาดหวังให้เป็นไป ดังตัวอย่างในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงการประเมินเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ (ที่มา: สาสี เกลิมวรรณพงศ์, 2544)

ชนิดการประเมิน	จุดเน้น	ตัวอย่างเกณฑ์
เชิงโครงสร้าง	หน่วยงาน	- เครื่องหมายทางออกต้องมองเห็นชัดเจน - ชุดช่วยพื้นคืนชีพต้องมีประจำแต่ละหอผู้ป่วย - มีห้องสำหรับให้ญาติรอในแต่ละชั้น
เชิงกระบวนการ	กิจกรรมของผู้ให้การดูแล	- การสัมภาษณ์เมื่อแรกรับผู้รับบริการต้องสมบูรณ์ภายใน 1 ชั่วโมง - การตอบสนองต่อยาของผู้รับบริการจะถูกเขียนไว้ในแฟ้ม - ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดปากฟันทุกเวร
เชิงผลลัพธ์	การตอบสนองของผู้รับบริการ	- ความดันโลหิต 140/90 mmHg ตลอดเวลา - เดินไปเข้าห้องน้ำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยภายใน 3 วัน - ห้ามนุ่มและไม่มีอาการกดเจ็บใน 5 วัน

ขั้นตอนการประเมินผลมี 3 ขั้นตอน (1) การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล และ (3) การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย ดังนี้

5.1 การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล เป็นการศึกษาเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมิน ซึ่งถ้าเกณฑ์ประเมินผลที่ได้กำหนดไว้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ครอบคลุม และวัดได้ จะช่วยเป็นแนวทางที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล เพื่อเป็นการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจกระทำได้ในขณะปฏิบัติการพยาบาลหรือการพยาบาล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจทำได้หลายอย่าง เช่น การสังเกต การพูดคุยกับผู้รับบริการ การตรวจร่างกาย เป็นต้น

5.3 การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้นั้นเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ 2 ทาง คือ

(1) บรรลุครบตามจุดมุ่งหมาย ข้อมูลที่รวบรวมมาสอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผลทุกข้อ ต้องตัดสินว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นสิ้นสุด หรือยุติการให้การพยาบาลได้ หรือว่ายังต้องให้การพยาบาลต่อไปแม้ว่าจุดมุ่งหมายนั้นจะบรรลุแล้ว

(2) ไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ข้อมูลที่ได้มาไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล ต้องตรวจสอบซ้ำอีกครั้งเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จุดมุ่งหมาย กิจกรรมการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

การปรับปรุงแผนการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ในการปรับปรุงแผนการพยาบาลดำเนินการ ดังนี้คือ การสรุปภาวะสุขภาพและการทบทวนแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

(1) การสรุปภาวะสุขภาพ เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ไขดัดแปลงแผนการพยาบาลขึ้นอยู่กับว่าส่วนใดของผลลัพธ์ที่บรรลุผลหรือไม่บรรลุผลสำเร็จ หรือบรรลุเพียงบางส่วน พยาบาลจะเขียนสิ่งเหล่านี้เกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วย เมื่อการประเมินผลบ่งชี้ว่าเป้าหมายบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งการสรุปภาวะสุขภาพ มีดังนี้

ก. ปัญหาได้รับการแก้ไข เมื่อปัญหาถูกเขียนไว้ว่ากำลังเกิดหรือเสี่ยงที่จะเกิดได้ถูกแก้ไขแล้ว จึงไม่ต้องให้การพยาบาลต่อไป ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าปัญหาถูกแก้แล้ว ถ้าเกณฑ์ทุกข้อผ่านหมดถือว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขจึงยุติข้อวินิจฉัยได้

ข. ปัญหาเสี่ยงได้รับการป้องกัน บังคับเสี่ยงคงอยู่เมื่อปัญหาเสี่ยงที่ถูกกำหนดไว้ในข้อวินิจฉัยนั้นไม่เกิดขึ้น แต่บ่งชี้เสี่ยงยังมีอยู่ การพยาบาลยังต้องการสำหรับให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

ค. ปัญหาที่เป็นไปได้ถูกกำจัดออกไป ในกรณีนี้ควรจะยุติปัญหาหรือข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

ง. ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นยังมีอยู่

จ. ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข

(2) การทบทวนแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยประเมินผลคุณภาพของข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลและทบทวนสิ่งที่ได้กระทำในแต่ละขั้นตอนด้วย

ประโยชน์ของการประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการตัดสินคุณภาพของการให้การพยาบาลโดยวัดจากความสำเร็จในการแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงใช้ผลการประเมินนี้ไปพัฒนากระบวนการพยาบาล ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลและพัฒนาการเรียนรู้ของพยาบาล ดังนี้

(1) พัฒนาขั้นตอนกระบวนการพยาบาล การประเมินผลจะช่วยให้ทราบผลของการปฏิบัติการพยาบาล เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพราะจะมีผลย้อนกลับให้ได้พิจารณาว่ากิจกรรมที่ได้กระทำนั้นเหมาะสมหรือไม่ มีข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร หากไม่บรรลุเป้าหมายจะต้องกลับไปพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการใหม่ วางแผนการพยาบาลใหม่หรือปรับปรุงแผน เปลี่ยนแปลงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม แก้ไขข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

(2) พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของการพยาบาล การประเมินผลจะให้ข้อมูลย้อนกลับให้ทราบอยู่ตลอดเวลาว่าการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ในกรณีที่ไม่เป็นไปตาม

จุดมุ่งหมายจะต้องประเมินต่อไปว่ามีสาเหตุมาจากความบกพร่องหรือไม่ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

(3) พัฒนาการเรียนรู้ของพยาบาล เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ถ้าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วและได้ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยก็จะช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เฉพาะราย เข้าใจว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมตอบสนองเช่นนี้ต้องการการพยาบาลอย่างไร ทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และทักษะในการคิดและแก้ปัญหาทางการพยาบาลและยังช่วยให้คิดค้นวิธีการพยาบาลที่ดีที่สุด (Best practice) ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

(4) การประกันคุณภาพ การประเมินผลการพยาบาลจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลได้ เนื่องจากเมื่อประเมินผลแล้วจะกลับไปทบทวนแก้ไขแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุดซึ่งนำไปกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละเรื่องได้

สรุป การประเมินผลการพยาบาลเป็นการตัดสินคุณภาพ คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลโดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (1) การศึกษาเกณฑ์ประเมินผล (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล และ (3) การตัดสินสัมฤทธิ์ผลตามจุดมุ่งหมาย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นทั้งแก่นและสาระของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีรูปแบบ ขั้นตอน เป็นระบบระเบียบที่ไม่หยุดนิ่ง การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลช่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนและผิดพลาดที่มีผลทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็น และสามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานคุณภาพของแหล่งให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ในการจัดการศึกษาพยาบาลต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีความสามารถพื้นฐานในการใช้กระบวนการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล

(Nursing Documentation)

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกทางการพยาบาลเป็นหนึ่งในการสื่อสารที่สำคัญ และยังเป็นเอกสารที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลอีกด้วย
ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

หมายถึง การเขียนบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นภาวะสุขภาพ ผลการประเมินอาการ ปัญหาของผู้รับบริการ กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ และผลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทั้งการรักษา การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและภาวะฟื้นฟูสภาพ

ร่างกาย ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยมีการบันทึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลและแสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ

จากมาตรฐานการพยาบาลที่ได้กล่าวมาแล้วในเรื่องกระบวนการพยาบาล จะเห็นว่ามีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ 2 ข้อ คือ ข้อ 1 และข้อ 5 โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง (เรณู พุกบุญมี, 2552) ดังนี้

1. ข้อ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระบุว่า มีการใช้กระบวนการพยาบาลและมีการบันทึกรายงานการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการทุกรายโดยพยาบาลวิชาชีพ

2. ข้อ 5 การบันทึกและการรายงาน ระบุรายละเอียด ดังนี้

- 1) การบันทึกและการรายงานการพยาบาลมีความครอบคลุมการพยาบาลในทุกะยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยสรุปรายงานด้านการพยาบาลผู้รับบริการทุกราย
- 2) การบันทึกมีความชัดเจนในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน
- 3) มีการใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐานและมีการพัฒนาแบบบันทึกให้สามารถบันทึกได้อย่างครบถ้วนและแปลผลการบันทึกได้อย่างแม่นยำ
- 4) ผลการบันทึกสามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้
- 5) มีระบบตรวจสอบคุณภาพและความสมบูรณ์ของการบันทึกเพื่อการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นในการบันทึกทางการพยาบาลจะต้องแสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม บทบาทของพยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขา และต้องมีความต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1) เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลผู้รับบริการ มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับบริการอย่างชัดเจนครบถ้วนเหมือนกันซึ่งจะก่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องต่อเนื่อง

2) เป็นเอกสารที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการให้การพยาบาล การค้นหาปัญหาของผู้รับบริการในโรคต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล

3) เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล

4) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ช่วยให้มีการติดตามการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

5) เป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้

6) เป็นประโยชน์ในการค้นหาปัญหาผู้รับบริการและการปฏิบัติการพยาบาล

7) เป็นหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญในการบริการพยาบาล เนื่องจากเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาล (ทัศนีย์ ทองประทีป & เบญจมา เตาเกล้า, 2543; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1) ข้อมูลที่บันทึกนำมาใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับภาวะและความก้าวหน้าในอาการผู้รับบริการระหว่างบุคลากรในทีมสหภาพ

2) ข้อมูลที่บันทึกสามารถนำมารวบรวม เปรียบเทียบและประเมินความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ

- 3) ช่วยในการวางแผนการพยาบาลและให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัย
- 4) ช่วยในการแยกแยะบทบาทของพยาบาลจากวิชาชีพอื่น
- 5) ให้เกณฑ์ในการจำแนกผู้รับบริการ
- 6) ให้ข้อมูลแก่ฝ่ายบริหารเพื่อการวางแผน
- 7) นำมาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล
- 8) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- 9) เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาและวิจัย

ประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการบันทึกทางการพยาบาลไว้ดังนี้

- 1) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้รับบริการจากเจ้าหน้าที่หลาย ๆ ฝ่าย
- 2) ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการได้รับการกระทำซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิมโดยไม่จำเป็น เช่น การซักประวัติ การสอนแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมบางอย่างที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ
- 3) ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลถูกต้องมากขึ้น และช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการขาดข้อมูลในการประเมินปัญหา

- 4) ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่สมบูรณ์ ต่อเนื่อง ถูกต้อง
 - 5) ใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย
 - 6) เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า วิจัยต่าง ๆ
 - 7) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะจากการบันทึกจะทำให้ทราบว่าบุคลากรมีจุดอ่อนหรือความสามารถในด้านใด เพื่อจะได้นำมาช่วยเหลือและแก้ไขได้ถูกต้อง
- หลักการบันทึกทางการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ประคิดิน สุจฉายา (2549) และสุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้กล่าวถึงหลักการบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1. การบันทึกในเวลาที่ต้องการ ดังนี้
 - 1.1 เขียนวัน เวลา ที่บันทึกให้ชัดเจน
 - 1.2 ในแต่ละเหตุการณ์เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน
 - 1.3 บันทึกทันทีหลังเหตุการณ์ เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติและผลที่ได้รับ
 - 1.4 ควรบันทึกให้เรียบร้อยก่อน ไปทำงานอื่น ๆ ต่อไป เพื่อป้องกันการหลงลืมและทำให้ผู้ร่วมทีมสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ทันที
 - 1.5 ไม่บันทึกก่อนปฏิบัติจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์
2. บันทึกโดยมีการใช้ภาษา วิธีการที่ต้องการ ชัดเจน ดังนี้
 - 2.1 ใช้คำพูดที่ชัดเจนมีน้ำหนัก ไม่ควรพูดว่า “ปกติดี” “เพียงพอ” ควรใช้คำพูดที่บอกรายละเอียดเป็นตัวเลขชัดเจน
 - 2.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตัดสินหลังคำปฏิเสธ ควรเป็นการบรรยายถึงสิ่งที่มองเห็น ให้เห็นสภาพผู้รับบริการในขณะนั้น

- 2.3 ใช้คำกะทัดรัดได้ใจความ ตัดข้อความที่ไม่สำคัญออกไป
- 2.4 ใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากลและเชื่อว่าคำย่อนั้นคนในทีมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้ชัดเจน
- 2.5 ใช้ไวยากรณ์ต่างๆ ให้ถูกต้อง ไม่ใช้ภาษาพูด
- 2.6 ถ้าเขียนผิด ซีดเส้นผ่าน 1 เส้น แต่ยังไม่มองเห็นข้อความเดิมได้เขียนคำถูกเหนือคำผิดนั้น ไม่ควรเขียนแทรกระหว่างคำ เพราะจะทำให้การบันทึกนั้นเชื่อถือได้น้อย
- 2.7 เขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน
- 2.8 เขียนด้วยหมึกสีดำ หรือน้ำเงิน
- 2.9 ก่อนจบเขียนเส้นจบให้เรียบร้อย อย่าปล่อยช่องว่าง เพราะจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมาเขียนเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะมีผลในแง่กฎหมาย ผู้เซ็นกำกับต้องรับผิดชอบในข้อความนั้น
- 2.10 เขียนชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน
- 2.11 ในแต่ละแผ่นของรายงานต้องเขียนชื่อ-สกุล ของผู้รับบริการให้เรียบร้อย
- 2.12 ห้ามใช้เครื่องหมายละใจความ (" - ")

3. บันทึกข้อมูลครบถ้วนชัดเจนเป็นความจริง และสิ่งที่บันทึกต้องมีความเหมาะสมเกี่ยวเนื่อง ไม่จำเป็นต้องบันทึกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจะทำให้เสียเวลา และอาจเป็นการก้าวล่วงความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ เขียนบันทึกความก้าวหน้าที่เป็นจริง มีความจำเพาะ คือสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินจริง ไม่ใช่ความคิดเห็น หรือการแปลผลของพยาบาล

4. สิ่งที่ควรบันทึกได้รับการบันทึกครบถ้วน ดังนี้
 - 4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม
 - 4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย
 - 4.3 อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติ รุนแรงขึ้น ข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - 4.4 การปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ และการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 - 4.5 การตรวจเยี่ยมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
 - 4.6 ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการรักษา
 - 4.7 ผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด ต้องมีการลงเวลา อาการก่อนขณะ และหลังทำ ผลที่ได้เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง
 - 4.8 ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการบันทึกด้านกฎหมายทุกครั้งที่บันทึกเพราะสิ่งที่บันทึกจะสะท้อนถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลเสมอ
 - 4.9 ควรบันทึกต่อเนื่อง โดยบันทึกเมื่อผู้รับบริการรับใหม่ มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีกิจกรรมการรักษายาบาล ย้ายเข้าหรือย้ายออกจากเตียง จำหน่าย ไม่สมัครอยู่ นึกกลับ หรือถึงแก่กรรม

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร (2540) ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นขั้นตอน วิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ เป็นประโยชน์ แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยยึดหลักตามแนวกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล การรวบรวมก่อนการบันทึก เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง การรวบรวมข้อมูลที่ดี ย่อมช่วยให้บันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

1) ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ซึ่งความรู้นี้ จะเป็นแนวทางให้สามารถค้นหาข้อมูลได้ตรง ครบถ้วน เพราะรู้ว่าจะต้องสังเกตอาการอะไรบ้าง ประเมินปัญหาในเรื่องใด ติดตามอาการอะไร เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้รวบรวมข้อมูลต้องมีทักษะในการสังเกตที่ดีเพื่อช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจอื่น ๆ ได้

2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับเพื่อเป็นแนวทางในการหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดตามความต้องการของ Maslow หรือแบบแผนสุขภาพของ Gordon หรือใช้ทฤษฎีของ Orem มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิด หรือทฤษฎีใด ก็ประเมินผู้รับบริการตามทฤษฎีนั้นๆ เช่น ถ้าเป็นทฤษฎีของ Orem ก็จะต้องบันทึกเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3) มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน สะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพและง่ายต่อการบันทึก เพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติ ซึ่งในการเลือกแบบฟอร์มได้นั้นเป็นความจำเป็นที่แต่ละสถาบันจะต้องตกลงกันเอง

2. ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาพร้อมแล้วให้พิจารณาว่าจะบันทึกอย่างไร จึงจะสั้น กระชับ ได้ข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วนและสะดวกต่อการปฏิบัติถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องศึกษาและฝึกฝนให้เกิดทักษะ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์สิ่งที่บันทึกดังนี้

1) ข้อมูลนั้นเป็นจริงแน่นอนหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอในรูปแบบของการสรุปความ ให้ความหมาย ให้บันทึกตามที่เห็น

2) ข้อมูลที่ได้นั้น เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการในลักษณะใด เช่น เป็นปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว เป็นต้น ซึ่งข้อความในลักษณะดังกล่าวสามารถลงบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้นั้นไม่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ในแง่ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่จำเป็นที่จะต้องบันทึกทั้งหมด

3) การบันทึก จะบันทึกในลักษณะใด ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น เป็นช่วงเวลา หรือเป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวร เช่น ถ้าวิเคราะห์ได้ว่ากรบันทึกข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ขณะให้การดูแลในเวรกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต หรือป่วยหนัก ถ้าในลักษณะนี้ควรพิจารณาเขียนเป็นช่วงเวลา หรือทันทีที่ได้ข้อมูล เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ ถ้าข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่มีความรีบด่วน และไม่จำเป็นก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวร

4) การนำเสนอข้อมูล เพื่อการบันทึกทางการพยาบาลนั้น ควรจะวิเคราะห์ถึงวิธีการนำเสนอว่ารูปแบบใดจึงจะชัดเจน เหมาะสม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผู้บันทึกจะต้องมีการพัฒนาตลอดไป

5) สิ่งที่จะบันทึกมีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ สามารถบันทึกลงในแผ่นรายงานได้หรือไม่ เป็นต้น

3. ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล ตามหลักการที่กล่าวถึงวิธีการบันทึกอย่างถูกต้อง ด้วยลายมือที่อ่านง่าย ชัดเจน เพราะถ้าบันทึกอ่านยากอาจทำให้ความหมายเปลี่ยนไปได้

4. ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึกทุกครั้ง ว่าได้เขียนบันทึกตรงตามการตอบสนองจากผู้รับบริการ และสิ่งที่สังเกต ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ ซึ่งผู้เขียนนำเสนอ 6 รูปแบบ ดังนี้ (สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2540; พรศิริ พันธสี, 2552)

1. การบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record) เป็นรูปแบบที่พยาบาลทุกคนมีความคุ้นเคยมากที่สุด นิยมใช้กันมาก ก่อนจะมีการบันทึกด้วยแบบฟอร์มต่างๆ เป็นการบันทึกตามสิ่งที่สังเกตได้ อาจบรรยายตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง หรือบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการ

ตารางที่ 9 ตัวอย่างการบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record) (ที่มา: ศรัญญา จุฬารี่, 2552)

วคป	กิจกรรม	ลายเซ็น
1 ม.ค.50 (08.00- 16.00น.) 7.30 น.	รับเวร ผู้รับบริการรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มีกลิ่นฉุน ไม่บ่นปวดแผล สัญญาณชีพ T = 37.2 C, P = 80 ครั้ง/นาที, R = 18 ครั้ง/นาที BP = 120/80 mmHg	ฉัตรชนก RN
10.30 น.	ทำแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแบบ wet dressing pack ด้วย 0.9 % NSS แผลมีสีแดงดี ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นฉุน บ่นปวดแผลเล็กน้อย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีบาดแผล และการรับประทานอาหารโปรตีนและวิตามินซีเพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล ผู้รับบริการเข้าใจ สัญญาณชีพ T = 37 C, P = 76 ครั้ง/นาที, R = 18 ครั้ง/นาที BP = 120/80 mmHg	ฉัตรชนก RN

ข้อดี

- (1) เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย ค้นเคຍ
- (2) สามารถใช้ร่วมกับการบันทึกแบบฟอร์มอื่นๆ ได้ง่าย
- (3) ถ้านบันทึกอย่างถูกต้อง จะประกอบด้วยปัญหา การดูแลและการตอบสนองของผู้รับบริการ
- (4) เขียนได้รวดเร็ว

ข้อเสีย

- (1) ไม่มีโครงสร้างที่ทำให้สามารถมองเห็นความต่อเนื่องของปัญหา
- (2) เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อย ๆ จึงพบว่า มักขาดการประเมินผล ขาดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ การบันทึกข้อมูลมักเป็นการบันทึกตามที่ได้เห็นหรือซักถามได้ ไม่มีการระบุปัญหาชัดเจน เป็นผลให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากไม่มีการสืบค้นข้อมูลเพียงพอ ซึ่งถ้ามีการวิเคราะห์ ก็มักจะมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้อาการวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม

- (3) ไม่สะท้อนให้เห็นการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล
- (4) ยากที่จะประเมินคุณภาพการพยาบาล
- (5) ขาดความสม่ำเสมอในการกำหนดปัญหาทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดปัญหาขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะของพยาบาลแต่ละคน จึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง
- (6) ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่ชัดเจน

2. การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) มีการระบุถึงปัญหา นอกถึงการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและผลการปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของกรบันทึกจะมีอยู่ 3 ส่วนคือ การวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล

ตารางที่ 10 ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) (ที่มา: ศรัญญา จุฬาริ, 2552)

วคป.	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล	ลายเซ็น
1 มกราคม 2550 (08.00-16.00 น.) 10.30 น.	ไม่สุขสบายปวดเนื่องจากมีการติดเชื้อบริเวณบาดแผลหน้าท้อง	- จัดให้นอนท่า fowler เพื่อให้อากาศถ่ายเทบริเวณหน้าท้อง - ทำแผลบริเวณหน้าท้องแบบ wet dressing pack ด้วย 0.9% NSS เพื่อชะล้างสิ่งสกปรกบริเวณบาดแผล - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ	- ผู้รับบริการนอนพักผ่อนหลับตาคนเดียวได้ - บาดแผลมีสีแดง ไม่มีเนื้องตาย ไม่มีกลิ่นอุน - อ่านหนังสือบันเทิงที่จัดให้ตลอดช่วงเช้า ไม่ปวดเพิ่มขึ้น - สัญญาณชีพ 10.00 น. T = 37.2 C	ฉัตรชนก RN

ข้อดี

- (1) บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน
- (2) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงถึงความรู้ทางวิชาชีพ
- (3) ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลไปในทิศทางเดียวและมีความต่อเนื่องเพราะทีมการพยาบาลมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน
- (4) มีการประเมินผลการทำงานชัดเจนทำให้สามารถปรับแก้วิธีการพยาบาลได้เหมาะสมทันเวลา
- (5) สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระตุ้นให้มีการเขียนวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อเสีย

- (1) ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล การติดตามผลการปฏิบัติเพื่อประเมินผลว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่
- (2) ไม่สามารถใช้ในรายที่ผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่ปัญหาไม่เปลี่ยน

การบันทึกโดยวิธีนี้น่าจะเป็นที่นิยมมากขึ้นถ้าพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลมาก เพราะการเขียนวินิจฉัยการพยาบาลนั้นต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ในระดับลึกอาจทำให้ใช้เวลานาน จนเกิดความท้อถอยหรือไม่มีเวลาเพียงพอที่จะรวบรวมข้อมูลมาประกอบการคิดวิเคราะห์

3. การบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบข้อมูลการปฏิบัติการที่มีจุดชี้เฉพาะ 3 ประการคือ สิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญหรือพฤติกรรมขณะนั้น อาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และผลที่สำคัญของการรักษา

จะเห็นว่า จุดที่ชี้เฉพาะต้องการการพยาบาล ดังนั้นคำที่บอกถึงจุดชี้เฉพาะ จึงไม่ใช่การวินิจฉัยทางการแพทย์ แต่อาจบอกถึงความต้องการหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่นในผู้รับบริการที่ขาหัก จะพบความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัด ความเจ็บปวด ท้องผูก และการประเมินเกี่ยวกับการเข้าเฝือกหรือดั่งกระดูก เป็นต้น

จุดประสงค์ของระบบชี้เฉพาะ

- 1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- 2) ทำให้ง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน
- 3) ชี้ชัดในปัญหาที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลเด็กทารก เป็นต้น
- 4) ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูล
- 5) ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการบันทึกแบบชี้เฉพาะ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ (ที่มา: สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)

วัน เวลา	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า (DAR)
		DATA..... Action..... Response.....

ข้อดี

- (1) ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก
- (2) บันทึกอย่างเป็นระบบ มองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน

(3) ชี้ชัดในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นของเป็นปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ เช่น ต้องการทราบแนวทางการดูแลตนเองหลังตัดขา เป็นต้น จึงอาจไม่ต้องเขียนปัญหาในลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาล

(4) ง่ายต่อการสืบค้น

ข้อเสีย

อาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรืออาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในกรณีติดตามผลการให้ยา

ตารางที่ 11 ตัวอย่างการบันทึกระบบชี้เฉพาะ (Focus charting record) (ที่มา: ศรัญญา จุฬารี, 2552)

วคป.	จุดชี้เฉพาะ	บันทึกความก้าวหน้า	ลายเซ็น
1 มกราคม 2550 (08.00- 16.00 น.) 10.30 น.	ไม่สุขสบาย ปวดแผลมาก	ข้อมูล - สีหน้าแสดงความเจ็บปวด - มีแผลผ่าตัด mid line บริเวณหน้าท้อง หลังผ่าตัด 1 วัน การพยาบาล - จัดท่านอน fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการดึงของบาดแผล - ให้ยาแก้ปวด pethidine 25 mg เข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดโดยให้อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของการติดเชื้อ การประเมิน - ผู้รับบริการนอนพักผ่อน หลับตาคนเดียวได้ - บาดแผลมีสีแดง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นจุน - อ่านหนังสือบันเทิงที่จัดให้ตลอดช่วงเช้า ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น - สัญญาณชีพ 10.00 น. T = 37.2 C	ฉัตรชนก RN

4. การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record)

การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้รับบริการเป็นหลัก ผู้เริ่มระบบนี้เมื่อปี ค.ศ. 1987 คือ นายแพทย์ Lawrence Weed โดยนำมาใช้บันทึกในวงการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำมาปรับใช้ในวงการพยาบาล ซึ่งการบันทึกระบบนี้มืองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ

1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) เป็นข้อมูลที่พยาบาลรวบรวมขึ้นจากการประเมินผู้รับบริการตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย Subjective data และ Objective data

2) รายการปัญหา (Problem list) ได้แก่ปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์แล้ว และนำมาเรียงลำดับความสำคัญ วิธีนี้สามารถตรวจสอบปัญหาได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน รอได้หรือแก้ไขแล้ว

3) แผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหามาตราฐานที่ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรง เร่งด่วนของปัญหา

4) การบันทึกความก้าวหน้าของผู้รับบริการ (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

รูปแบบการบันทึก มีดังนี้

แบบที่ 1 SOAP note และพัฒนาเป็น SOAPIE note คือ

S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือผู้รับบริการ

O (Objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและแจกเอกสารอื่น ๆ

A (Analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง

P (Plan) คือแผนการรักษาพยาบาล ต่อมาผู้ดูแลพัฒนา คือเพิ่มจาก SOAP เป็น SOAPIE ดังนี้

I (Interventions) คือการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

แบบที่ 2 PIE note เป็นการบันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยรวมแผนการพยาบาลเข้าไปอยู่ใน progress note จึงต้องบันทึกปัญหาทางการพยาบาลในทุกผลัดของการทำงาน PIE note ประกอบด้วย

P (Problem) คือ ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

I (Interventions) คือการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้รับบริการ

E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับ

แบบที่ 3 Focus DAR note เป็นการบันทึกตามปัญหาเฉพาะกรณี โดยไม่เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ แต่สามารถบันทึกเหตุการณ์อื่น ๆ ที่สำคัญได้ เช่น สิ่งที่เกิดจากการให้คำแนะนำหรือการสอนผู้รับบริการ เป็นต้น Focus DAR note ประกอบด้วย

D (Data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการและญาติ

A (Action) คือ กิจกรรมการพยาบาล

R (Response) คือ การตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลของผู้รับบริการ

การวางแผนในระบบนี้จะรวมถึงการวางแผนจำหน่ายโดยจะระบุไปแต่ละปัญหาว่ามีปัญหาใดที่ยังไม่แก้ไข และจะสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการใด

ตัวอย่างการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหาเป็นหลัก ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม

ตารางที่ 12 แบบฟอร์มแสดงรายการปัญหา (ที่มา: ศรัญญา จุฬารี, 2552)

ปัญหาที่	ปัญหา	วันเริ่มต้น	วันที่สิ้นสุด
1	เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจเนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและไม่สามารถขับเสมหะเองได้	4/1/53	6/1/53
2	แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	4/1/53	

ตารางที่ 13 แบบบันทึกความก้าวหน้า แบบ SOAPIE note (ที่มา: ศรัญญา จุฬารี, 2552)

วคป.	เวลา	การเปลี่ยนแปลง	ลายเซ็น
1 มกราคม 2553 (08.00- 16.00 น.)	7.30 น.	S : "รู้สึกปวดที่แผลผ่าตัด" "เมื่อคืนนอนไม่ค่อยหลับ ปวด บางที่ตึงๆมา นั่งอตัวไว้" O : - ผู้รับบริการหลังผ่าตัด 1 วัน มีแผลผ่าตัด midline line ไม่มี discharge ซึม - ทำทางอิดโรย ขอบตาคล้ำ อ่อนเพลีย เขามีอุจจาระที่แผลตลอดเวลา - ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg A : แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง: นอนไม่หลับเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด P : ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา	จัตราชนก RN
	12.00 น.	I : - จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ กันม่านข้างเตียง ให้ญาติเฝ้าใกล้บริเวณที่ ผู้รับบริการนอน - จัดท่านอน fowler เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดการดึงของ บาดแผล - ให้ยาแก้ปวด pethidine 25 mg เข้าหลอดเลือดตามแผนการรักษาของ แพทย์ - เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดขณะก่อนนอนโดยให้ฟังเพลงที่ชอบ E : - ผู้รับบริการฟังเพลงที่จัดให้และนอนพักผ่อนบนเตียงได้ตลอดช่วงเช้า - หลังจากตื่นนอน ไม่บ่นปวดเพิ่มขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น	จัตราชนก RN

ข้อดีของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

- 1) ทำให้ทีมสุขภาพมีการรับรู้ปัญหาตรงกัน เกิดการประสานงานในการทำงาน
- 2) ช่วยในการค้นข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว

ข้อเสียของการบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา

- 1) การใช้ระบบนี้ต้องได้รับความร่วมมือ สนใจจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่
- 2) ถ้าการดูแลผู้รับบริการแยกออกเป็นส่วน ๆ และไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การบันทึกแบบนี้จะไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา

3. การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Computerized Electronic Charting)

ปัจจุบันสถานพยาบาลหลายแห่งได้มีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้เก็บข้อมูลมากมายในแผนกต่างๆ ทั้งทางเงิน พัสดุ บุคคล โภชนาการ เกษตรกรรม รวมทั้งข้อมูลทางด้านประวัติผู้ที่มารับบริการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานของพยาบาลสถานพยาบาลบางแห่งได้มีการพัฒนาวิธีการลงบันทึกข้อมูลต่างๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์ให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถดูหรือตรวจสอบข้อมูล ประวัติของผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหลายๆสถานได้ (ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล = International Classification for Nursing Practice: ICNP) และยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่นๆ ทำให้มีการทำงานประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ช่วยให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดของการบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ คือ การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลให้เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการอยู่เสมอเพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเป็นการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการถ้าไม่มีระบบความปลอดภัยหรือระบบป้องกันการเข้าถึงข้อมูลอย่างเพียงพอซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านกฎหมาย

4. การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการ (Clinical pathway, Care map charting)

การบันทึกโดยใช้แผนการดูแลผู้รับบริการเป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการแบบ Case management ซึ่งเป็นกรบันทึกแผนการดูแลผู้รับบริการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้รับบริการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมีการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางเดียวกันในการดูแลรักษาผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (The Case Management Society of Australia, 2004 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552)

ข้อดี

- 1) บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้การดูแลรักษาผู้รับบริการได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์เนื่องจากมีแนวทางในการรักษามาตรฐาน (Standard order) อยู่แล้ว
- 2) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้ข้อมูลผู้รับบริการอย่างชัดเจนในทีมสุขภาพจึงเป็นการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางการดูแลทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด
- 3) เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวแบบองค์รวม
- 4) ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการเป็นระบบมีประสิทธิภาพและผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- 5) สามารถใช้ควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสีย

ไม่เหมาะสมสำหรับบันทึกในผู้รับบริการที่เป็นหลายโรคเนื่องจากแผนการดูแลรักษาจัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานสำหรับผู้รับบริการแต่ละโรค และไม่เหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนเพราะไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ผู้รับบริการจะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายและกลับบ้านตามที่กำหนดได้

ตารางที่ 14 ตัวอย่าง แผนการดูแลโรค

คุณลักษณะในการดูแล	ก่อนผ่าตัด 1 วัน	วันที่ผ่าตัด	หลังผ่าตัด 1 วัน	หลังผ่าตัด 2 วัน
การประเมินภาวะสุขภาพ				
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
การรักษาทางยา				
อาหาร				
กิจกรรม				
การสอน				

สรุป การจะเลือกการบันทึกทางการแพทย์แบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน แต่สิ่งที่คุณควรคำนึงก็คือ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้รับบริการและโอกาสที่จะพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ย่อมต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน การเห็นด้วย และความพอใจที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ไม่ควรจะรีบร้อนในการเปลี่ยนแปลง อาจใช้การปรับเปลี่ยนไปที่ละจุด เพื่อศึกษาความพร้อมและการเป็นไปได้อีกต่อไป (สุรีย์ ธรรมภิภวร, 2540)

แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์ในสถานการณ์ต่าง ๆ

แนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การเขียนบันทึกทางการแพทย์เมื่อรับผู้รับบริการใหม่ การเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้รับบริการก่อนทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษและหลังจากทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ การเขียนบันทึกทางการแพทย์ขณะผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น การเขียนบันทึกทางการแพทย์เมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน การเขียนบันทึกทางการแพทย์ผู้รับบริการที่ถึงแก่กรรม (Schilling et al, 2006 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2552)

ตารางที่ 15 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อรับผู้รับบริการใหม่ (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกข้อมูลว่ารับผู้รับบริการจากแผนกใด การมาถึงแผนกใช้รถนอน รถนั่ง หรือเดินมาเอง เพราะลักษณะการนั่ง การเดินจะบอกสภาพผู้รับบริการขณะแรกรับได้</p> <p>2. บันทึกอาการสำคัญที่ผู้รับบริการมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการแพ้ยา (ในกรณีที่มีสถานพยาบาลบางแห่งมีเนื้อหาส่วนนี้อยู่ในแบบฟอร์มบันทึกการรับผู้รับบริการใหม่แล้วก็ไม่จำเป็นต้องบันทึกซ้ำอีก)</p> <p>3. บรรยายสภาพทั่วไป (General appearance) เช่น รูปร่างลักษณะ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ความผิดปกติที่สังเกตได้ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น แขน ขามีแรงหรือไม่ มีความพิการที่อวัยวะส่วนใดหรือไม่ การมองเห็นการได้ยินเป็นอย่างไร มีขนาดแผลบริเวณใด มีพฤติกรรมแปลกๆ หรือไม่ เป็นต้น</p> <p>4. เขียนปัญหาทางการพยาบาลหรืออาการและอาการแสดงที่ประเมินได้ในขณะแรกรับ (อาการแรกรับ)</p> <p>5. สัญญาณชีพแรกรับ</p> <p>6. สิ่งที่ติดตัวมากับผู้รับบริการ เช่น สายให้อาหารทางจมูก (NG tube) สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) เป็นต้น</p>	<p>1. บันทึกเวลาที่รายงานแพทย์ให้ทราบว่ามี การรับผู้รับบริการใหม่</p> <p>2. บันทึกประเมินการติดตามประเมินสัญญาณชีพการตรวจวัดทางระบบประสาท หรือการประเมินเรื่องอื่น ๆ ตามปัญหา</p> <p>3. การแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล เช่น ระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้รับบริการ การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ผู้รับบริการต้องเกี่ยวข้อง เช่น การใช้เตียงผู้รับบริการ การใช้สัญญาณเรียกพยาบาล การใช้ห้องน้ำ</p> <p>4. การดูแลรักษาเมื่อแรกรับตามแผนการรักษา</p> <p>5. กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ตามปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ประเมินได้เมื่อแรกรับผู้รับบริการ</p>	<p>1. ประเมินผลการพยาบาลต่างๆเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังให้การพยาบาล</p> <p>2. ประเมินผลการดูแลรักษาหลังจากผู้รับบริการได้รับการรักษาตามแผนการรักษา</p> <p>3. ประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งการปฏิบัติตามสิ่งที่สอนหรือแนะนำ</p>

ตารางที่ 16 การเขียนบันทึกการพยาบาลก่อนการส่งผู้รับบริการทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษที่แพทย์วางแผนที่จะทำให้ผู้รับบริการ เช่น ชนิดของการผ่าตัดหรือระยะใด ด้านใดของร่างกาย ผู้รับบริการ ชนิดของยาสลบที่แพทย์วางแผนให้ผู้รับบริการ</p> <p>2. ปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดก่อนการผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษทั้งปัญหาด้านร่างกายและด้านจิตสังคม</p> <p>3. สภาพหรืออาการของผู้รับบริการก่อนไปห้องผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p> <p>4. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ติดตัวไปกับผู้รับบริการเช่น สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) ยา หรืออุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้รับบริการในห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ ฟิล์มเอกซเรย์ เป็นต้น</p>	<p>1. บันทึกเกี่ยวกับการเตรียมตัวผู้รับบริการก่อนทำผ่าตัดทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเตรียมความสะอาดทั่วร่างกายและการเตรียมผิวหนังเฉพาะที่จะทำผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ การงดน้ำงดอาหารการสวนอุจจาระ การให้ผู้รับบริการปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>2. การเตรียมตัวผู้รับบริการทางด้านจิตใจก่อนทำผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p> <p>3. การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอื่น ๆ และเอกสารต่างๆ ให้พร้อมก่อนถึงเวลาผ่าตัดหรือตรวจพิเศษการดมยาสลบ การเจาะเลือดตรวจเชื้อ HIV</p> <p>4. การให้ข้อมูลหรือการสอนผู้รับบริการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจพิเศษ</p> <p>5. บันทึกการตรวจความพร้อมก่อนส่งผู้รับบริการไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ เช่น ถอดฟันปลอม ถอดเครื่องประดับ ล้างเครื่องสำอาง ล้างเล็บ</p> <p>6. การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาก่อนไปส่งห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ เช่นการให้ยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนปัสสาวะแบบคาไว้ (Retained Foley catheter)</p> <p>7. การตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้รับบริการไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ</p> <p>8. ระยะเวลาที่ส่งไปห้องผ่าตัดหรือห้องตรวจพิเศษ</p>	<p>1. บันทึกผลการประเมินผล การพยาบาลว่าหลังจากเตรียมตัวผู้รับบริการให้พร้อมต่อการผ่าตัดและการตรวจพิเศษแล้วผู้รับบริการมีสภาพจิตใจเป็นอย่างไร</p> <p>2. ประเมินความรู้และความสามารถของผู้รับบริการในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษ</p> <p>3. ประเมินผลการตรวจวัดสัญญาณชีพและอาการต่างๆของผู้รับบริการก่อนไปห้องผ่าตัดหรือก่อนการตรวจพิเศษ</p>

ตารางที่ 17 การเขียนบันทึกการพยาบาลหลังการทำผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษ (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกชนิดของการผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษ อวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด ชนิดของยาสลบที่ได้รับ</p> <p>2. บรรยายสภาพทั่วไปของผู้รับบริการขณะกลับมาจากห้องผ่าตัด ห้องหັกพื้น หรือห้องตรวจพิเศษ เช่นระดับความรู้สึกตัว ตำแหน่งและลักษณะแผลผ่าตัด เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด</p> <p>3. บรรยายสิ่งที่ติดตัวมากับผู้รับบริการ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเภทและจำนวนเลือดหรือสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ - ชนิดหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น radivac drain, foley catheter, nephrostomy tube, intercostal drainage - สารคัดหลั่งหรือสิ่งที่ไหลออกมาจากผู้รับบริการ (discharge) โดยระบุลักษณะสี จำนวนของสารคัดหลั่ง <p>4. บันทึกสัญญาณชีพ</p> <p>5. บันทึกปัญหาทางการพยาบาลหรืออาการผิดปกติอื่น ๆ หลังผ่าตัดหรือหลังการตรวจพิเศษที่ประเมินได้ในขณะนั้น เช่น อาการข้างเคียงจากการได้รับยาสลบหรือยาชา</p> <p>6. บันทึกผลของการตรวจพิเศษเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลรักษาต่อไป</p>	<p>1. บันทึกเกี่ยวกับการติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพในระยะแรกที่ได้รับ กลับจากห้องผ่าตัดหรือการตรวจพิเศษอย่างใกล้ชิด</p> <p>2. บันทึกการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว</p> <p>3. บันทึกการติดตามการเปลี่ยนแปลงของแผลผ่าตัด เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งหลังจากแผลผ่าตัดและปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายผู้รับบริการ</p> <p>4. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด</p> <p>5. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลต่างๆตามสภาพปัญหาที่ประเมินได้ เช่น การดูแลปัญหาทางเดินหายใจ การบรรเทาอาการเจ็บปวด การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการทางนอน การดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Intake-output) การกระตุ้นให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นต้น</p> <p>6. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การให้ยา การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลหลังให้การพยาบาลและหลังให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ลักษณะแผลผ่าตัดอาการเจ็บปวดของแผลผ่าตัด อาการข้างเคียงของยาสลบ พฤติกรรมหรืออาการของผู้รับบริการตามสภาพปัญหาที่พบ</p> <p>2. ประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหรือหลังการตรวจพิเศษของผู้รับบริการเพื่อประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 18 การเขียนบันทึกการพยาบาลขณะได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยบริการ (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. การให้สารอาหารทางสายยาง (Tube feeding) บันทึกปัญหาก่อนให้อาหาร เช่น ลักษณะ จำนวนของสิ่งตกค้าง (Content) ในกระเพาะอาหาร อาการแสดงขณะได้รับอาหาร เช่น สำลัก ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน</p>	<p>บันทึกชนิดอาหารที่ให้ทางสายยาง ความเข้มข้นของแคลลอรี่ต่อจำนวนของอาหารที่ให้ทางสายยาง และปริมาณอาหารที่ให้แต่ละมื้อ (เช่น ดูละให้ Blenderize diet 1:1 จำนวน 400 cc.) รวมทั้งกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบริการที่ให้อาหารทางสายยาง</p>	<p>บันทึกการประเมินผลเกี่ยวกับจำนวนที่ผู้ป่วยบริการสามารถรับอาหารทางสายยางได้และอาการแสดงของผู้รับบริการภายหลังจากให้อาหารทางสายยางแล้ว</p>
<p>2. การขยับถ่ายปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะ บันทึกปัญหาของการขยับถ่ายปัสสาวะ เช่น ผู้รับบริการปัสสาวะไม่ออก ต้องการเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อในผู้ป่วยบริการที่ไม่สามารถปัสสาวะได้เองหรือต้องการประเมินปริมาณของปัสสาวะที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังจากการขยับถ่ายปัสสาวะเสร็จ</p>	<p>บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถขยับถ่ายปัสสาวะได้ ถ้ามีการสวนปัสสาวะให้บันทึกชนิดของการสวนปัสสาวะ เช่น สวนปัสสาวะแบบครั้งเดียว (Single catheterization) หรือสวนปัสสาวะแบบคาสายสวน (retained foley catheterization) ในกรณีของการสวนปัสสาวะแบบคาสายสวนให้บันทึกกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการที่มีสายสวนปัสสาวะ เช่น การป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลทำความสะอาดรอบ ๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะ การดูแลและเปลี่ยนสายสวนและถุงรองรับปัสสาวะ(urine bag)</p>	<p>บันทึกลักษณะสีและจำนวนของปัสสาวะที่สวนได้ในกรณีของการสวนปัสสาวะแบบคา สายสวน สิ่งที่ต้องการประเมินผลเพิ่มเติมจากการสวนแบบครั้งเดียวคืออาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ออกในแต่ละเวรหรือแต่ละวันรวมทั้งประเมินจำนวนน้ำที่ผู้รับบริการได้รับเพื่อประเมินความสมดุลของปัสสาวะที่ออกกับปริมาณน้ำที่ได้รับ (intake/output)</p>
<p>3. ผู้รับบริการที่มีบาดแผล บันทึกปัญหาหรือสภาพของบาดแผลก่อนทำแผลให้ชัดเจน เช่น - ชนิดของบาดแผล เป็นแผลผ่าตัด แผลดลอก แผลถูกแทง แผลกดทับ - ตำแหน่งของบาดแผลอยู่ในบริเวณใดขนาดและจำนวนของบาดแผลมีกี่แห่ง - ลักษณะของบาดแผลมีการติดเชื้อหรืออักเสบ (อาการปวดบวมแดง</p>	<p>บันทึกวิธีการทำแผลเช่น dry dressing wet dressing การชะล้างบาดแผล (wound irrigation) น้ำยาที่ใช้ทำแผลหรือชะล้างบาดแผลวัสดุอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในผู้รับบริการแต่ละราย บันทึกกิจกรรมพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบาดแผล เช่น การป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล รวมทั้งบันทึกการเตรียมความพร้อมหรือคำแนะนำที่ให้ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผลเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการว่าหลังจากให้การพยาบาลแล้วบาดแผลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร 2. กรณีที่สอนผู้รับบริการหรือญาติให้ทำแผลควรประเมินผลว่าผู้รับบริการหรือญาติสามารถทำแผลได้ถูกต้องหรือไม่อย่างไร มี</p>

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ร้อน)หรือไม่ - สิ่งคัดหลั่งที่ไหลออกจากบาดแผล เช่น มีเลือด หรือมีหนองหรือไม่		ความรู้เกี่ยวกับการดูแล บาดแผลเล็กน้อยเพียงใด เพื่อประเมินความสามารถ ของผู้รับบริการและญาติใน การดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อ กลับบ้าน

ตารางที่ 19 การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ย้ายไปรักษาต่อหน่วยงานอื่น (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<ol style="list-style-type: none"> บันทึกสาเหตุที่ผู้รับบริการย้าย แผนก เช่น เพื่อไปตรวจรักษาแผนก อื่น ผู้รับบริการต้องการย้ายไปห้อง พิเศษ เป็นต้น บันทึกคำสั่งของแพทย์ที่ให้ย้าย ผู้รับบริการไปแผนกอื่น โดยเฉพาะ แผนกผู้รับบริการหนัก (ICU) บันทึกสุขภาพโดยรวมตั้งแต่แรก รับจนถึงวันที่ผู้รับบริการย้ายออกจาก แผนกหรือหอผู้ป่วยบริการ บันทึกสภาพผู้รับบริการขณะย้าย (อาการและอาการแสดงหรือพฤติกรรม ของผู้รับบริการ) สิ่งที่ติดตัวไปกับ ผู้รับบริการ เช่น สายยางให้อาหาร (NG tube) สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) บันทึกข้อมูลที่สำคัญและปัญหา สุขภาพ (ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม) ที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ประเมินสภาพ ผู้รับบริการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยอย่าง ละเอียดโดยเฉพาะกรณีผู้รับบริการมีอาการหนัก เช่นบันทึกการตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจวัด ทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวจำนวนสาร น้ำที่เข้าออกจากร่างกาย เป็นต้น บันทึกกิจกรรมการพยาบาลต่างๆตาม สภาพปัญหาของผู้รับบริการอย่างละเอียด เช่น การดูแลปัญหาทางเดินหายใจ การดูแลความ สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่การดูแลป้องกัน อันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการการ รักษาที่ผู้รับบริการได้รับ พร้อมทั้งผลการตรวจต่าง ๆ ตรวจเอกสารต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ครบถ้วนก่อน ย้ายและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน บันทึกการติดต่อประสาน งานกับหน่วยงานที่ จะรับย้ายผู้รับบริการเพื่อแสดงความพร้อมในการ ย้ายผู้รับบริการ ระบุเวลาที่ย้ายผู้รับบริการ 	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกการประเมินผลการ พยาบาลตามสภาพปัญหา ของผู้รับบริการ บันทึกปัญหาหรืออุปสรรค ของการย้ายผู้รับบริการว่ามี หรือไม่อย่างไร

ตารางที่ 20 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกสาเหตุที่ผู้รับบริการกลับบ้าน เช่น ผู้รับบริการอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้รับบริการต้องการกลับบ้าน ญาติ ผู้รับบริการต้องการนำผู้รับบริการกลับไปดูแลที่บ้านเป็นต้น</p> <p>2. บันทึกสรุปภาพรวมตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน เช่น การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับกับผู้รับบริการและก่อนกลับบ้าน วิธีการรักษาจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล</p> <p>3. บันทึกสรุปปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องและปัญหาที่จำเป็นต้องส่งต่อโดยต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน ตลอดจนแผนการดูแล</p> <p>4. บางหน่วยงานอาจใช้แบบฟอร์มสรุปการจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้าน รวมอยู่กับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ</p>	<p>1. บันทึกการประเมินสภาพผู้รับบริการก่อนสิ้นสุดการดูแล เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงต่างๆ</p> <p>2. บันทึกการสอนหรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การรับประทานยา อาการข้างเคียง อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย การพักผ่อน การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์</p> <p>3. บันทึกการจัดการเรื่องการส่งต่อ หรือการมาตรวจตามนัดและเอกสารที่ได้มอบให้ผู้รับบริการ</p> <p>4. ระยะเวลาที่ผู้รับบริการกลับบ้าน</p>	<p>1. บันทึกการประเมินผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน</p> <p>2. บันทึกผลของการให้คำแนะนำว่าผู้รับบริการเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่มากนัก</p> <p>3. บันทึกผลของการจัดการเรื่องการส่งต่อ (ถ้ามี)</p>

ตารางที่ 21 การเขียนบันทึกการพยาบาลเมื่อผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่หรือหนีออกจากโรงพยาบาล (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. บันทึกเหตุผลหรือความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการออกจากโรงพยาบาล เช่น ต้องการย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น</p> <p>2. บันทึกสภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการตั้งแต่แรกพบได้ในความดูแลจนถึงวันที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่</p> <p>3. สำหรับผู้รับบริการที่หนีออกจากโรงพยาบาลหรือผู้รับบริการที่หนีไปจากโรงพยาบาลโดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ให้บันทึกวันที่ เวลา และสภาพผู้รับบริการที่เห็นครั้งสุดท้าย</p>	<p>1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่แสดงถึงความพยายามที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล เช่น การอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความสำคัญหรือความจำเป็นในการรักษา อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะย้ายในกรณีที่สภาพผู้รับบริการไม่พร้อมที่จะย้ายในขณะนั้น</p> <p>2. ถ้าผู้รับบริการยืนยันไม่สมัครใจอยู่ในโรงพยาบาล ให้บันทึกการรายงานผู้บังคับบัญชาตามสายงาน และการแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ</p> <p>3. บันทึกการให้ผู้รับบริการเซ็นชื่อในใบไม่สมัครใจอยู่ในโรงพยาบาล หากผู้รับบริการปฏิเสธที่จะเซ็นชื่อ ให้บันทึกไว้เป็นหลักฐาน เพื่อนำไปใช้กรณีมีปัญหาทางด้านกฎหมายในภายหลัง</p> <p>4. กรณีผู้รับบริการยังไม่ออกจากโรงพยาบาลต้องบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้รับบริการต่อไปจนกว่าผู้รับบริการจะออกจากโรงพยาบาล</p> <p>5. ระบุวันที่ เวลาที่ผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาล</p>	<p>1. ประเมินผลของการพยายามที่จะให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล</p> <p>2. ประเมินผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่พบ</p>

ตารางที่ 22 การเขียนบันทึกการพยาบาลผู้รับบริการที่ถึงแก่กรรม (ที่มา: พรศิริ พันธศรี, 2552)

ปัญหาและข้อมูล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1.บันทึกสภาพผู้รับบริการเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล</p> <p>2.บันทึกอาการ อากาการแสดงหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการโดยละเอียดให้ถูกต้องกับความเป็นจริง และสัมพันธ์กับเวลาที่เกิดเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง ไม่ควรมีช่วงเวลาที่ไม่มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ</p>	<p>1.บันทึกกิจกรรมการประเมินสภาพผู้รับบริการขณะรับไว้ในความดูแล เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งความถี่ในการประเมิน</p> <p>2. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการในระยะวิกฤต หรือการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างละเอียดและต่อเนื่อง</p> <p>3. ในกรณีที่มีคำสั่งไม่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้รับบริการ ควรมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการบันทึกเกี่ยวกับการแจ้งญาติให้ทราบและญาติยินยอมให้กระทำได้</p> <p>4. บันทึกเกี่ยวกับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการเมื่อใกล้วาระสุดท้าย</p> <p>5. บันทึกเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความช่วยเหลือด้านอื่นๆ กับญาติผู้รับบริการ</p> <p>6. ระบุวัน เวลาที่ผู้รับบริการถึงแก่กรรมและเวลาย้ายศพออกจากแผนก</p>	<p>บันทึกผลการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการหรือผลการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่พบในวาระสุดท้าย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการและญาติ</p>

เกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (สำนักการพยาบาล , 2539)

เพื่อให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกัน เกิดความเชื่อมั่นในผลการตรวจสอบ กองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลัก 4 C ได้แก่ Correct, Complete, Clear และ Concise ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความถูกต้อง (Correct) หมายถึง การบันทึกของพยาบาลมีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการ อากาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้รับบริการดังนี้

- 1.1 บันทึกข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกรายงานการพยาบาลและถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด
- 1.2 รายงานปัญหาถูกต้อง สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน
- 1.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการถูกต้องและสอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

- 1.4 บันทึกผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการได้รับจากการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้ผู้รับบริการ
- 1.5 ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ
- 1.6 บันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย ใช้เครื่องหมายวรรคตอนต่าง ๆ ถูกต้อง

2. ความครบถ้วน (Complete) หมายถึง การบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุม ครบถ้วน และต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มทุกช่องดังนี้

- 2.1 ระบุปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- 2.2 ระบุกิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ คือ การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ
- 2.3 เขียนรายงานโดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามกระบวนการพยาบาล

3. ความชัดเจน (Clear) หมายถึง บันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษร ตัวเลข ชัดเจน อ่านง่าย ดังนี้

- 4.1 บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินหรือสีดำ ด้วยตัวอักษรที่อ่านง่ายและให้ตัวย่อสากล
- 4.2 ไม่มีรอยลบ หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องขีดฆ่าเห็นข้อความเดิม แล้วลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง

4. ได้ใจความ (Concise) หมายถึง การบันทึกที่กะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้รับบริการ อ่านแล้วเข้าใจง่าย และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล และชี้บ่งให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

ระยะเวลาในการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4 C นี้ ตรวจสอบตามเกณฑ์การบันทึกแบบฟอร์มการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การบันทึกแรกรับผู้รับบริการ (รับใหม่หรือรับย้าย) ประกอบด้วย

- 1) วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่แรกรับผู้รับบริการ ณ หอผู้ป่วยบริการนั้น ๆ ลงในช่อง วัน เดือน ปี
- 2) เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาแรกรับ ลงในช่องเวลา หรือบรรทัดต่อจากวัน เดือน ปี
- 3) สรุปสภาพปัญหาผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาแรกรับ ครอบคลุมตั้งแต่ วิธีการ/ยานพาหนะ ที่นำผู้รับบริการจากหน่วยผู้รับบริการนอก/หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนอาการและอาการแสดงที่เป็นปัญหาปรากฏเมื่อแรกรับ ประกอบกับบันทึกสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง เพื่อให้เป็นข้อมูลสนับสนุนปัญหาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4) การรักษา หมายถึง การบันทึกการรักษาที่ผู้รับบริการได้รับ ที่กระทำการรักษาเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อแรกรับโดยไม่นับรวมถึงแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง

5) การพยาบาล หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำโดยเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหของผู้รับบริการที่ปรากฏเมื่อแรกรับ

6) อาการและอาการแสดงภายหลังการรักษา และการพยาบาล หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเนื่องจากผลของการให้การรักษาของแพทย์และการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ตามการรักษาและการพยาบาลเมื่อแรกรับ (ประเมินผลการรักษาพยาบาลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล)

7) การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้รับบริการภายหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ (ประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้รับบริการ)

ระยะที่ 2 การบันทึกต่อเนื่องระหว่างรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1) วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึกวัน เดือน ปี ที่บันทึกต่อเนื่องขณะนั้นในแต่ละวัน
2) เวลา หมายถึง เวลาที่บันทึกขณะที่ผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือได้รับการรักษาพยาบาล

3) อาการและอาการแสดงที่ปรากฏอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการที่ปรากฏในแต่ละเวรซึ่งจะต้องบันทึกอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องกันทุกเวร และทุกวัน เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล (ความถี่ของการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ)

4) อาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงด้านร่างกายที่ปรากฏแทรกซ้อนจากอาการเดิม ในกรณีที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ให้บันทึกทั้งอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง

5) อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงสภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งอาจจะมีผลจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ปัญหาด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้รับบริการเอง (ความถี่ของการบันทึกสัมพันธ์กับสภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสัมพันธ์กับเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้รับบริการ)

6) การปรับตัวที่แสดงต่อสภาพการเจ็บป่วย หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจโดยการแสดงออกทางด้านคำพูด สีหน้า กริยาท่าทาง

7) ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การบันทึกพฤติกรรมแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกถึงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

8) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านร่างกาย หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือบำบัด บรรเทา อาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย รวมทั้งการสนองความต้องการของผู้รับบริการตลอดจนการเตรียมผู้รับบริการให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามความพร้อม ความต้องการในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

9) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านจิตใจ และอารมณ์ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อการดูแลช่วยเหลือ บำบัด บรรเทา ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ของผู้รับบริการ

10) กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการในการปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และรวมทั้งการเตรียมผู้รับบริการในการปรับตัวเข้าสู่ครอบครัว สังคม และชุมชน ตลอดจนทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับบ้าน

11) อาการและอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจภายหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล (การประเมินผลการพยาบาล) หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายหลังปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ ๆ แล้ว

12) การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ประเมินผลลัพธ์การรักษายาบาลที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้รับบริการ) หมายถึง การบันทึกอาการและอาการแสดงที่ปรากฏที่ตัวผู้รับบริการภายหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ

13) กิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ หมายถึง การบันทึกกิจกรรมด้านการสอนให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ

14) ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึก ชื่อ-สกุล ของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้รับบริการและทำการบันทึก

15) ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก

ระยะที่ 3 การบันทึกก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย

1) วัน เดือน ปี หมายถึง การบันทึก วัน เดือน ปี ที่จำหน่ายผู้รับบริการ

2) เวลา หมายถึง การบันทึกเวลาที่จำหน่ายผู้รับบริการ

3) ประเภทการจำหน่าย หมายถึง การบันทึกประเภทของการจำหน่าย เช่น แพทย์อนุญาตผู้รับบริการกลับบ้าน ผู้รับบริการไม่สมัครใจอยู่รักษา เป็นต้น

4) อาการและอาการแสดง หมายถึง การบันทึกสรุปอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการที่ปรากฏก่อนจำหน่าย ในกรณีที่ผู้รับบริการยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับสัญญาณชีพ/สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ให้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นหลักฐานด้วย

5) สรุปสภาพผู้รับบริการก่อนจำหน่าย หมายถึง การบันทึกสภาพทั่วไปของผู้รับบริการทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนจำหน่าย

6) แผนการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การบันทึกสรุปผลการเตรียมผู้รับบริการเพื่อการดูแลตนเอง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและแผนการเตรียมผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อการดูแลตนเองของผู้รับบริการต่อเนื่องที่บ้าน

7) การส่งต่อและหรือการนัด หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อตลอดทั้งวิธีการ/ยานพาหนะที่นำผู้รับบริการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานบริการใกล้บ้าน ตลอดจนทั้งกิจกรรมการนัดผู้รับบริการ โดยระบุ วัน เดือน ปี และเวลา รวมทั้งสถานที่ในการนัดผู้รับบริการมารับการรักษาต่อเนื่อง

8) ชื่อผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกชื่อเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ

9) ตำแหน่งของผู้บันทึก หมายถึง การบันทึกตำแหน่งในการปฏิบัติงาน เช่น RN เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกตามเกณฑ์ของกองการพยาบาล จะต้องใช้มาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค และการจำแนกประเภทผู้รับบริการเป็นหลัก การเขียนปัญหาและแผนการพยาบาลจะต้องเขียนไปจนกระทั่งปัญหาของผู้รับบริการหมดสิ้นไป จึงจะเปลี่ยนเป็นการสรุปความก้าวหน้าของการพยาบาลแต่ละวันไปจนกระทั่งจำหน่ายได้ หากมีการบันทึกตามแนวทางที่สำนักการพยาบาลกำหนดได้ จะได้การบันทึกที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนและประสบการณ์ พบว่า ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม (ประคิน สุจฉายา, 2549; ศิริพร ชัมภลชิต, 2552; เวณู พุกบุญมี, 2552) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัญหาของระบบการจัดการ ประกอบด้วย
 - 1.1 นโยบาย พบว่า ยังไม่มีแนวทางในการนำนโยบายในการบันทึกทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติในระดับองค์กร หน่วยงานและระดับบุคคลที่ชัดเจน
 - 1.2 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านการบันทึกทางการพยาบาล
 - 1.2.1 ผู้บริหารการพยาบาลไม่ให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างเพียงพอในการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล
 - 1.2.2 ผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่สามารถกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการบันทึก หรือแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน
 - 1.3 องค์ความรู้
 - 1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกทางการพยาบาลยังมีจำกัด
 - 1.3.2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีน้อย ทำให้การเขียนบันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม
 - 1.4 แบบฟอร์ม
 - 1.4.1 แบบฟอร์มมีหลากหลาย
 - 1.4.2 แบบฟอร์มมีมาก เกิดความซ้ำซ้อนโดยเฉพาะ
 - 1.4.3 การบันทึกที่แยกแต่ละสาขาวิชาชีพทำให้ไม่เห็นภาพรวมของปัญหา
 - 1.5 แหล่งสนับสนุน
 - 1.5.1 ภาระงานของพยาบาลมีมากไม่สอดคล้องกับอัตรากำลัง ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการเขียนบันทึก
 - 1.5.2 ไม่มีคู่มือ แนวทางการเขียนบันทึกสำหรับใช้ศึกษาหรืออ้างอิง
 - 1.5.3 ไม่มีโปรแกรมการศึกษาต่อในด้านกรบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 1.5.4 โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการบันทึกยังมีข้อจำกัด
2. ด้านสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล แบ่งเป็น
 - 2.1 ผู้นิเทศ
 - 2.1.1 ผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการบันทึกยังมีไม่มากพอ

2.1.2 ผู้นิเทศขาดสมรรถนะในการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการวิจารณ์ที่ขาดคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไขทำให้ผู้บันทึกขาดกำลังใจและมีทัศนคติที่ดีในการขอคำปรึกษา

2.2 ผู้ปฏิบัติการบันทึก

- 2.1.3 มีความเบื่อหน่ายในการบันทึกเนื่องจากมีทัศนคติว่าการบันทึกเป็นเรื่องที่ยาก แม้ว่าจะรับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ
- 2.1.4 บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำโดยเฉพะบทบาททออิสระทางการพยาบาล
- 2.1.5 ขาดทักษะในการรวบรวมข้อมูล ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลจึงทำให้ไม่ครอบคลุมไม่เป็นองค์รวม
- 2.1.6 ไม่ได้อ่านหรือศึกษาบันทึกของกันและกันหรือบันทึกของที่มีสหสาขา ทำให้ไม่มีทิศทางหรือแนวทางในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (จิตศิริ ชันเงิน, 2542; ประคิด สุจฉายา และคณะ, 2549; เรณู พุกบุญมี, 2552; จันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, 2552; ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2552; สุดศิริ นิธิรัฐทนต์, 2551)

ประคิด สุจฉายา และคณะ (2549) ได้ศึกษาถึงบันทึกทางการพยาบาลและกรณีศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. กำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ ในระดับชาติ หรือหน่วยงานเพื่อให้มีมาตรฐานเกี่ยวกับชนิด ข้อมูลที่ต้องบันทึก และวิธีการบันทึก ทั้งนี้แม้มีมาตรฐานระดับชาติ หน่วยงานสามารถพัฒนาระบบของตนเองได้ภายในระบบของมาตรฐานชาติ

2. ในการพัฒนาระบบ รูปแบบการบันทึก

2.1 ถ้าเป็นระดับชาติ อย่างน้อยควรมีผู้ที่เกี่ยวข้องจากฝ่ายการศึกษา และฝ่ายบริการการพยาบาล สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาล แพทยสภา สภาวิชาชีพอื่นทางสุขภาพ นักกฎหมาย สำนักงานรับรองคุณภาพพยาบาลแห่งประเทศไทยร่วมพัฒนาทักษะ

2.2 ถ้าเป็นในระดับหน่วยงาน ควรให้บุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ เป็นตัวแทนเข้ามาร่วมคิด พร้อมทั้งเชิญผู้เกี่ยวข้องภายนอก เช่น จากฝ่ายการศึกษาการพยาบาลมาร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและให้แต่ละฝ่ายได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน

3. แต่ละวิชาชีพสามารถพัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้เฉพาะ เช่น พยาบาลอาจมีการพัฒนาแผนการพยาบาล เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้รับบริการประจำวัน อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการทุกสาขาที่ดูแลผู้รับบริการควรประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดแบบบันทึกกลางที่ทุกสาขาสามารถใช้ประโยชน์ตลอดจน "แบบบันทึกที่ทุกสาขาสามารถร่วมบันทึกได้" อันเป็นการสะดวกที่ผู้ที่มาอ่านสามารถอ่านจากเอกสารฉบับเดียวกันก็สามารถเห็นและเข้าใจสภาวะผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. องค์กรหรือหน่วยงาน ควรมีการการจัดประชุมหรือมีกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้หรือฟื้นฟูความรู้ด้านกระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างจริงจังและเป็นระบบต่อเนื่อง โดยควรเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการในการฝึกทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งจัดทำคู่มือแนวทาง เพื่อไว้ศึกษาและใช้อ้างอิงในองค์กร

5. หน่วยงาน ควรมีหน่วยงานและบุคลากรรับผิดชอบดูแลงานการบันทึกทางการพยาบาลโดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของกรรมการวิชาการทางการพยาบาล กรรมการประกันคุณภาพโรงพยาบาล หรือเป็นกลุ่มแกนนำที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล การบันทึกในรูปแบบต่างๆ และการใช้ประโยชน์ และมีการปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรติดตามความก้าวหน้าในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของฝ่ายบริการพยาบาลที่สถาบันเกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยงานในระดับประเทศ และมีการปรับการเขียนการสอนให้สอดคล้อง ทั้งนี้ต้องเริ่มด้วยการสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนี้อาจารย์ที่ดูแลนักศึกษาในแหล่งฝึก ควรให้ความช่วยเหลือในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์

7. ควรได้มีการนำบันทึกของพยาบาล (nurse's note) หรือผดุงครรภ์ มาวิเคราะห์และศึกษาแนวโน้มของการวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อย ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติสำหรับแต่ละปัญหา และผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการสร้างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ให้แนวทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น ส่วนการใช้ข้อความวินิจฉัยทางการพยาบาลในหลายรายการที่ไม่สื่อความเข้าใจแก่บุคลากรในต่างวิชาชีพควรมีการทบทวนและปรับปรุงโดยยังคงสามารถแสดงบทบาทพยาบาลหรือผดุงครรภ์ได้เป็น อย่างดี

8. บันทึกทางการพยาบาลเป็นสารสนเทศทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สำคัญ ควรมีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา ซึ่งอาจใช้แผนการพยาบาลไว้ในคอมพิวเตอร์หรือระบบสารสนเทศและพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

9. หน่วยงานหรือองค์กรควรพิจารณาส่งเสริมแหล่งสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การพิจารณาภาระงานของพยาบาลที่มีมากและเพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติ หัวหน้าตึก หัวหน้าเวรหรือพยาบาลอาวุโสในหน่วยงาน ควรสร้างขวัญและกำลังใจและบรรยากาศที่ดีในการทำงานโดยเฉพาะในการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างกัลยาณมิตร จัดสรรให้มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอทันสมัยเพื่อลดการเสียเวลาในการทำงานอื่น

10. หากวิถีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล (สุดศิริ นิรัญขุนนะ, 2551) เช่น

- ทำตัวอย่างกรณีศึกษา (Case study) เกี่ยวกับแผนการพยาบาล ตัวอย่างการบันทึก และการบันทึกที่มีความต่อเนื่อง

- ทำ nursing grand round และ nursing conference รวมถึงการทำ pre-post conference จะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้รับบริการแต่ละรายเพิ่มขึ้น

- ทำกิจกรรมการเยี่ยมชม (Shopping) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันศึกษาดูการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างหอผู้รับบริการ และระหว่างแผนก

- นำการจัดการความรู้ (Knowledge management) มาใช้ในการพัฒนา เช่น การจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) การบันทึกทางการพยาบาล

- จัดประเมินระดับบุคคล หรือผู้รับบริการ และแผนก โดยกำหนดเป็น KPIs ของหัวหน้าหอผู้รับบริการและผู้ตรวจการ การประเมินระดับบุคคลเพื่อให้ทุกคนเห็นผลงานของตนเอง และเพื่อการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล
- จัดระบบที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่ ในการบันทึกทางการพยาบาล
- พัฒนาร่วมกับสถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพพร้อมกัน
- จัดประกวดบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ของเวชระเบียนประจำเดือน
- หาคู่มือ/ clinical practice guideline การพยาบาลผู้รับบริการกลุ่มที่พบบ่อยในแต่ละหอผู้รับบริการ ซึ่งมีทั้งแผนการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง จะช่วยพยาบาลมีแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล

การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge Planning)

การวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันความเรื้อรังจากการรักษาตัวที่ไม่ถูกต้อง และเพิ่มความแข็งแกร่งในการปรับตัวต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจผู้รับบริการและครอบครัวอีกด้วย ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้รับบริการนั้นควรกระทำตั้งแต่รับผู้รับบริการไว้ในโรงพยาบาลหรือในความดูแลในทุกๆ แหล่งบริการ เช่น รับผู้รับบริการไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเองก็ต้องวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากแผนกไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เป็นต้น

นิยามการวางแผนจำหน่าย

มีผู้ให้นิยามการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ดังนี้

McKeeHan (1981 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิเชษฐพรชัยและอุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2546) ให้นิยาม การวางแผนการจำหน่ายไว้ว่า คือ กระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้านเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อที่บ้านตลอดจนการทำงานร่วมกันกับผู้รับบริการและญาติเพื่อวางแผนในการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล

Armitage (1995) ให้นิยาม การวางแผนการจำหน่ายไว้ว่า คือ การส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการจากสถานที่หรือสถานบริการจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้รับบริการจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่นหรือจากสถานบริการไปยังบ้านของผู้รับบริการ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ให้นิยาม การวางแผนการจำหน่ายไว้ว่า คือ กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งของการดูแล

จากความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพอที่จะสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ คือ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่ง

หนึ่งโดยมีสถานะที่ดีขึ้น โดยมีพยาบาลเป็นสื่อกลางประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการรวมทั้งครอบครัวของผู้รับบริการ เพื่อการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายมีหลายคำ อาทิ "Discharge planning" รวมทั้ง "After care" "Referral" และ "Post hospitalization care" ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายตั้งแต่ในอดีตถึงปัจจุบัน เพื่อป้องกันเกิดการเตรียมความพร้อมที่จะจำหน่ายผู้รับบริการออกจากสถานบริการสุขภาพ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ทั้งนี้มีผู้โต้แย้งว่า การใช้คำดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรสับสนและเข้าใจว่า กิจกรรมต่างๆ จะกระทำเมื่อผู้รับบริการได้รับคำสั่งการรักษาว่าให้ "จำหน่าย (discharge) เท่านั้น (Urbanic & McKeehan, 1985 อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ซึ่งปัจจุบันได้ใช้คำว่า "การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care หรือ Continuous care) แทน เพื่อให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแลและระยะของการดูแลได้ชัดเจนขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย

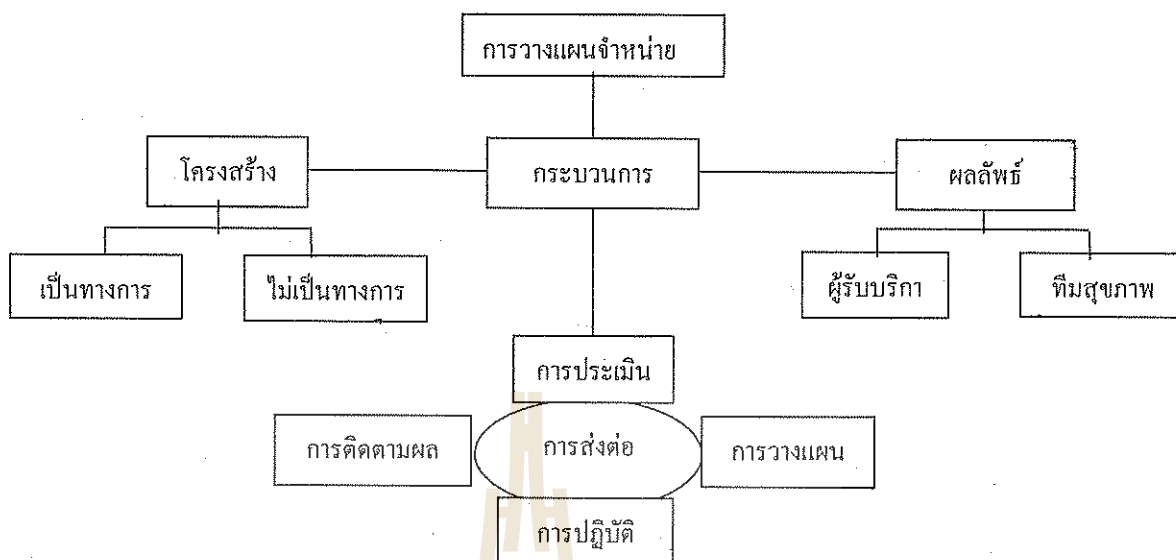
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวางแผนจำหน่าย มีดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการและ/หรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล
3. ลดความวิตกกังวลทั้งผู้รับบริการ ญาติ และผู้ดูแล
4. ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
5. ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

ปัจจุบันพบว่า ตัวจักรสำคัญที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากมุ่งพัฒนาวิธีการและรูปแบบการวางแผนจำหน่าย มาจากประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้ทีมงานสุขภาพต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย เพื่อป้องกันปัญหาการจำหน่ายผู้รับบริการในลักษณะ "quicker and sicker" กล่าวคือ การจำหน่ายที่เร็วขึ้นโดยที่ผู้รับบริการยังอาการไม่ดีพร้อมส่งผลให้ผู้รับบริการกลับมารักษาซ้ำและอาการหนักมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ภาพที่ 23) Lundh และ Williams (1997) พบว่าโครงสร้างของหน่วยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ แผนจำหน่ายผู้รับบริการอาจมีทั้งในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ลักษณะที่ไม่เป็นทางการอาจเป็นการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพระหว่างการเยี่ยมผู้รับบริการ ส่วนลักษณะที่เป็นทางการอาจเป็นแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูล หรือการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบระเบียบขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้กับทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่บ้าน รวมทั้งผู้รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการต่อในสถานบริการอื่นๆ ได้ทราบถึงความพร้อมของผู้รับบริการเมื่อจำหน่าย และแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้รับบริการควรจะได้รับภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการทั้งในแง่ของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการเข้ารักษาซ้ำ และความพึงพอใจ รวมทั้งผลต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายของสถานบริการ และการใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและเหมาะสมด้วย



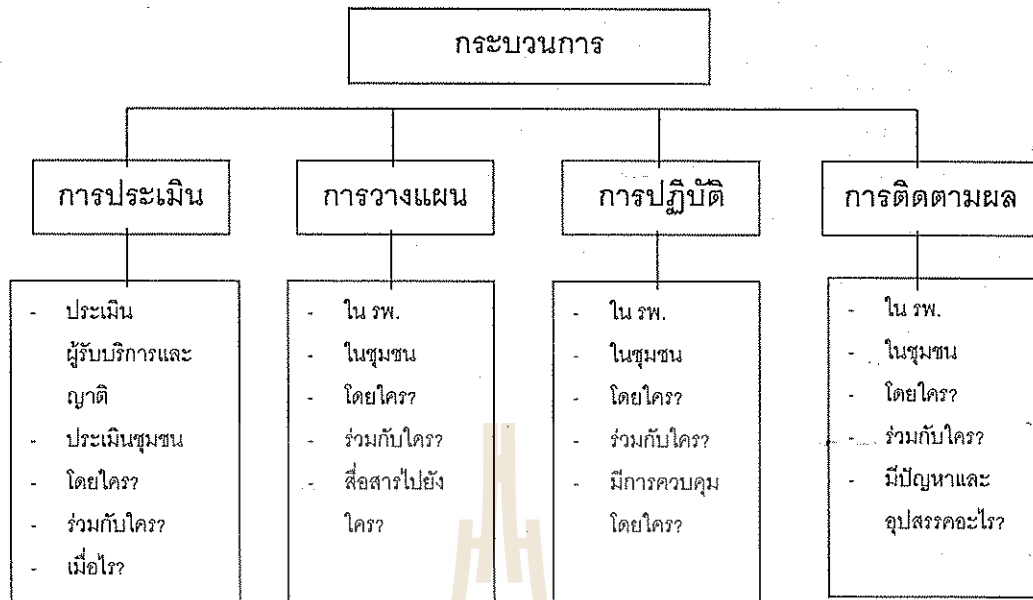
ภาพที่ 10

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย (วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและคณะ, 2546: 6)

โดยทั่วไป กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่เมื่อผู้รับบริการเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือแม้แต่หน่วยเตรียมการก่อนรับผู้รับบริการ (Pre-admission clinic) มิใช่รอจนผู้รับบริการจะกลับบ้านจึงวางแผน โดยมีขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ดังนี้ (ภาพที่ 24)

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการภายหลังจำหน่าย (Assessment)
2. การวางแผนจำหน่าย (Plan)
3. การนำแผนจำหน่ายไปใช้ (Implementation)
4. การติดตามและประเมินผล (Evaluation)

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการที่กล่าวมา จะได้อธิบายในบทต่อไป โดยเฉพาะในส่วนของบทบาทพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องมากที่สุด



ภาพที่ 11

กระบวนการวางแผนจำหน่าย (วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและคณะ, 2546: 7)

ประเด็นที่น่าสนใจในกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบไปด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการในแต่ละขั้นตอนที่ทำ การวางแผนจำหน่ายที่ประสบผลสำเร็จอย่างดี จะต้องมีการส่งเสริมปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการลดหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนต่อไป

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้ดูแล (Care giver) และครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆภายใต้สัมพันธภาพที่ดี
2. การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย
3. การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้าน
4. การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการเพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง
5. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการ ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ (2546) ได้ทบทวนเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ พบว่าการศึกษาร่วมใหญ่จะแนะนำให้สร้างความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ในการ

วางแผนจำหน่าย แต่ในวรรณกรรมที่กล่าวถึงกระบวนการดังกล่าวกลับพบว่า การวางแผนจำหน่ายถูกมองว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของทีมสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่ง (Discipline-specific) เท่านั้น นอกจากนี้บางส่วนยังกล่าวถึงแพทย์ว่า ควรเป็นผู้นำทีมโดยเป็นผู้รับผิดชอบในทุกส่วนของแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ เพราะแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมประตู (Gate keeper) หรือทางของการรับและสำหรับจำหน่ายผู้รับบริการ ในทุกบริการ ในขณะที่วรรณกรรมบางส่วนกล่าวว่า แพทย์เป็นส่วนหนึ่งในสมาชิกของทีมวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ดังนั้นสมาชิกทุกคนสามารถเป็นผู้นำในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการในรายที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ (Expertise) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวด้วย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ

การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ ได้มีผู้สนใจเป็นเวลานานและพยายามคิดหารูปแบบที่เหมาะสมกับระบบ หรือหน่วยงานต่างๆตลอดจนเป็นที่พอใจของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ มีการวางแผนที่เป็นระบบและตรวจสอบได้ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะทราบถึงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ได้จัดขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ควรได้มีการเข้าใจถึงความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการก่อน เนื่องจากแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆโดยมีความหมายแตกต่างกันไปบ้าง พอที่จะสรุปได้ดังนี้

การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ (Discharge Planning) คือกระบวนการที่รวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้รับบริการภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้รับบริการ และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลต่อเนื่อง

รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ และผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งลักษณะของการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขา (Multidisciplinary team) โดยมีความจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติและความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลร่วมกัน ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาล และผู้ให้การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน สมาชิกในทีมก็จะมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาล ผู้ซึ่งให้การดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ร่วมทีมอื่นๆ ควรจะเป็นผู้ประสานให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้นในแต่ละสถานที่ที่ผู้รับบริการจะต้องเผชิญ เช่น จากบ้าน มาสู่โรงพยาบาล จากหอผู้ป่วยนอกมาสู่หอผู้ป่วยใน จากหอผู้ป่วยในมาสู่ห้องผ่าตัด จากห้องผ่าตัดมาสู่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือจากโรงพยาบาลมาสู่บ้าน เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลยังมีส่วนร่วมในการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัวในการวางแผนจำหน่าย และดำเนินการ ตลอดจนติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งผู้ดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในส่วนของผู้ให้การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ในลักษณะของสังคมไทย ส่วนใหญ่แล้วสมาชิกภายในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และช่วยส่งเสริมให้บรรลุความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการอย่างมาก การวางบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ให้การดูแลอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายได้ โดยผู้เขียนได้เสนอลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและที่ควรจะเป็นในอนาคต ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต (ที่มา: อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 12)

ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบัน	ลักษณะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในอนาคตที่ควรจะเป็น
<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนใหญ่ยังมีความเป็นระบบน้อย 2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการแบบทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง 3. ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนร่วมกันในระหว่างสหสาขา 4. มักจะไม่ได้รวมญาติหรือครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย 5. หน้าที่ความรับผิดชอบที่ระบุชัดเจน คือ พยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นระบบและมีเกณฑ์ในการตรวจสอบ 2. เน้นการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เดิม 3. มีการวางแผนร่วมกันในระหว่างสหสาขา 4. รวมญาติและครอบครัวไว้ในแผนจำหน่าย 5. พยาบาลเป็นผู้ประสานงานให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ความตระหนักถึงปัญหาในความต่อเนื่องของการดูแล (Fragmentation of care) คุณภาพการรักษายาบาล (Quality of care) ค่าใช้จ่าย (Cost of care) และมาตรฐานบริการของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) สำหรับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น ผู้รับบริการสูงอายุ เด็ก เป็นต้น ทำให้การปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน เริ่มเป็นเป้าหมายหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ดังนั้นการศึกษาถึงรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่าย จึงได้รับความสนใจมากขึ้น

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในปัจจุบัน

ปัจจุบันในทางปฏิบัติ ได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ดังเช่น รูปแบบต่างๆต่อไปนี้

1. รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning
2. รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice
3. รูปแบบ Structured discharge procedure
4. รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning
5. รูปแบบ METHOD

รูปแบบเหล่านี้มีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างกัน โดยจะได้อธิบายถึงรูปแบบที่กล่าวมาโดยย่อ ดังนี้

รูปแบบ A professional-patient partnership model of discharge planning

รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้รับบริการ เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย จากการศึกษาของ Bull และคณะ (2000) พบว่า จากการใช้รูปแบบนี้ ผู้รับบริการและญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเชื่อมั่นว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่มีสุขภาพดีมากกว่าและใช้ระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำสั้นกว่า

รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice

รูปแบบ The partners-in-care model of collaborative practice มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (Nurse case manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้รับบริการทั้งในสถานะผู้รับบริการในและผู้ป่วยนอก รูปแบบนี้รวมถึงการเยี่ยมผู้รับบริการในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ระยะเวลาตามความจำเป็น โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต กิจกรรมประจำวันเพิ่มมากขึ้น อัตราตายหรือความเจ็บป่วยลดลง ดังเช่น การศึกษาในผู้รับบริการที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

รูปแบบ Structured discharge procedure

รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้รับบริการเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ "The structured discharge package" ประกอบไปด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย (structured discharge interview) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหอบหืด ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดอาการ วิธีในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้ การรับประทานยา และการใช้เครื่องมือช่วยต่างๆ

(2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

(3) แผนในการดูแลผู้รับบริการที่บ้านสำหรับผู้รับบริการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย

(4) การอบรมระยะสั้นๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral steroids

(5) สมุดคู่มือสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลในบริเวณใกล้เคียง ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ในกรณีที่มีปัญหาหรือเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning

รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Judith Rorden และ Elizabeth Taft (1990) โดยมีลำดับขั้น ดังนี้ (1) Step A: Assessment (2) Step B: Building a Plan (3) Step C: Confirming the Plan

Step A: Assessment

การรวบรวมข้อมูล เกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้รับบริการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้รับบริการให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้รับบริการ

Step B: Building a Plan

การสร้างแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ ที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการ

Step C: Confirming the Plan

การยืนยันแผนการจำหน่าย กระทำเมื่อผู้รับบริการได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มรการประเมินผลจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

รูปแบบ METHOD

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Medication (M)

ผู้รับบริการต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา ขนาด ประมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

Environment and Economic (E)

ผู้รับบริการและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม

Treatment (T)

ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H)

ผู้รับบริการและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

Outpatient Referral (O)

ผู้รับบริการต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้น Outpatient Referral ยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับบริการจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

Diet (D)

ผู้รับบริการต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่างๆด้วย

สรุป การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการ เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจรวมทั้งด้านปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับบริการที่ต่อเนื่องที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวและชุมชน

บทที่ 6

แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาล

(Basic Concepts of Nursing Theory)

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลในระดับวิชาชีพ พยาบาลต้องสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์จากทักษะการปฏิบัติ สร้างความคิดการตัดสินใจอย่างทันการและสมเหตุสมผล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เฉพาะเพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติการ ที่ต้องอาศัยทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันนี้มีทฤษฎีทางการพยาบาลเกิดขึ้นหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของ Watson นอกจากนี้ยังมีแนวคิดบางแนวคิดที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น แนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลก่อให้เกิดคุณภาพปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาการศึกษาระบบการพยาบาลและการศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้ใหม่

แนวคิดเกี่ยวกับมโนคติ ทฤษฎี กรอบทฤษฎีและรูปจำลอง

พยาบาลเป็นวิชาชีพ ดังนั้นจึงต้องมีศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อช่วยวิชาชีพให้มีสถานภาพที่มั่นคงเพราะศาสตร์ทางการพยาบาลจะช่วยเป็นทฤษฎีหรือแม่บทให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ใช้กำหนดกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการบริหารเพื่อพัฒนาพยาบาลและจัดระบบงานพยาบาลให้มุ่งไปสู่เป้าหมายของความสำเร็จตามที่วิชาชีพต้องการและช่วยเป็นเครื่องมือสำหรับนักการศึกษาและครูพยาบาลในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติทางวิชาชีพ มีเจตคติ มีทักษะในการปฏิบัติและมีความรู้ในศิลปะการพยาบาล

ด้วยเหตุที่วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ การปฏิบัติจึงต้องมีทฤษฎีหรือองค์ความรู้เฉพาะที่แตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่น ดังนั้นนักวิชาการในศาสตร์ทางการพยาบาลจึงได้พัฒนามโนทัศน์ (Concept) ทฤษฎี (Theory) และกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่ ค.ศ.1960 (พ.ศ.2503) มาเป็นลำดับ ในปัจจุบันจึงมีทฤษฎีและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลมากมาย

มโนทัศน์หรือมโนคติ (Concept)

ฟาริดา อิบราฮิม (2551) กล่าวว่า มโนคติเป็นส่วนประกอบหลักของทฤษฎี มโนคติเป็นความคิดภายในใจหรือข้อสรุปซึ่งสร้างขึ้นในใจเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์จากการรับรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคล มโนคติจะบอกปรากฏการณ์จากการรับรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคล มโนคติจะบอกปรากฏการณ์ มโนคติเชิงนามธรรมจะขึ้นกับเวลาหรือสถานที่ เช่น อุณหภูมิของห้องเวลาบ่าย เป็นต้น ในขณะที่มโนคติเชิงรูปธรรมจะเจาะจงเวลาและสถานที่ เช่น อุณหภูมิห้องที่ นาย ก. ซึ่งวัดเวลา 10.00 น. ในหลอผู้ป่วย เป็นต้น

การที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับมโนคติต้องเรียนรู้คำศัพท์ที่ใกล้เคียงเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. รูปแบบจำลองเชิงมโนคติ (Conceptual model) เป็นการกำหนดความสัมพันธ์ของมโนคติหรือข้อเสนอกับข้อคิดโดยทั่วไปหรือในเชิงนามธรรม

2. ปรากฏการณ์ (Phenomena) เป็นเหตุการณ์หรือข้อเท็จจริงซึ่งรับรู้ได้ด้วยสัมผัสโดยตรง เป็นความจริงที่ยั่งยืนในโลกของความจริง
3. คำจำกัดความ (Definition) เป็นข้อความที่บอกความหมายของคำ วลี หรือศัพท์ต่างๆ ถ้าเป็นคำจำกัดความเชิงทฤษฎีจะให้ความหมายโดยทั่วไปของมโนคติซึ่งปรากฏอยู่ในตัวทฤษฎีนั้นๆ ส่วนคำจำกัดความเชิงปฏิบัติจะชี้เฉพาะถึงกิจกรรมการปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อใช้วัดโครงสร้างหรือตัวแปรทั้งหลาย
4. ข้อสันนิษฐาน (Assumption) เป็นข้อความซึ่งคะเนว่าเป็นความจริงโดยไม่ได้ผ่านการพิสูจน์หรือการสาธิต ซึ่งอาจจะชัดเจนหรือพอจะให้ความเข้าใจได้
5. มโนคติสำคัญทางการพยาบาล โครงสร้างมโนคติสำคัญที่ประกอบเป็นองค์ความรู้ทางการพยาบาล มี 4 มโนคติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่ในสถานการณ์ทางการพยาบาล ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการพยาบาล

ความเข้าใจในมโนคติต่างๆ ที่เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลต้องอาศัยการนำความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ มาใช้ประกอบในการอธิบายให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจนและครอบคลุม เพราะมโนคติทั้ง 4 ด้านที่พยาบาลต้องเกี่ยวข้องเป็นมโนคติที่ใหญ่ เช่น มโนคติเกี่ยวกับคน ซึ่งมีโครงสร้างของกาย จิต สังคมและวิญญาณ มโนคติด้านสิ่งแวดล้อมจะกว้างทั้งเป็นสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพหรือการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน พยาบาลจึงต้องเรียนศาสตร์ต่างๆ มากมายเพื่อทำความเข้าใจกับมโนคติเหล่านี้

ทฤษฎี (Theory)

ทฤษฎีเป็นชุดของมโนคติที่สัมพันธ์กันและให้คำอธิบายอย่างเป็นระบบและทำนายปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจน ทฤษฎีอาจเริ่มต้นด้วยการกำหนดในรูปสันนิษฐานและยังไม่ได้ทดลองหรือนำไปทดลองเพื่อหาข้อสนับสนุนให้ก้าวไปสู่ความเป็นทฤษฎีอย่างแท้จริง โดยใช้การวิจัยและให้ทิศทางเพื่อการวิจัยต่อไป ลักษณะเฉพาะของทฤษฎีจะต้องมีเหตุผล มีความง่ายและมีความเป็นสากล ทฤษฎีโดยทั่วไปประกอบด้วย มโนคติและข้อสันนิษฐานโดยบอกความสัมพันธ์ในมโนคติเพื่อสร้างทิศทางที่ชัดเจนให้มองเห็นปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง และให้พื้นฐานเพื่อการพิสูจน์ในรูปสมมติฐานต่อไป และอาจมีทฤษฎีอื่นที่ผ่านการพิสูจน์แล้วหรืออาจเป็นกฎและวินัย ซึ่งจะให้คำถามเปิดที่ยังไม่มีคำตอบเพื่อการค้นคว้าต่อไปด้วยทฤษฎีอื่นที่บอกปรากฏการณ์เดียวกันและมีมโนคติเดียวกันสัมพันธ์กันอยู่ด้วยการพรรณนา หรืออธิบายให้เห็นความแตกต่าง ข้อความเชิงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติขึ้นไป ได้แก่ ข้อความซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งซึ่งมั่นใจได้ว่าเป็นความจริงอย่างแน่ชัดเรียก "กฎ" (Law) ข้อความพื้นฐานซึ่งเป็นอิสระจากข้อความอื่นซึ่งแสดงความจริงในเชิงทฤษฎีเรียกความเรียก (Axiom) ข้อความเชิงสมมติฐานซึ่งเกี่ยวข้องกับความจริงเป็นการเสนอข้อเท็จจริงเชิงวิทยาศาสตร์เรียก "ทฤษฎีบท" (Proposition) และข้อความซึ่งบอกความสัมพันธ์และต้องมีการพิสูจน์เรียกสมมติฐาน (Hypothesis)

ทฤษฎีโดยทั่วไปมีหลายลักษณะ ดังนี้

1. ทฤษฎีเฉพาะบุคคล (Personal theory) เกิดจากความพยายามอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเชื่อหรือให้คุณค่าซึ่งอาจน่าเชื่อถือ หรืออาจต้องระวังเพราะยังไม่เป็นที่เชื่อถือหรือเผยแพร่ อาจมีอคติปนอยู่จึงต้องระมัดระวังถ้าจะนำไปใช้เป็นหลักปฏิบัติ

2. ทฤษฎีเฉพาะที่ (Local theory) เป็นทฤษฎีที่ใช้ได้เฉพาะสถานการณ์หนึ่งๆ ในขณะที่ขณะหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่มักจะได้รับการวิจัย ชาติความสัมพันธ์ระหว่างบางสิ่งซึ่งผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์อาจไม่เห็นด้วยหรือไม่เชื่อถือ

3. ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในกิจกรรมที่จะถือหรือปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะครอบคลุมทฤษฎีใหญ่ๆ เช่น ทฤษฎีกระบวนการทางสรีระทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับคน เช่น การปรับตัว การเกิดความเครียด และยักรวมผลการวิจัยต่างๆ ที่ใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ให้บริการให้ดำรงภาวะสุขภาพ

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Epistemological theory) จะเกี่ยวข้องกับวิธีการเรียนรู้หรือรับรู้และค้นหาเกี่ยวกับโลกและสรรพสิ่งที่ต้องอาศัยความเชื่อในแหล่งความรู้ที่ถูกต้องจากนักการศึกษาสาขาต่างๆ เช่น นักปรัชญา นักจิตวิทยา และศาสตร์อื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจกับองค์ประกอบต่างๆ ที่พยาบาลต้องนำมาทำความเข้าใจกับธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาลและบทบาทของพยาบาล อาจให้ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของคน สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ตามกรอบแนวคิดที่พยาบาลต้องค้นเคย

5. ทฤษฎีของทฤษฎี (Meta-theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบาย แยกแยะ ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับทฤษฎีทั้งในด้านเนื้อหา การสร้างและการนำมาใช้ ความถูกต้อง นักทฤษฎีในกลุ่มนี้จะให้เนื้อหาสาระความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีและอาจจะสร้างทฤษฎีเอง

ทฤษฎีจะให้ประโยชน์ในการอธิบายหลักการทั้งหลายที่มนุษย์ประพฤติปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องให้เหตุผลในทุกๆ พฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ พยาบาลจึงจำเป็นต้องแสวงหาทฤษฎีของวิชาชีพ เพื่อให้ให้น้ำหนักแก่การปฏิบัติการพยาบาล และให้ความรู้สึกภูมิใจที่พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยศาสตร์ของตนเอง

กรอบทฤษฎี (Paradigms)

กรอบทฤษฎี คือ ปรัชญาโครงสร้างหรือมุมมองโลก ซึ่งเป็นที่ยอมรับในกลุ่มวิชาชีพ (Chin & Jacob, 1987 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2551) ซึ่งจะให้ข้อตกลงเพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติ วิจัย หรือเพื่อความรู้สึกซึ่งของทฤษฎีเอง สามารถแบ่งประเภทของกรอบทฤษฎีได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Positivist paradigm อาจเรียก Empiro-analytical paradigm จะให้มุมมองเชิงปรนัยเพื่อให้ประโยชน์ในการจัดทำหรือควบคุม โดยจะบอกถึงเหตุและผลของการกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดตามมา เมื่อมีการปฏิบัติ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะต้องอาศัยการสังเกตทดลอง สามารถประเมินได้ ควบคุมสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาซ้ำจนสามารถอธิบายเป็นกฎเกณฑ์ และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดจากการปฏิบัติในลักษณะเดียวกันใน ~~อนาคต~~ การนำกรอบทฤษฎีนี้ไปใช้อาจแยกเด็ดขาดจากการปฏิบัติ คือ ทฤษฎีการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่ได้ทำให้เกิดทฤษฎีใหม่ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะต้องได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ

2. Interpretative paradigm เป็นกรอบทฤษฎีซึ่งได้จากการฟังคำบอกหรือเฝ้ามองพฤติกรรมและใช้จินตนาการและความเข้าใจของบุคคลอื่นๆ มาประกอบในการตีความและให้ความหมายพฤติกรรม ความรู้ในลักษณะนี้จะได้จากการยอมรับของกลุ่มคนซึ่งอยู่ในสถานการณ์มากกว่าบอกเหตุ ทำนายผลหรือใช้การควบคุมจึงเป็นกรอบความรู้จากประสบการณ์ และสร้างเป็นทฤษฎีโดยระจับความเข้าใจจากพื้นฐานการศึกษามากกว่าการ

ทดลองและพิสูจน์สมมติฐานจึงสามารถสร้างได้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ และมีความเชื่อมโยงกับการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด จึงสร้างขึ้นจากผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้อ่อนประสบการณ์ใช้เป็นหลักในการปฏิบัติต่อไป

3. Critical paradigm เป็นกรอบทฤษฎีซึ่งได้จากการกระทำหรือปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ต้องการ เช่น สามารถกระทำอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจด้วยความรู้ เข้าใจคนอื่นและรู้จักตนเองเป็นอย่างดี ตระหนักในเป้าหมายส่วนตัว สังคมและวิชาชีพ จึงเป็นกรอบทฤษฎีที่ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ซึ่งได้จากการตอบคำถามด้วยเทคนิคและการตีความ กรอบทฤษฎีในลักษณะนี้จะผสมผสานทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ ทั้งทฤษฎีและนักปฏิบัติสามารถทำงานร่วมกันได้สถานการณ์หนึ่งๆ จึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติ และเชื่อมโยงให้เกิดเป็นทฤษฎีเพื่อการปฏิบัติและการปฏิบัติเพื่อสร้างทฤษฎี

กรอบทฤษฎีทั้ง 3 ลักษณะทำให้เห็นความถูกต้องของทฤษฎีย่อมต้องอาศัยปรัชญาคือการมองโลกและการมองความรู้เพื่อใช้ประกอบเป็นกรอบทฤษฎี เช่น Positivist paradigm จะมุ่งนำความรู้จากหลักการมาสร้างเป็นทฤษฎีย่อยๆ (Deductive) เพื่อทำนายและควบคุมด้วยวิธีการทางสถิติเชิงปริมาณและมีลักษณะปรนัย ในขณะที่ Interpretative paradigm อาจมีความเป็นปรนัยน้อยกว่าจะใช้วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการสรุปขยาย เพื่ออธิบายและทำความเข้าใจมากกว่ากระทำกรปฏิบัติและควบคุม ส่วนกรอบทฤษฎี Critical paradigm ใช้วิธีการสรุปขยาย (inductive) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและสร้างองค์ความรู้ จะหาความสัมพันธ์ระหว่างความหมายและความคิดเห็นทางสังคมในด้านอิสรภาพและความรับผิดชอบด้วยวิธีการที่ไม่เป็นปรนัยนัก อาจใช้การวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ การเลือกใช้กรอบทฤษฎีได้นั้นอยู่กับความพอใจในการเลือกซึ่งหมายถึงปรัชญาและความเชื่อที่มีต่อการพยาบาล การให้ความหมายของการพยาบาล และการมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติกรพยาบาล ประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งความตื่นตัวของสังคมพยาบาล

รูปจำลอง (Model)

รูปจำลองจะอธิบายชุดของความคิดซึ่งเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้เป็นมิติที่กว้างและใหญ่กว่า เป็นการแสดงสัญลักษณ์ที่ต้องการบอกถึงความจริงและบอกความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆ เพื่อสะท้อนความคิดให้ปรากฏ ลักษณะเฉพาะของรูปจำลอง คือ ความพยายามพรรณนา อธิบายเพื่อทำนายความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆ ประกอบด้วยมโนคติที่เป็นนามธรรมหรือรูปธรรม หรือสิ่งอื่นที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ได้กรอบแนวคิดที่เข้าระบบระเบียบ สามารถใช้ประโยชน์ในการประเมิน รับผิดชอบ วางแผน ปฏิบัติและประเมินผลได้ครบถ้วนเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

รูปจำลอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. รูปจำลองเชิงอัมัย (Empirical models) เป็นรูปจำลองที่สะท้อนของจริงซึ่งสังเกตได้ เช่น รูปจำลองของหัวใจ ปอด สมอง ซึ่งอาจประกอบขึ้นจากพลาสติก กระดาษหรือปูนปลาสเตอร์ เป็นต้น

2. รูปจำลองเชิงทฤษฎี (Theoretical models) เป็นการเสนอความจริงในรูปภาษาหรือสัญลักษณ์เชิงคณิตศาสตร์ ทฤษฎีต่างๆ เป็นรูปจำลองเชิงทฤษฎีเพื่อเสนอความจริง ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นเป็นรูปร่าง

รูปจำลองเชิงมโนคติ (Conceptual model)

การเกิดรูปจำลองเชิงมโนคติ ต้องอาศัยการสังเกตด้วยความเข้าใจและลึกซึ้งในสิ่งที่รับรู้ เกิดความเข้าใจอย่างรู้แจ้งแนวตลอด (Intuitive insight) ด้วยวิธีเชิงอัมัย (Deduction) จากแนวคิดสร้างสรรค์ที่ได้จากความรู้หลายๆ สาขามาประกอบกัน รูปจำลองเชิงมโนคติอาจเกิดได้ด้วยวิธีการเชิงอุปนัย (Induction) เป็นความรู้รวบยอด

เมื่อได้มีการสังเกตสิ่งพิเศษต่างๆ และอาจเกิดจากการอนุมาน สถานการณ์ซึ่งเฉพาะเจาะจงที่อาจเป็นตัวอย่างของเหตุการณ์หนึ่งๆ

Fawcett (1995 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2551) กล่าวถึงหน้าที่ของรูปจำลองเชิงมโนคติ ดังนี้

1. ให้แนวคิดที่เด่นชัดและวิธีคิดให้ความต่อเนื่องและเป็นเอกภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์และกระบวนการ ซึ่งช่วยให้วิธีการสังเกตและแปลความปรากฏการณ์เพื่อนำไปสู่การกำหนดศาสตร์ กรอบมโนคติหนึ่งยอมให้จุดเน้นที่มีเอกภาพ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อการรับรู้ของบุคคล โดยจะบอกความจริงซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างต่อแท
2. ให้โครงสร้างที่เป็นระเบียบและเหตุผล ในการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องซึ่งตอบรับกับลักษณะทางวัฒนธรรมหรือคุณลักษณะเฉพาะของชุมชน
3. ให้ทิศทางเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับปรากฏการณ์และให้แนวทางในการแก้ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล
4. ให้เกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติต่อไป ถ้าปัญหาทั้งหลายสามารถหาทางแก้ไขได้
5. ให้ปรัชญาและเป้าหมายการบริการที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลเท่านั้นที่จะจัดให้แก่ผู้ป่วยและให้บริการที่มุ่งความเป็นองค์รวมซึ่งวิชาชีพอื่นไม่สามารถจัดให้ได้
6. ให้ขอบเขตและทิศทางการพยาบาลที่ชัดเจนแก่ประชาชน พยาบาลสามารถบันทึกได้อย่างเป็นปรนัยที่สุดถึงผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพราะพยาบาลสามารถกำหนดพันธกิจและขอบเขตที่ชัดเจนของวิชาชีพ รวมทั้งความรับผิดชอบและความรู้สึกผูกมัดต่อวิชาชีพ ทำให้พยาบาลสามารถบันทึกกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการให้สังคมได้เห็นอย่างกระจ่างแจ้ง

ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory)

Fitzpatrick & Whall, 1989 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม (2551) ได้ให้ความหมาย ทฤษฎีการพยาบาลไว้ว่า คือ แก่นสาระความรู้ของวิชาชีพพยาบาลซึ่งมุ่งอธิบายธรรมชาติของคน สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยของบุคคลโดยมีเป้าหมายของการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

การจำแนกทฤษฎีทางการพยาบาล

1. จำแนกตามคุณลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้
 - 1.1 ทฤษฎีเชิงนิรนัย (Deductive nursing theories) เป็นการพัฒนาทฤษฎีจากการนำศาสตร์ต่างๆ มาสังเคราะห์ จัดระบบหรือขยายมโนคติเดิมให้เกิดเป็นมโนคติใหม่ ซึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลเชิงนิรนัยนี้ มีหลายทฤษฎีเช่น ทฤษฎีการพยาบาลของ King ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy ทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ทฤษฎีการพยาบาลของ Watson
 - 1.2 ทฤษฎีเชิงอุปนัย (Inductive nursing theories) เป็นการพัฒนาทฤษฎีที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลมาประมวลเพื่อสรุปเป็นทฤษฎี
2. จำแนกตามจุดมุ่งหมายในการนำไปใช้ ดังนี้
 - 2.1 ทฤษฎีระดับบรรยาย (Descriptive theory) เป็นทฤษฎีหรือข้อความที่อธิบายถึงมโนคติ เหตุการณ์ สถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่บ่งชี้ถึงความหมาย คุณลักษณะ องค์ประกอบของแต่ละมโนคติ บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีที่แยกแยะองค์ประกอบ (Factor – isolating theory)

2.2 ทฤษฎีระดับอธิบาย (Explanatory theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติหรือ 2 ปรากฏการณ์ขึ้นไป บางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีองค์ประกอบสัมพันธ์ (Factor – relating theory)

2.3 ทฤษฎีระดับทำนาย (Predictive theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของมโนคติตั้งแต่ 2 มโนคติหรือ 2 ปรากฏการณ์ขึ้นไป แล้วสามารถทำนายว่าจะเกิดมโนคติใหม่เพิ่มขึ้นได้

2.4 ทฤษฎีระดับควบคุมหรือปฏิบัติการ (Control Prescriptive theory) ทฤษฎีที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละสถานการณ์ สามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติ ทำนายผลที่เกิดขึ้นและควบคุมผลที่จะเกิดขึ้นให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ อาจมีมโนคติที่จะเกิดขึ้นได้

3. จำแนกตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎี (Walker & Avant, 1995) ดังนี้

3.1 ทฤษฎีอภิทฤษฎี (Meta – theory) เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับปรัชญาและวิธีสร้างทฤษฎี เป็นทฤษฎีที่มีเป้าหมายของกระบวนการสร้างทฤษฎี จะมีจุดเน้นที่การตั้งคำถามเชิงปรัชญา วิธีการสร้างทฤษฎีและกระบวนการวิเคราะห์ วิพากษ์และหลักเกณฑ์ในการประเมินทฤษฎี ซึ่งจะให้เป็นหลักในการวิเคราะห์ชนิดและวัตถุประสงค์ของทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมสูง

3.2 ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) เป็นทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมสูง กำหนดกรอบแนวคิดที่กว้างหรือเป็นแบบจำลองมโนคติที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระที่กว้าง แต่จะนำไปทดสอบโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ได้ยาก เนื่องจากมีความเป็นนามธรรมสูง แต่ก็สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ในระดับรองลงมาได้ดี เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของ Watson

3.3 ทฤษฎีระดับกลาง (Middle Rang theory) เป็นทฤษฎีที่มีขอบเขตเนื้อหาสาระแคบลงและมีจำนวนมโนทัศน์น้อยกว่าทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลางเกิดจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้อ้างอิงและขยายต่อได้ ทดสอบได้ นำไปเป็นหลักในการปฏิบัติชัดเจนขึ้น เช่น ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Theory)

3.4 ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อนน้อยที่สุด เป็นชุดข้อความเชิงทฤษฎีที่เกิดจากการทดสอบสมมติฐานในปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง มีเนื้อหาสาระและจำนวนมโนคติไม่มาก สามารถทดสอบได้ง่าย และนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้โดยตรงและคาดผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติได้

วิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลเป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาล เริ่มขึ้นจากการพยายามหาคำตอบให้ตรงกันว่า การพยาบาลคืออะไร เหตุใดจึงต้องมีทฤษฎีการพยาบาล การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่ออสิรรภาพทางการดูแลในลักษณะที่เป็นศาสตร์ ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาวิจัยทางคลินิก Florence Nightingale เป็นบุคคลแรกที่พยายามสร้างศาสตร์การพยาบาลและเตรียมพยาบาลอย่างมีรูปแบบชัดเจน ลักษณะการพยาบาลในยุคของ Florence Nightingale จะมีลักษณะเป็นศิลปะเชิงเทคนิค (Technical arts) ซึ่งเน้นหลักการและวิธีปฏิบัติ ศาสตร์ทางการพยาบาลของ Florence Nightingale ประกอบด้วย (1) Nursing proper ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่สตรีที่มีบทบาทของแม่ของสตรีโดยธรรมชาติ เช่น การให้ความรักความเมตตา (2) Nursing Sciences เป็นเทคนิคการพยาบาลที่ต้องเรียนรู้ระบบการพยาบาลในรูปแบบของ Florence Nightingale มีการนำมาใช้อยู่นานทั้งในยุโรปและอเมริกาจนถึงช่วงปี 1955 มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการแพทย์ จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิชาชีพการพยาบาลได้รับการมองว่าเป็นวิชาชีพของสตรีใน

ระดับแรงงาน ซึ่งในระยะนี้เริ่มมีผู้นำทางการพยาบาลพยายามสร้างศาสตร์การพยาบาลให้มีความชัดเจน และเริ่มมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาจนมีศาสตร์ของการพยาบาลขึ้น ซึ่งเป็นผลจากความพยายามของกลุ่มนักวิชาการพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ตระหนักถึงความจำเป็นของการพัฒนาวิชาชีพให้ทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นๆ และต้องการช่วยเหลือให้วิชาชีพพยาบาลมีหลักในการปฏิบัติงานที่มีระบบระเบียบ

จากการศึกษาวิวัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงปัจจุบันพอสรุปได้เป็น 4 ระยะเวลา กล่าวคือ

1. ระยะก่อนปี ค.ศ. 1960

ในยุคนี้เป็นยุคในการพัฒนาความต่อเนื่องจากงานเขียนและการทำงานของ Florence Nightingale โดยมีการเริ่มมีการพัฒนาพื้นฐานของทฤษฎีจากแนวคิดของ จิตวิทยา สังคมศาสตร์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มนุษยศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มีการทำวิจัยทางการพยาบาลและมีวารสารวิจัยการพยาบาลเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1952 ซึ่งนับได้ว่าวิชาชีพพยาบาลยังไม่ได้มีศาสตร์ที่เป็นของตนเอง อย่างไรก็ตามพอที่จะกล่าวได้ว่า แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้เฉพาะสาขาของวิชาชีพพยาบาล (a unique nursing body of knowledge) ได้เริ่มตั้งแต่สมัยของ Florence Nightingale ซึ่งถือว่าเป็นผู้ริเริ่มการพยาบาลแผนใหม่ (Modern nursing) และเป็นผู้ที่กล่าวอย่างชัดเจนว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีวิชาการที่แตกต่างไปจากวิชาการของแพทย์ พยาบาลต้องศึกษาเรื่องของพยาบาลเพื่อสามารถให้การบริการแก่ผู้ป่วยในบทบาทที่แตกต่างไปจากแพทย์ผู้ให้การรักษา

แนวคิดของ Florence Nightingale เกี่ยวกับความรู้เฉพาะสาขากการพยาบาล พอสรุปได้ว่า เป็นความรู้ซึ่งได้มาจากการสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการหายจากโรค (Reparative process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงบทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายจากโรค แม้ว่าจะได้มีการพยายามพิสูจน์และแสดงให้เห็นว่า วิชาชีพพยาบาลมีเนื้อหาสาระที่เป็นความรู้เฉพาะของวิชาชีพและเป็นศาสตร์ทางวิทยาศาสตร์มาตั้งแต่สมัยของ Nightingale ก็ตาม ก็มิได้มีการยอมรับและกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายนัก ความสนใจในเรื่องของการค้นคว้าความรู้เฉพาะสาขากการพยาบาลหรือทฤษฎีการพยาบาลมีการตื่นตัวและได้รับการกล่าวถึงอย่างจริงจัง ซึ่งในยุคนี้มีนักทฤษฎีเกิดขึ้นหลายคน อาทิ Peplaul, Henderson, Hall

2. ระยะปี ค.ศ. 1966-1970

ในยุคนี้เป็นยุคของการพัฒนาทฤษฎีซึ่งถือเป็นจุดมุ่งหมายหลักของนักทฤษฎีทั้งหลาย โดยมีแนวคิดในช่วงแรกที่มีทิศทางการพยาบาลมุ่งไปที่สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แนวคิดทางการพยาบาลจิตเวชที่กว้างขวางทำให้พยาบาลให้ความสำคัญทางจิตใจของบุคคลมากขึ้น มีผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาลหลายท่านได้พยายามกำหนดกรอบทฤษฎีการพยาบาลว่าควรเป็นทฤษฎีพื้นฐาน และเน้นทฤษฎีในระดับพรรณนาหรือระดับสังเกตุ โดยมีข้อสรุปเกี่ยวกับทฤษฎีว่า การพยาบาลต้องมีทฤษฎีเป็นหลักในการปฏิบัติ พยาบาลสามารถสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการเกิดทฤษฎีตามการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่ง Faye Abdallah ได้พัฒนาทฤษฎีทางทฤษฎีการพยาบาล 21 ปัญหาที่อยู่บนพื้นฐานความต้องการด้านกายภาพ ชีวภาพ และจิตสังคม และในปี ค.ศ. 1961 Jean Orlando ได้สร้างทฤษฎีทางการพยาบาลชื่อ Nursing Process Theory ซึ่งมีหลักการเน้นไปที่การปฏิบัติการพยาบาลและสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 1964 Lydia Hall ได้เสนอแนวคิด Core Care and Cure Theory ที่กล่าวถึงปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วย ร่างกายและโรค ในปี ค.ศ. 1968 Virginia Henderson ได้พัฒนาความหมายการพยาบาลและได้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานการพยาบาล 14 องค์ประกอบ และในปีเดียวกันนี้ การศึกษาของ Dickoff & James เรื่องทฤษฎีของทฤษฎี (Theory

of theories) มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบและโครงสร้างของทฤษฎีการพยาบาล โดยทั้งสองท่านได้แสดงความคิดเห็นว่า ทฤษฎีการพยาบาลต้องเป็นทฤษฎีในระดับสูงสุดคือ เป็นทฤษฎีในระดับสร้างสถานการณ์ (Situation – producing theory) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่นอกจากจะบอก อธิบาย หรือ คาดคะเนสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาลแล้วยังต้องบอกแนวปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อีกด้วย

ในยุคนี้สมาคมพยาบาลอเมริกันได้มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพยาบาลที่ชัดเจนคือ มุ่งที่จะพัฒนาทฤษฎีและมีการสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดการศึกษาถึงระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลที่เน้นการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ยุคนี้มีนักทฤษฎีการพยาบาลเสนอทฤษฎีการพยาบาลในลักษณะของแบบจำลองในทศน์ ซึ่งนับว่าเป็นทฤษฎีระดับกว้าง อาทิเช่น Wiedenback, Imogene King, Martha E Rogers

3. ระยะเวลาปี ค.ศ. 1971-1980

ในยุคนี้เป็นยุคกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของทฤษฎีให้ชัดเจน ตลอดจนแนวทางการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี มีการกำหนดให้หลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาลทุกแห่งจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลรองรับ หรือเป็นกรอบแนวคิดและมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มีการตีพิมพ์เผยแพร่ตำรา วารสารเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลมากขึ้น ถือว่าในยุคนี้มีความตื่นตัวมากที่สุดและมีองค์ทางวิชาชีพให้การสนับสนุนคือสภาการพยาบาล มีการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ในยุคนี้ได้มีนักทฤษฎีการพยาบาลเป็นจำนวนมากและมีการเผยแพร่ผลงานพร้อมทั้งมีการนำไปสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของ Sister Callista Roy ในปีค.ศ.1976 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea E. Oram ในปีค.ศ.1971 ทฤษฎีระบบของ Betty Newman ในปีค.ศ.1974) และทฤษฎีระบบพฤติกรรมของ Johnson ในปีค.ศ.1975 เป็นต้น

ทฤษฎีการพยาบาลดังกล่าวแสดงถึงความพยายามในการเลือกสรรเอาความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่มีอยู่แล้วนั้นมาผสมผสานเพื่อใช้อธิบายสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาล และสามารถนำไปเป็นหลักในการให้การพยาบาลที่สมบูรณ์และมีคุณภาพแก่บุคคล ทฤษฎีการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นมาในระยษนี้โดยทั่วไปแล้วถูกสร้างขึ้นในรูปของโครงสร้างโมโนทศน์ (Conceptual framework of model) โมโนทศน์หรือกระบวนทศน์ที่สำคัญที่ประกอบขึ้นเป็นทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ ได้แก่ โมโนทศน์เกี่ยวกับมนุษย์ (man) สิ่งแวดล้อม (Environment) ภาวะสุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ดังนั้นทฤษฎีการพยาบาลจะช่วยบอกและอธิบายความสัมพันธ์ของโมโนทศน์ทั้ง 4 เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์พยาบาลที่ประกอบขึ้นด้วยมนุษย์โดยทั่วไปในยามปกติ และยามที่เจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพอนามัยและบอกถึงเป้าหมายของการช่วยเหลือบุคคลรวมทั้งวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงศักยภาพของความเป็นบุคคลโดยสมบูรณ์และนั่นก็หมายถึงคุณค่าและบทบาทของพยาบาลที่เด่นชัดในสายตาของสังคมอันเป็นความภาคภูมิใจของวิชาชีพอย่างแท้จริง

4. ระยะเวลาปี ค.ศ. 1981 - ปัจจุบัน

ในยุคนี้เป็นยุคของการพัฒนาและขยายทฤษฎีทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถนำไปเป็นหลักในการปฏิบัติได้อย่างกว้างขวาง โดยในระยะแรกเน้นที่การนำเอาทฤษฎีต่างๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาแล้วมาทดลองปฏิบัติ และพิสูจน์ข้อเท็จจริงตามข้อสมมุติฐานที่แต่ละทฤษฎีบ่งบอกไว้ และมีการเผยแพร่ผลการทดลองและทดสอบกันอย่างแพร่หลาย ทำให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลอย่างกว้างขวางไปในกลุ่มวิชาชีพ

ทั่วโลกจนได้รับการยอมรับ และมีภาวะวิเคราะหวิจารณ์ทฤษฎีที่ใช้ทั้งในการวิจัยและการศึกษารวมทั้งการบริหารการพยาบาล ในระยะต่อมาได้มีความพยายามที่จะพัฒนาทฤษฎีขึ้นมาใหม่ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้มีความก้าวหน้าและเป็นตัวสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางการพยาบาล ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 24 แสดงพัฒนาการของทฤษฎีการพยาบาล

ปี ค. ศ.	ชื่อทฤษฎี / แนวคิด	ผู้คิดทฤษฎี
1859- 1860	Environmental Theory	Florence Nightingale
1952	Interpersonal Relations in Nursing	Hildegard Peplau
1955	Principles and Practice of Nursing	Virginia Henderson
1960	Patient – Centered Approaches to Nursing	Faye Abdellah
1961	Nursing Process Theory	Ida Jean Orlando
1964	Core , Care and Cure Theory	Lydia E. Hall
1970	Science of Unitary Human Being	Martha E. Rogers
1971	Self Care deficit Theory	Dorothea E. Orem
1971	Theory of Goal Attainment	Imogene M. King
1974	Roy's Adaptation Theory	Sister Callista Roy
1978	Theory of Transcultural Nursing	Madeleine Leininger
1978	Watson's Science of Caring	Jean Watson
1980	Behavioral System Model	Dorothy E. Johnson
1980	System	Betty Neuman

ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพ

ทฤษฎีการพยาบาลเป็นองค์ความรู้เฉพาะทางการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ความจำเป็นของทฤษฎีการพยาบาลต่อวิชาชีพมีผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความต้องการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการจากความต้องการบริการด้านปริมาณเป็นความต้องการด้านคุณภาพมากขึ้น ทำให้วิชาชีพการพยาบาลพยายามที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแต่เดิมนั้นส่วนใหญ่ยังยึดถือแนวความคิดทางด้านการรักษาเป็นแกน ทำให้ลักษณะของการบริการขาดเอกภาพของวิชาชีพไป

ความพยายามที่จะเสริมสร้างเอกภาพและความเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบทำให้เกิดการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลขึ้น ทั้งนี้ทฤษฎีการพยาบาลจะช่วยให้วิชาชีพมีองค์ความรู้ และเนื้อหาสาระที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะ

ของตนเอง แสดงถึงการใช้ความสามารถทางสติปัญญาและการตัดสินใจที่ดีในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความรับผิดชอบในวิชาชีพเป็นหลัก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีทางการพยาบาลมีความจำเป็นต่อวิชาชีพในประเด็นต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยให้วิชาชีพเป็นวิทยาศาสตร์อย่างสมบูรณ์ ซึ่งลักษณะการเป็นวิทยาศาสตร์นั้น ต้องมีแนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์มีความรู้เฉพาะที่ถูกสร้างขึ้น โดยวิธีทางวิทยาศาสตร์และมีการนำเอาความรู้หรือแนวความคิดดังกล่าวไปปฏิบัติทดสอบหรือพิสูจน์และสามารถประเมินผลการปฏิบัติได้
2. ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยให้การพยาบาลมุ่งให้การพยาบาลคนทั้งคน (Holistic care) และมีเป้าหมายของการพยาบาลเด่นชัดยิ่งขึ้น มีผลทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด
3. ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยกำหนดบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้พยาบาลทุกคนสามารถอธิบายสถานการณ์ที่เรียกว่าการพยาบาลเด่นชัดยิ่งขึ้น ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากที่สุด
4. ทฤษฎีการพยาบาล ช่วยในการจัดระบบโครงสร้างการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ การศึกษา และการวิจัย
5. ทฤษฎีการพยาบาลเพิ่มความเอกสิทธิ์ของวิชาชีพโดยการกำหนดขอบเขตของหน้าที่เป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาล

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น พอที่จะกล่าวได้ว่าการพัฒนาและการสร้างทฤษฎีการพยาบาลนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะการพัฒนาองค์ความรู้และการจัดระบบความรู้ทางการพยาบาลนั้นต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพ ทำให้วิชาชีพมีความเป็นเหตุเป็นผล สามารถพิสูจน์ได้จริงและนำมาใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ

แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดการดูแล

ทฤษฎีการพยาบาลแบบเอื้ออาทร หรือทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Theory of Human Caring)

ประวัติโดยย่อ

ดร.เจิน Watson (Jean Watson) พัฒนาทฤษฎีขึ้นในช่วง ค.ศ. 1975-1979 Watsonได้รับปริญญาทางการพยาบาล ปริญญาโททางการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และปริญญาเอกทางจิตวิทยาการศึกษา Watson มีความเชื่อว่ารากฐานการพยาบาลมีประวัติความเกี่ยวข้องกับมนุษยธรรมนิยม จึงได้เสนอทฤษฎีการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของทฤษฎีนี้เป็นประโยชน์ต่อการสร้างองค์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล แนวคิดของ Watsonได้รับอิทธิพลจากปรัชญาตะวันออก และจากผลงานของนักปรัชญา และนักจิตวิทยาตะวันตก เช่น Carl Roger

เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์คือ ใ้บุคคลมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการดูแลเยียวยาตนเอง การดูแลตามแนวคิดของ Watson เป็นอุดมคติหรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของกาย-จิตใจ-จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal Caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดี และเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (Coparticipant) กระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption related to Human Caring Values in Nursing)

Watson กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับคุณค่าการดูแลมนุษย์ในการพยาบาลไว้ 11 ประการ (Watson, 1988) ได้แก่

1. การดูแลและความรักเป็นพลังสากล
2. มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตแต่ก็มักละเลยที่จะประพฤติปฏิบัติต่อกัน จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มากขึ้น เพื่อจะได้อยู่ร่วมกันอย่างมีอารยธรรม
3. การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแล การรักษาไว้ซึ่งค่านิยมนี้มีผลต่อพัฒนาความมีอารยธรรมของมวลมนุษย์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของวิชาชีพต่อสังคม
4. ก่อนให้การดูแลบุคคลอื่น เราต้องตั้งเจตนาดูแลตนเองด้วยความสุภาพอ่อนโยน และรักษา ศักดิ์ศรีของตนเองเราจึงจะสามารถเคารพและให้การดูแลผู้อื่นด้วยความสุภาพอ่อนโยนและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น
5. การพยาบาลต้องยึดถือการดูแลความเป็นมนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย
6. การดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล และเป็นจุดเน้นในการปฏิบัติการพยาบาล
7. การดูแลเชิงมนุษยนิยมไม่ว่ารายบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ได้รับความสนใจจากระบบ

บริการสุขภาพน้อยลง

8. ค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลถูกบังคับไว้ เนื่องจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ค่านิยม/อุดมคติการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์จึงอยู่ในภาวะวิกฤต

9. การอนุรักษ์ไว้ และการศึกษาเรื่องการดูแลมนุษย์ให้มีความก้าวหน้า เป็นประเด็นสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

10. การดูแลมนุษย์ทำได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเท่านั้น จึงเป็นการสอนให้ค้นพบความเป็นมนุษย์

11. ประโยชน์ของวิชาชีพการพยาบาลต่อสังคมโดยรวมอยู่ที่การยึดมั่นในอุดมการณ์การดูแลเชิงมนุษยนิยมทั้งด้านทฤษฎี การปฏิบัติ และการวิจัย

มโนคติหลักเกี่ยวกับทฤษฎี

บุคคล (Person) Watson อธิบายว่าบุคคลเป็นเหมือน "Locus of human existence" คือ สภาพของมนุษย์และมุมมองของแต่ละบุคคลจะอ้างถึง ภาวะจิต ว่าสามารถเกิดได้จากร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (More, 1990; 1991) และบุคคล คือ สิ่งที่เกิดขึ้นมาหรือคงอยู่ในโลกนี้ "Being in the world" กำเนิดขึ้นมาในโลกพร้อมด้วยศักยภาพ ความชำนาญและการได้รับการยอมรับ ซึ่ง Watson ได้เน้นให้เห็นอย่างชัดเจนในความเป็นบุคคลรวมถึงจิตใจของมนุษย์ ในลักษณะที่เป็นสาระสำคัญของภาวะจิต คือ การกำเนิดของมนุษย์ที่สามารถติดต่อกับสิ่งทีนอกเหนือธรรมชาติในทุกสถานะไม่ว่าจะเป็นทั้งกาล เวลาและสถานที่ Watson เชื่อว่าพื้นฐานพลังอำนาจภายในบุคคลมีส่วนช่วยให้เกิดการหายเจ็บป่วยและการอาศัยพลังจากสิ่งทีนอกเหนือธรรมชาติในสภาวะของจิตวิญญาณ ถ้าหากว่าบุคคลมีความตระหนักในตนเองแล้ว เราจะให้ความหมายได้ว่า บุคคลนั้นจะสามารถกลายเป็นผู้ที่มิจิตสำนึกระดับสูงขึ้นได้

สุขภาพ (Health) Watson มีความเชื่อว่า สุขภาพ คือ ประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคลที่รวมทั้งด้านร่างกาย ด้านสุนทรีย์ (Esthetic) และขอบเขตของศีลธรรม (Moral domains) ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของสุขภาพ ความเป็นหนึ่งเดียวและความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ที่มีความเท่าเทียมกันในภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพถูกกำหนดให้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความสอดคล้องระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือตนเองกับธรรมชาติ และที่เพิ่มเติมคือ ภาวะสุขภาพจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับระดับของความสอดคล้องระหว่างตนเองที่เป็น การรับรู้กับตนเองที่เป็นประสบการณ์ของตนเอง

บุคคลนั้นอาจจะเกิดความเจ็บป่วยได้เมื่อมีความไม่สอดคล้องระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วยนั้นจะไม่ได้เป็นโรค แต่เมื่อคนมีประสบการณ์หรือตัวบุคคลเคยได้รับความยุ่งยากหรือได้รับความทรมาณหรือเมื่อไหร่ก็ตามที่จิตวิญญาณมีปัญหา และมีความทุกข์ซึ่งเป็นการขาดความสอดคล้องภายในตนเอง ผู้อื่นและธรรมชาติแล้ว บุคคลนั้นจะเกิดความเจ็บป่วยและเป็นโรคได้

สิ่งแวดล้อม (Environment) Watson ไม่ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมไว้อย่างชัดเจน แต่สิ่งแวดล้อมเป็นคำที่ Watson ใช้ในปัจจัยการดูแลข้อที่ 8 ที่กล่าวว่า "supportive protective, and/or corrective mental, physical protective, and/or corrective mental" ซึ่ง Watson ได้อธิบายว่า เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพสังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการ

รับรู้และพัฒนาของบุคคลที่อาศัยอยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

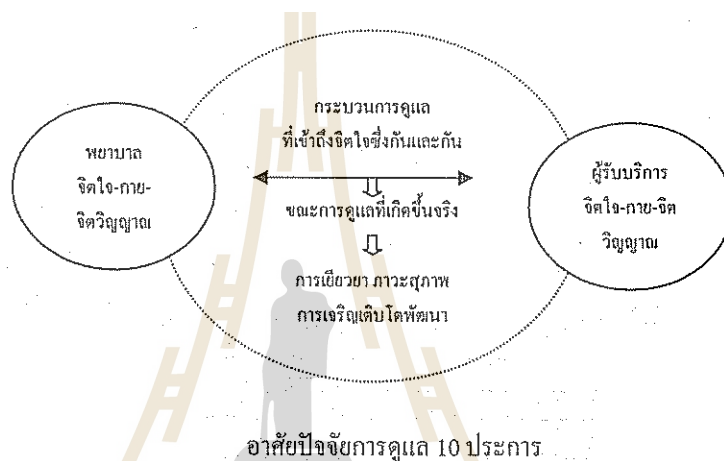
การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มดุลยภาพในตนเอง เกิดความรู้ในตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

การดูแลตามแนวคิดนี้เป็นคุณธรรมของการพยาบาลเพื่อปกป้อง ส่งเสริมและพิทักษ์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้นจุดมุ่งหมายของกิจกรรมการพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้รับบริการได้รับความสำคัญทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณอย่างกลมกลืนกัน ซึ่งเป็นการกระทำที่สื่อถึงการติดต่อระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ โดยให้ความหมายกับประสบการณ์ชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเจ็บป่วยของตนเอง และการพยาบาลยังคงคาดหวังว่า ความกลมกลืนกันระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณจะช่วยให้เกิดการผลิตความรู้ของตนเอง มีความเคารพในตนเอง มีการดูแลตนเองให้หายป่วยและการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตาม กระบวนการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงบุคคลจะเป็นจุดมุ่งหมายของการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ พยาบาลต้องใช้ความพยายามในการหาปัจจัยการดูแลเพื่อให้เกิดการป้องกัน การแสวงหาโอกาสและการยอมรับความเป็นมนุษย์เพื่อที่จะหาความหมายของการช่วยเหลือของบุคคล ความเจ็บป่วย การได้รับความทรมานและการดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้อื่นได้รับความรู้เพิ่มเติม ได้รับการควบคุมและการดูแลตนเองให้หายป่วย จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรพิจารณาจากความต้องการภายในตัวบุคคลมากกว่าการกลับไปคิดถึงสถานการณ์ภายนอกที่มากกระทบ

กรอบมโนทัศน์การดูแลมนุษย์ของWatson

การดูแลเป็นอุดมคติเชิงคุณธรรมที่ยึดมั่นในพยาบาล
 การปฏิบัติการดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล
 เป้าหมายของการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเพิ่มระดับคุณภาพ และ
 ความกลมกลืนระหว่าง กาย-จิตใจ-จิตวิญญาณ ในการก่อให้เกิดความรู้ใน
 ตนเองการยกย่องนับถือตนเอง และกระบวนการดูแลเชี่ยวชาญตนเอง



ภาพที่ 12 กรอบมโนทัศน์การดูแลมนุษย์ของ Watson

มโนทัศน์หลักของทฤษฎี

1. การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal caring) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคลมิได้เป็นเพียงการพบสัมผัสกันในเวลาหนึ่งเท่านั้น หากแต่เป็นประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบเจอกันจริงในช่วงเวลาที่เกิดขึ้น

ผู้รับการดูแลและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน จิตวิญญาณหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (A spiritual union occurs between the two persons) อันจะทำให้ค้นพบพลังภายในตนเองและการควบคุมตนจากภายในตน โดยต่างก็สามารถอยู่เหนือตนเอง เวลา สถานที่ ภูมิภาคหลังของกันและกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า พยาบาลเข้าไปสู่สนามปรากฏการณ์ของผู้อื่น และผู้อื่นก็เข้ามาในประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้รับการดูแล

การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นจะเกี่ยวข้องกับความเป็นตัวตนของบุคคลและลักษณะต่างๆในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ตัวตน (Self) บุคคลมีตัวตนทั้งลักษณะที่เป็นอยู่จริง (Self as it is) และตัวตนในอุดมคติ (Ideal Self) ที่บุคคลอยากจะเป็น รวมทั้งมีตัวตนสูงสุดคือ จิตวิญญาณ (Spiritual self) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดความตระหนัก ความรู้สึกสำนึกขั้นสูง เป็นพลังภายในที่จะทำให้บุคคลอยู่เหนือตัวตนปกติได้

1.2 สนามปรากฏการณ์ (Phenomena field) หมายถึงภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน เรียกว่า สนามปรากฏการณ์ของชีวิต ซึ่งบุคคลใช้เป็นกรอบอ้างอิงและให้ความหมายต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ทั้งในอดีตปัจจุบัน และอนาคตตามการรับรู้และประสบการณ์

1.3 การดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual caring occasion) เป็นการดูแลขณะเวลาที่พยาบาลผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลรับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่จะมาปฏิสัมพันธ์ต่อกันในช่วงขณะนั้นๆ เลือกปฏิบัติหรือกระทำสิ่งที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งนับเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (co-participant) ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการเป็นผลให้บุคคลดูแลเยียวยาตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

2. ปัจจัยการดูแล (Carative factors) เป็นปัจจัยที่เป็นตัวเชื่อมต่อ ตามแนวคิดของWatsonอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้ (George, 2002)

2.1 ระบบคุณค่าการสร้างประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ (Humanistic altruistic System of values) การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าสากล คือ คุณค่าของความเป็นมนุษย์ และคุณค่าการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น คุณค่าของมนุษย์ได้แก่ ความเมตตา ความห่วงใย ความเห็นใจ ความรักต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนคุณค่าการเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น คือ ความมุ่งมั่นและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการให้คุณค่าเหล่านี้ส่งเสริมจริยธรรมการดูแลเชิงวิชาชีพ

2.2 ความศรัทธาและความหวัง (Faith-hope) การสร้างความเชื่อ และสิ่งที่มีความหมายต่อผู้รับบริการเพื่อจะช่วยเหลือและคงไว้ซึ่งสุขภาพ พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความศรัทธาและความหวังในสิ่งที่คุณรับบริการยึดมั่น รวมทั้งความศรัทธาต่อแผนการรักษาพยาบาลและความสามารถของพยาบาล

2.3 ความไวต่อความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่น (Sensitivity of self and others) การสร้างความไวต่อความรู้สึกต่อตนเอง ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกของตน และเกิดการยอมรับตนเองและบุคคลอื่น การสร้างความไวต่อความรู้สึกนี้ ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

2.4 การสร้างสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ (Helping-trusting human caring relationship) การสร้างสัมพันธ์ภาพการดูแลช่วยเหลือ เป็นแกนหลักของการดูแลสุขภาพ การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการนั้นทั้งพยาบาล และผู้รับบริการสามารถเข้าสู่ประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธ์ภาพนี้จึงอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.5 การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (Expressing positive and negative feelings) ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมกระทำของบุคคล จึงควรต้องพิจารณาความรู้สึกทั้งทางบวกและลบในกระบวนการดูแล การยอมรับตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยเหลือให้เกิดการเยียวยา (Healing) และการค้นหาความหมายของการเป็นอยู่ของชีวิต

2.6 การให้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล (Creative problem-solving caring process) ในกระบวนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาพ การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ

และการประเมินผล พยาบาลใช้พลังงานและความรู้ทุกหมวด ได้แก่ วิทยาศาสตร์ สุนทรียศาสตร์ จริยศาสตร์ โดยการจินตนาการและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ ในแต่ละสถานการณ์

2.7 การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal teaching and learning) พยาบาลและผู้รับบริการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการเรียนการสอน พยาบาลต้องมีความสามารถที่จะเข้าถึงการรับรู้ ความรู้สึก และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอน ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ

2.8 การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal and spiritual environment) การดูแลเอาใจใส่และให้การประคับประคองสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นการส่งเสริมอัตโนมัติที่ดีและเพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพและการเยียวยา

2.9 การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Human needs assistance) ในกรณีชีวิตอยู่บุคคลมีความต้องการทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม และพัฒนาจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองความต้องการช่วยให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการ พยาบาลจะชี้แนะให้ผู้รับบริการแต่ละบุคคลได้พิจารณา ค้นหาความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับเขา และช่วยเหลือให้เขาได้บรรลุความต้องการ

2.10 การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ (Existential phenomenological-spiritual forces) จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลค้นพบคุณค่าความหมายและเป้าหมายของชีวิต จิตวิญญาณของบุคคลจะมีการพัฒนาตามประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อความศรัทธาในศาสนา พยาบาลสามารถช่วยให้บุคคลได้สะท้อนคิดเพื่อค้นพบพลังภายในที่จะ ทำให้เกิดความเข้าใจสัจธรรมของชีวิต ให้ความหมายต่อสภาวะของชีวิตทั้งยามเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี ทั้งนี้พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีการพัฒนามิตติจิตวิญญาณของตนเองอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Watson สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ดังนี้

ขั้นประเมินสภาพ (Assessment) โดยที่มีการประเมินสภาพผู้รับบริการจากความต้องการ 4 ระดับตามแนวคิดของ Watson คือ ความต้องการด้านกายภาพและชีวภาพ (Biophysical needs) ความต้องการด้านกายและจิตใจ (Psycho-physical needs) ความต้องการด้านจิตสังคม (Psycho-social needs) และความต้องการการพัฒนากายในตน (Intrapersonal needs) ซึ่งความต้องการนี้ Watson ประยุกต์ตามแนวคิดของ Maslow (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.7) ประเมินสภาพร่างกายและการตรวจทางห้องทดลอง ในการประเมินความต้องการจะประเมินตามทักษะของผู้รับบริการว่าเขารับรู้ปัญหาตามความต้องการ แต่ละระดับอย่างไร

ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหาในกรอบความต้องการทั้ง 4 ระดับที่ได้จากข้อมูลการรับรู้ของผู้รับบริการและจากการประเมินสภาพร่างกายและการตรวจทางห้องทดลอง การเขียนข้อวินิจฉัยเป็นการระบุปัญหาที่เกิดเนื่องจากการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการรวมทั้งระบุสาเหตุ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งปัญหาจะเลือกใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ ที่เหมาะสมในการแก้ไข

ตารางที่ 25 ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม

วัน เดือน ปี เวลา

สถานการณ์การพยาบาล

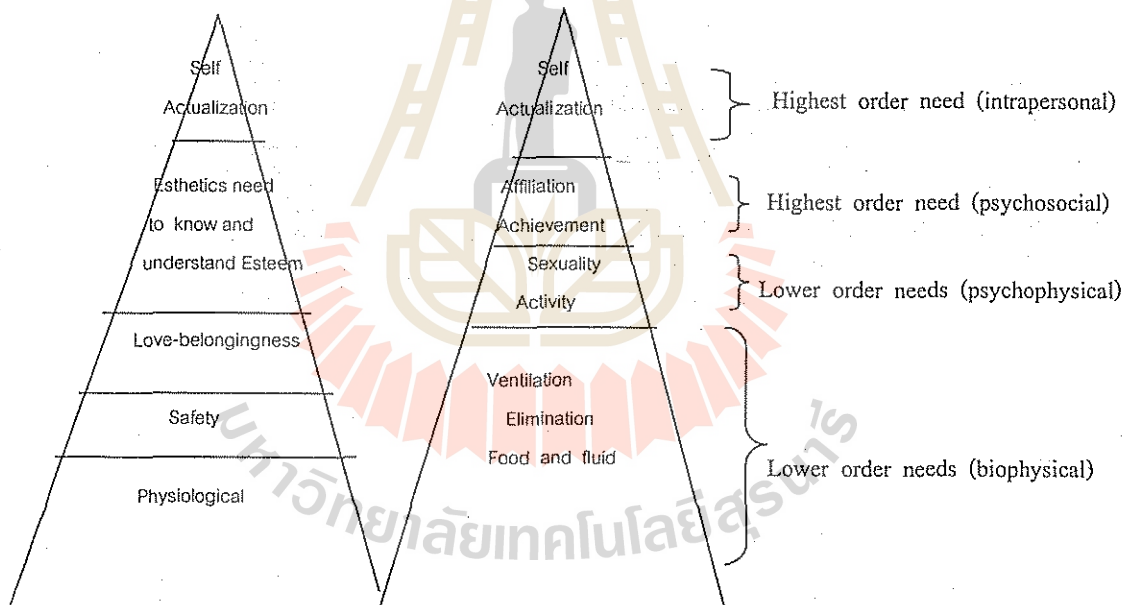
ข้อมูลสำคัญ	การวินิจฉัยปัญหา/ ความต้องการดูแล	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การ ประเมิน	ปฏิสัมพันธ์การดูแลเอาใจใส่ พยาบาล-ผู้รับบริการ	การประเมินผล
ระดับความต้องการที่ตรวจพบ ตามการรับรู้ของผู้รับบริการในแต่ละ ระดับ การรับรู้ของพยาบาลในความ ต้องการของผู้รับบริการ ข้อมูลประเมินสภาพร่างกายและ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ	วินิจฉัยปัญหาในกรอบความ ต้องการทั้ง 4 ระดับ ระบุปัญหาที่เกิดเนื่องจากการไม่ได้ รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งระบุสาเหตุ	- ระบุข้อตกลงร่วมกันในการ กำหนดเป้าหมาย	- ระบุปัจจัยการดูแลที่ใช้ - ระบุการรับรู้ การกระทำ/ พฤติกรรมของพยาบาล - ระบุการรับรู้ การกระทำ/ พฤติกรรมของผู้รับบริการ	- ประเมินหลังปฏิบัติทันที
ต้องการลดความเจ็บปวด อยากร ให้หายเร็วขึ้น Pain scale = 8 Abdomen mild tenderness X-ray : gut obstruction	ไม่สุขสบายปวดท้องเนื่องจากการ อุดตันของลำไส้	บรรเทาปวด	- จัดทำนอนให้เหมาะสม โดย พิจารณาร่วมกับผู้รับบริการ - สอนเทคนิคการผ่อนคลายโดยใช้ หลัก breathing exercise - ให้อาบบรรเทาปวด เมื่อระดับปวด มากกว่า 5	เกณฑ์ : ระดับปวด = 4 มีสีหน้าสดชื่น นอนพักได้มากขึ้น

แต่ละปัญหา และในแต่ละปัญหาอาจใช้ปัจจัยการดูแลหลายปัจจัยก็เป็นได้ ทาเลนโต (Talento, 1995) ได้แสดงตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ โดยผ่านกระบวนการพยาบาล

ขั้นวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) การวางแผนการพยาบาลจะวางแผนร่วมกับผู้รับบริการ โดยมีการตกลงในจุดมุ่งหมายร่วมกัน และกำหนดกิจกรรมซึ่งการที่จะได้กิจกรรมที่เหมาะสมและเกิดการมีส่วนร่วมได้นั้น จะต้องมีการนำแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการมาเลือกใช้

ขั้นปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การปฏิบัติการที่จะให้ได้ตามแผนนั้นพยาบาลต้องใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดขึ้นซึ่งกันและกัน และเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

ขั้นประเมินผล (Evaluation) การประเมินจะดำเนินการหลังการปฏิบัติการพยาบาลโดยประเมินตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินเป็นตัวตัดสินว่าบรรลุจุดมุ่งหมายมากน้อยเพียงใด การประเมินผลนั้นผู้รับบริการมีส่วนในการประเมินและร่วมรับรู้ด้วยเสมอ แล้วนำผลที่ได้นั้นมาทบทวนและวางแผนต่อไป



Maslow's hierarchy of Human needs

Hierarchy of human needs of caring

ภาพที่ 13

แสดงระดับความต้องการของบุคคลตามแนวคิดของ Watson

เนื่องจากกระบวนการดูแลตามกรอบทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่เข้าถึงความรู้สึกหรือมีการสัมผัสจิตใจกัน ดังนั้นทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะเน้นความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

**แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดระบบ
ทฤษฎีระบบของนิวแมน
(Neuman System Model)**

ประวัติโดยย่อ

Betty Neuman เกิดที่รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีค.ศ.1974 Neuman สำเร็จการศึกษาพยาบาลในหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลฟิเฟิล รัฐโอไฮโอ ต่อมาในปีค.ศ. 1957 ได้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลสาธารณสุขและในปีค.ศ.1966 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาด้านสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส ต่อมาในปี 1985 ได้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกหลักสูตรจิตวิทยาคลินิกจากมหาวิทยาลัยแปซิฟิกเวสต์เทิร์น รัฐแคลิฟอร์เนีย นอกจากนี้ในปีค.ศ.1998 ท่านยังได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัยแกรนด์วาลีย์ สเตท รัฐมิชิแกนอีกด้วย

Neuman ได้ทำงานหลายแห่งในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน และโรงงานอุตสาหกรรมและเป็นผู้สอนในคลินิก หลังจากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ท่านได้ทำงานในคลินิกส่วนตัวและหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกท่านได้ทำงานในตำแหน่งประธานหลักสูตรปริญญาโทด้านสุขภาพจิตและการให้การศึกษาสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิสและได้พัฒนาหลักสูตรหลังปริญญาโทด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ต่อมาได้สอนในระดับปริญญาโทหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน และในปีค.ศ.1970 Neuman ได้พัฒนาแนวคิดองค์รวมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสอนนักศึกษาปริญญาโท หลังจากเกษียณอายุการทำงานที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย Neuman ได้ทำงานที่มหาวิทยาลัยโอไฮโอ ในตำแหน่งที่ปรึกษาด้านหลักสูตรในปีค.ศ.1978 และเป็นประธานหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องในปีค.ศ.1979 และตั้งแต่ในปีค.ศ.1981 จนถึงปัจจุบันทำงานเป็นที่ปรึกษาการใช้ทฤษฎีระบบของ Neuman

Neuman ได้พัฒนาแนวคิดองค์รวมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสอนนักศึกษาปริญญาโทให้มองผู้ป่วยแบบองค์รวมขึ้นในปีค.ศ.1970 และได้ตีพิมพ์แนวคิดนี้ในหัวข้อเรื่อง A Model for Teaching Total Person Approach to patient problems ในวารสาร Nursing Research ในปีค.ศ.1972 ต่อมาได้พัฒนาเป็น The Betty Neuman Health Care System Model: A Total Approach to patient problems และตีพิมพ์ในตำราชื่อ Concept Models in Nursing และต่อมาเปลี่ยนชื่อแนวคิดนี้เป็น Neuman System Model และตีพิมพ์ตำราครั้งแรกในปีค.ศ.1982 และต่อมาได้ขยายความเกี่ยวกับโมเดลด้านจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมในปี ค.ศ.2002

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

Neuman (2002) ได้ให้ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีระบบของ Neuman ไว้ ดังนี้

1. แม้ว่าผู้รับบริการแต่ละคนหรือกลุ่มในฐานะระบบของผู้รับบริการจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตน ระบบแต่ละระบบจะประกอบด้วยปัจจัยร่วม หรือลักษณะภายในซึ่งมีขอบเขตปกติของการตอบสนองอยู่ในโครงสร้างพื้นฐานเดียวกัน

2. สิ่งรบกวนชีวิตของคนทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก ปรากฏอยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป สิ่งรบกวนชีวิตดังกล่าวแล้ว แต่ละอย่างมีความสามารถแตกต่างกันในการรบกวนระดับสมดุลของคนหรือแนวการป้องกันตัวปกติของคน ความสัมพันธ์อันจำเพาะระหว่างตัวแปรต่างๆของคน ได้แก่ ตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะมีผลต่อระดับความสามารถในการป้องกันสิ่งรบกวนชีวิต ของแนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัวของคน

3. เมื่อเวลาผ่านไปผู้รับบริการแต่ละคน ระบบของผู้รับบริการ จะพัฒนาขอบเขต ปกติของการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมขึ้น ซึ่งเรียกว่า แนวการป้องกันปกติ หรือ ภาวะปกติสุข/ ภาวะสมดุลของคนนั่นเอง

4. เมื่อแนวยึดหยุ่น ของการป้องกันตัวของผู้รับบริการ ไม่สามารถป้องกันสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อมไว้ได้ สิ่งรบกวนชีวิตก็จะผ่านแนวการป้องกันตัวปกติเข้ามา ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ จะตัดลินธรรมชาติและความรุนแรงของปฏิกิริยาโต้ตอบของระบบ หรือปฏิกิริยาโต้ตอบ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อสิ่งรบกวน

5. ผู้รับบริการไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม จะประกอบไปด้วยปฏิสัมพันธ์แบบพลวัตของตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ภาวะปกติสุขนั้นจะขึ้นอยู่กับที่ได้รับพลังงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการทำงาน ของระบบให้อยู่ในภาวะ

6. ในแต่ละระบบของผู้รับบริการ จะมีปัจจัยการต่อต้านภายใน ซึ่งเรียกว่า แนวการต่อต้าน ซึ่งจะทำหน้าที่ในการรักษาภาวะสมดุลของระบบและปรับเข้าสู่ภาวะปกติสุข (แนวการป้องกันตัวปกติ) หรือเข้าสู่ภาวะสมดุล ในระดับสูง ภายหลังจากได้ตอบสนองต่อสิ่งรบกวน

7. การป้องกันปฐมภูมิ สัมพันธ์กับความรู้ทั่วไป ซึ่งใช้ในการประเมินสภาพผู้รับบริการ และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดหรือจำกัด ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อป้องกันปฏิกิริยาตอบโต้ที่อาจจะเกิดขึ้น

8. การป้องกันทุติยภูมิ สัมพันธ์กับอาการแสดงจากปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต การจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล และการรักษาเพื่อลดผลเสียที่เกิดขึ้น

9. การป้องกันระยะตติยภูมิ สัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัว ซึ่งเกิดขึ้นขณะที่มีการปรุงแต่งขึ้นใหม่ ช่วยให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่ภาวะปกติสุขและการป้องกันปฐมภูมิอีกครั้งหนึ่ง

10. ผู้รับบริการมีการแลกเปลี่ยนพลังงานกับสิ่งแวดล้อม อยู่วงสม่ำเสมอและเป็นพลวัต

มโนคติหลักของทฤษฎี (Metaparadigm concept)

Neuman (2002) ได้กล่าวถึงรายละเอียดแต่ละมโนคติ ดังนี้

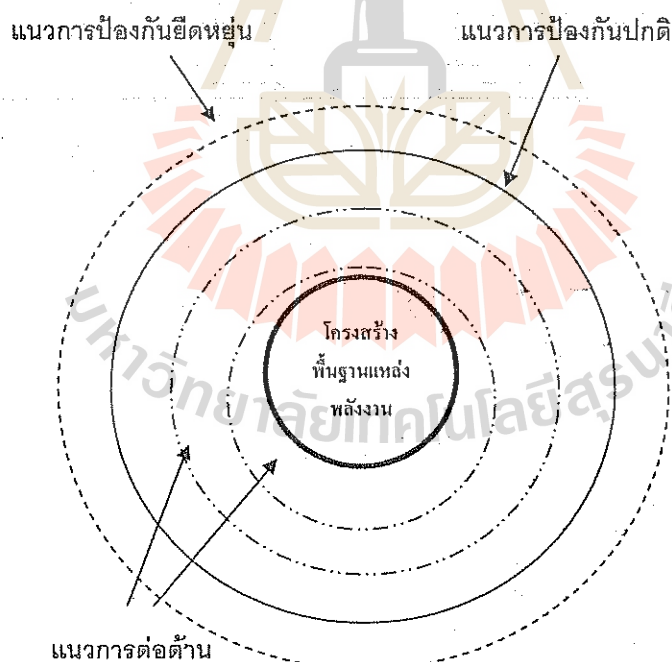
บุคคล (Person or client)

Neuman ใช้คำว่า "ผู้รับบริการ" แทนคำว่า "คน" หรือ "บุคคล" โดยให้เหตุผลว่าเป็นการให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล และเป็นการเน้นถึงภาวะสุขภาพดีของทฤษฎีระบบนิเวศน์ ซึ่งผู้รับบริการเป็นได้ทั้งบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนหรือชุมชนที่มีภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเสี่ยง หรือมีการ

เจ็บป่วย Neuman มองบุคคลเป็นระบบเปิด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ผู้รับบริการเป็นองค์รวม ประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 5 ด้าน (Five client variable) คือ

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physiological variable) หมายถึง โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological) หมายถึง กระบวนการทางจิตใจและภาวะจิตใจและภาวะอารมณ์ซึ่งเป็นผลกระทบของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก
3. องค์ประกอบด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural variable) หมายถึง อิทธิพลของวัฒนธรรมทางสังคม
4. องค์ประกอบด้านพัฒนาการ (Developmental variable) หมายถึง พัฒนกิจและกระบวนการพัฒนาการตามอายุ
5. องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (Spiritual variable) หมายถึง ความเชื่อทางจิตวิญญาณ

ตัวแปรทั้ง 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานสอดคล้อง กับระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยระบบบุคคลสามารถอธิบายได้โดยใช้รูปวงแหวนหลาย ล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐานซึ่งเป็นศูนย์กลาง ประกอบไปด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น กลไกการปรับ ควบคุมอุณหภูมิ แบบแผนการตอบสนองทางพันธุกรรม ความแข็งแรงหรืออ่อนแอ เป็นต้น วงแหวนที่ล้อมรอบศูนย์กลางจะทำหน้าที่สำคัญในฐานะกลไกการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน หรือระบบของบุคคล



ภาพที่ 14 แสดงระบบของผู้รับบริการ
(ที่มา: ศรีพรรณ กันธวัง, 2551: 37)

Neuman (1995; 2002) อธิบายเกี่ยวกับผู้รับบริการหรือระบบผู้รับบริการโดยใช้วงแหวนที่มีโครงสร้างพื้นฐานของบุคคลเป็นแกนกลาง ภาพที่ 9 ชุดวงแหวนนี้เมื่อเรียงจากชั้นนอกเข้าไปชั้นใน ได้แก่ แนวการป้องกันยืดหยุ่น แนวการป้องกันปกติ แนวการป้องกันต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐาน โดยในแต่ละวงแหวนจะประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของผู้รับบริการ

วงแหวนชั้นนอกสุด เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible Line of Defense: FLD) เป็นเส้นประรูปวงแหวนชั้นนอกสุด ทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนชีวิตมิให้เข้าไปรบกวนบุคคลถึงแนวป้องกันชั้นใน แนวยืดหยุ่นนี้มีความเป็นพลวัต (dynamic) มากกว่าคงตัว (stable) และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ชั่วขณะระยะเวลาสั้น เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการกิน การนอน การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งผลลัพธ์ของการป้องกันคือการป้องกันความเจ็บป่วย บั๊จจัยที่มีอิทธิพลต่อวงแหวนนี้ คือ ภาวะทางร่างกาย ความสามารถในการคิด ระยะพัฒนาการและความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการและอิทธิพลทางวัฒนธรรม

แนวการป้องกันยืดหยุ่นนี้ทำงานในลักษณะคล้ายหีบเพลง กล่าวคือ เมื่อแนวการป้องกันยืดหยุ่นขยายออกห่างจากแนวการป้องกันปกติจะมีความสามารถในการปกป้องระบบผู้รับบริการมากขึ้น และถ้าแนวการป้องกันยืดหยุ่นขยับเข้าใกล้แนวป้องกันปกติจะมีความสามารถในการปกป้องผู้รับบริการน้อยลง แนวการป้องกันยืดหยุ่นนี้มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและจะขยับเข้าใกล้แนวป้องกันปกติอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะที่ระบบอ่อนแอ เช่น การขาดสารอาหารขาดน้ำหรือนอนไม่หลับ ทักผ่อนไม่เพียงพอ ในแต่ละช่วงเวลาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเดียวหรือหลายอย่างต่างก็มีศักยภาพที่จะลดประสิทธิภาพการทำหน้าที่ปกป้องระบบของแนวการป้องกันยืดหยุ่นลงได้ เมื่อแนวการป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ สิ่งก่อความเครียดก็จะรुक้าผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการซึ่งจะมีผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นในระบบผู้รับบริการ นั่นคือ จะมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

แนวป้องกันชั้นที่ 2 เป็นแนวป้องกันปกติ (Normal Line of Defense: NLD) เป็นวงแหวนที่ล้อมรอบแนวการต่อต้าน ซึ่งเป็นวงแหวนเส้นที่อยู่ที่ถัดจากแนวยืดหยุ่น แนวป้องกันปกตินี้จะแสดงถึงภาวะหรือระดับความปกติสุขของผู้รับบริการซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม ช่วยรักษาภาวะสมดุลของบุคคลโดยได้รับอิทธิพลจากแบบแผนการเผชิญปัญหา ระดับพัฒนาการ ความเชื่อทางจิตวิญญาณและอิทธิพลของวัฒนธรรม กล่าวคือ การปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ในแนวการป้องกันปกติจะเป็นตัวกำหนดความคงที่ของภาวะสุขภาพปกติ แนวการป้องกันปกติจะได้รับการปกป้องจากแนวป้องกันยืดหยุ่นเมื่อแนวการป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ สิ่งก่อความเครียดก็จะรुक้าผ่านแนวการป้องกันปกติและอาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบผู้รับบริการ แนวการป้องกันปกติมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาโดยขยายออกหรือหดตัวเข้า ตัวอย่างเช่น ระดับภาวะสุขภาพปกติภายหลังการได้รับการบำบัดความเจ็บป่วยอาจเท่าเดิม ลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้

แนวป้องกันชั้นในสุด เป็นแนวป้องกันต่อต้าน (Line of Resistance: LOR) เป็นวงแหวนเส้นที่อยู่ที่ชั้นในสุดล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน ในแนวการต่อต้านมีทั้งองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของระบบผู้รับบริการที่สนับสนุน

โครงสร้างพื้นฐานและแนวป้องกันปกติเพื่อรักษาสมดุลของระบบ โดย ทำหน้าที่ ค้ำจุนโครงสร้างพื้นฐาน เป็นกลไกการต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด แนวการต่อต้านจะถูกกระตุ้นโดยสิ่งก่อความเครียดที่รุกรานผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไป และอาจมีหรือไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น โดยจะขึ้นอยู่กับปริมาณของพลังงานที่ต้องการใช้ในการต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดเพื่อรักษาความคงที่ของระบบและปริมาณของพลังงานที่มีอยู่ ตัวอย่างเช่น การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวและการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อร่างกายได้รับเชื้อโรค เป็นต้น ประสิทธิภาพการทำงานของแนวป้องกันต่อต้าน จะช่วยให้ระบบสามารถปรับตัวต่อสู้กับสิ่งรบกวนเพื่อรักษาสมดุลหรือภาวะปกติของระบบเอาไว้ การขาดประสิทธิภาพการทำงานของแนวป้องกันต่อต้านจะนำไปสู่การเสียสมดุล จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นซึ่งทำให้ระบบสูญเสียพลังงานและถ้ามีความเจ็บป่วยรุนแรงจะทำให้ระบบต้องให้พลังงานมากและอาจถึงแก่ชีวิตได้

โครงสร้างพื้นฐาน (Basic structure) คือ วงแหวนที่เป็นศูนย์กลางล้อมรอบด้วยแนวการต่อต้าน โครงสร้างพื้นฐานเป็นแกนกลางและเป็นแหล่งพลังงานของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1) ปัจจัยร่วมที่มีขอบเขตการตอบสนองปกติซึ่งได้แก่ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Basic survival factors) ตัวอย่างปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้รับบริการระดับบุคคล เช่น กลไกการรักษาระดับอุณหภูมิปกติ แบบแผนการตอบสนองทางกรรมพันธุ์ จุดแข็งและจุดอ่อนของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เป็นต้น

2) ลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ ได้แก่ องค์ประกอบของระบบผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ โดยองค์ประกอบทั้ง 5 ของแต่ละระบบจะมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความสามารถทางความคิดของแต่ละคนแตกต่างกัน เป็นต้น โครงสร้างพื้นฐานจะได้รับการปกป้องจากการรุกรานของสิ่งก่อความเครียดทั้งจากแนวการป้องกันยืดหยุ่นและแนวการต่อต้าน

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในหรือที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการหรือระบบผู้รับบริการทั้งหมด ในขณะที่เดียวกันผู้รับบริการเองก็อาจจะมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมได้เช่นเดียวกัน Neuman แบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็น 3 ชนิด คือ สิ่งแวดล้อมภายใน สิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น

1. สิ่งแวดล้อมภายใน (Internal environment) เป็นแรงหรือสิ่งที่มีอิทธิพลทั้งหมดที่อยู่ภายในผู้รับบริการหรือระบบผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมภายในเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และเป็นแหล่งเกิดของสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressor)

2. สิ่งแวดล้อมภายนอก (External environment) ประกอบด้วยแรงหรือสิ่งที่มีอิทธิพลทั้งหมดที่อยู่ภายนอกระบบผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมภายนอกเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในระบบผู้รับบริการ และเป็นแหล่งเกิดของสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (intrapersonal stressor) ซึ่งได้แก่ แหล่งประโยชน์และความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรที่สุขภาพที่มีอิทธิพลหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressor) ซึ่งได้แก่ แหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชุมชนของผู้รับบริการ เช่น สถานบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชน ความสัมพันธ์กับแหล่งประโยชน์และ

สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนนั้นๆ รวมทั้งการเงินและการทำงานของผู้รับบริการและอื่นๆ ที่มีอิทธิพลหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในบุคคล

3. สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น (created – environment) เป็นสิ่งแวดล้อมที่ผู้รับบริการสร้างขึ้นโดยไม่รู้ตัวและแสดงออกโดยที่ผู้รับบริการหรือทั้งสองอย่างพร้อมๆ กัน สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นนี้มีการเปลี่ยนแปลงได้และแสดงถึงการใช้อองค์ประกอบของระบบโดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคมวัฒนธรรม และการใช้พลังงานจากโครงสร้างพื้นฐานโดยไม่รู้ตัวเพื่อเป็นเกราะป้องกันตัวหรือเป็นส่วนที่รู้สึกปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อให้ระบบมีความสมดุล ผลของสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นนี้จะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการได้ เช่น ผู้รับบริการอาจแสดงการตอบสนองโดยใช้การปฏิเสธ การแสดงออกเชิงลบหรือการวางระยะห่างจากบุคคลมากขึ้น ผู้รับบริการจะรักษาสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นไว้โดยการใช้พลังงานที่มีอยู่และใช้สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงตัวเองในการเผชิญกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามการรับรู้ของผู้รับบริการในการสร้างโลกของตัวเองนั้นอาจไม่ถูกต้อง พยาบาลควรประเมินสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) ธรรมชาติของสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น 2) ผลลัพธ์ของการใช้สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น 3) การปกป้องที่ผู้รับบริการต้องการแต่ยังไม่ได้รับสร้างขึ้น เป้าหมายของการพยาบาล คือ เพื่อให้แนวทางแก่ผู้รับบริการในการรักษาพลังงานและใช้พลังงานเป็นแรงผลักดันให้ผ่านพ้นภาวะนั้นๆ ซึ่งจะช่วยรักษาและส่งเสริมระดับภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ พยาบาลควรให้การดูแลโดยไม่ตัดสินผู้รับบริการล่วงหน้า รวมทั้งให้ผู้รับบริการตัดสินใจและเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

สิ่งก่อความเครียด (Stressor) โดยทั่วไประบบผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะรักษาสมดุลของระบบท่ามกลางแรงที่รบกวนทั้งภายในและภายนอกระบบ Neuman เรียกว่าที่รบกวนนี้ว่า สิ่งก่อความเครียด (Stressor) และกล่าวว่า สิ่งก่อความเครียด คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดและมีแนวโน้มที่จะทำให้ระบบเสียความสมดุล นั่นคือ สิ่งก่อความเครียดมีศักยภาพพอที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นและมีอยู่ทั้งในสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบผู้รับบริการ สิ่งก่อความเครียดที่อันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่างและสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย

นอกจากนี้สิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือทางบวกได้โดยขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดแต่ละอย่าง และสิ่งก่อความเครียดในเวลาหนึ่งอาจไม่ทำให้เกิดผลลบเสมอไปซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถแบ่งสิ่งก่อความเครียดได้ ดังนี้

1. สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressor) เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายในของระบบผู้รับบริการหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล ซึ่งได้แก่ สิ่งก่อความเครียดด้านร่างกาย จิตใจ พัฒนาการ สังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

2. สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressor) เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบผู้รับบริการที่อยู่ใกล้ตัวหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์

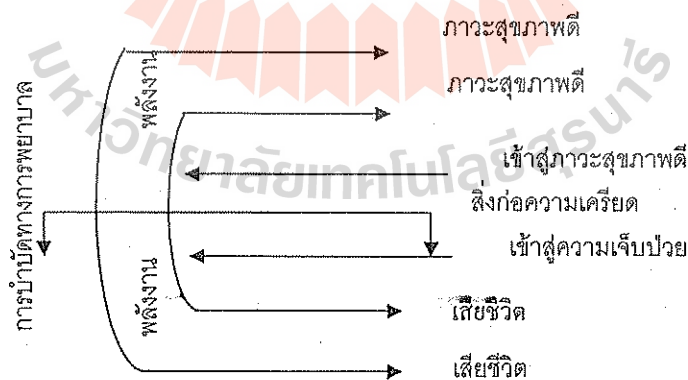
ระหว่างบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว เช่น ความคาดหวังในบทบาทของบุคคล และแบบแผนการสื่อสารของบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว

3. สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressor) เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบผู้รับบริการที่อยู่ไกลออกไป คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนของผู้รับบริการ

สุขภาพ (Health or wellness)

Neuman มองว่าสุขภาพอยู่บนความต่อเนื่องคนละด้านกับความเจ็บป่วย (Wellness – illness continuum) ดังภาพที่ 10 ภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการ คือ ภาวะสมดุลของระบบผู้รับบริการ ซึ่งก็คือภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงได้โดยอาจดีขึ้นหรือเลยลงได้ตลอดชีวิตโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานและการปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการเป็นภาวะปกติสุข (wellness state) แสดงถึงการมีพลังงานที่เพียงพอสำหรับรักษาและส่งเสริมความสมดุลของระบบความเจ็บป่วยหรือปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด คือ การเบี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดีหรือเกิดความไม่สมดุลของระบบผู้รับบริการในระดับต่างๆ ซึ่งแสดงถึงการสูญเสียพลังงานหรือมีพลังงานเหลือไม่เพียงพอสำหรับรักษาความสมดุลของระบบ

ความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและความเจ็บป่วย แสดงถึงการมีเคลื่อนไหวที่ของพลังงานระหว่างระบบผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการจึงขึ้นอยู่กับระดับของพลังงานที่มีอยู่ในระบบ เมื่อมีการสร้างและสะสมพลังงานไว้มากกว่าการใช้พลังงาน สุขภาพของผู้รับบริการจะเคลื่อนเข้าสู่ภาวะสุขภาพดี แต่ถ้ามีการใช้พลังงานเพื่อต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดสุขภาพของผู้รับบริการจะเคลื่อนเข้าสู่ความเจ็บป่วย และถ้าระบบต้องการใช้พลังงานมากกว่าที่มีอยู่ผู้รับบริการจะเสียชีวิตได้



ภาพที่ 15 แสดงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและความเจ็บป่วยของทฤษฎีระบบของ Neuman (ที่มา: ศรีพรรณ กันธวัง, 2551: 49)

ความแข็งแรงของแนวป้องกันยืดหยุ่นเป็นตัวกำหนดว่าเมื่อผู้รับบริการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นหรือไม่ โดยทั่วไปแนวการป้องกันยืดหยุ่นมีความแข็งแรงพอที่จะป้องกันการเกิดปฏิกิริยาหรือลดความรุนแรงของปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้น ภาวะคงที่ในระบบผู้รับบริการจะเกิดขึ้นตามหลังการเกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดและเปลี่ยนแปลงตามประสิทธิภาพการทำงานของแนวต่อต้าน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อภาวะปกติของระบบผู้รับบริการถูกรบกวนจะมีการเคลื่อนที่ของพลังงานอย่างรุนแรง ซึ่งแสดงถึงการให้พลังงานในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของระบบ ดังนั้นเมื่อมีการใช้พลังงานมากกว่าที่สร้างและที่เก็บสะสมไว้ ผู้รับบริการจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้นและอาจเสียชีวิตได้

การพยาบาล (Nursing)

เป้าหมายหรือความสนใจของพยาบาล คือ การรักษาความสมดุลของระบบของผู้รับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ คุ้มครองและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคลโดยการใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างผู้รับบริการสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาลการป้องกันในฐานะการปฏิบัติการพยาบาล (Prevention as intervention) ซึ่งอาจจะเป็นตอนที่เราทราบต้นเหตุของความเครียดหรือบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น

1. การพยาบาลระดับการป้องกันปฐมภูมิ เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติโดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคลด้วยการเสริมสร้างแนวยืดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันปฐมภูมิ คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งในระดับนี้รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อดำรงรักษาภาวะสุขภาพดีด้วย

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการพยาบาลเพื่อบำบัดความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเข้าสู่หรือเกิดภาวะสมดุลหรือปกป้องโครงสร้างพื้นฐานของระบบโดยการเพิ่มความแข็งแรงของแนวต่อต้าน นั่นคือ การทำให้ปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดลดลงด้วยวิธีการที่เหมาะสม เกิดความสมดุลของระบบและการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ ถ้าการป้องกันทุติยภูมิไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ / ปُرุงแต่งขึ้นใหม่ได้บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระดับตติยภูมิจะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปُرุงแต่งขึ้นใหม่ (Reconstitution) ภายหลังจากการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปُرุงแต่งขึ้นใหม่ในระยะนี้ขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบหรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปُرุงแต่งขึ้นใหม่อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุลหรือภาวะปกติสุขได้ในระดับสูงสุดกว่าเดิม เท่าเดิม หรือต่ำกว่าเดิม

การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นในการป้องกันทั้ง 3 ระดับนั้น จะใช้กลวิธีเช่นใดย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระดับของปฏิกิริยาตอบโต้ที่ระบบผู้รับบริการ กระทำเพื่อตอบโต้กับต้นเหตุของความเครียดที่มากกระทบ หากยังไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นการปฏิบัติก็จะเป็นลักษณะของการป้องกันระดับปฐมภูมิถ้ามีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นแล้วการป้องกันระดับทุติยภูมิก็จะเกิดขึ้น และหากว่ามี การสร้างขึ้นใหม่เกิดขึ้นบ้าง การป้องกันระดับตติยภูมิจะต้องดำเนินควบคู่กันกับการป้องกันระดับทุติยภูมิ

2. ทรัพยากร ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวของ Neuman นั้น พยาบาลจะต้องวางแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบผู้รับบริการ เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้บรรลุผล

3. เป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะที่จะเกิดขึ้นนั้น จะเริ่มต้นอย่างไร อะไรควรทำก่อนหลัง ขึ้นอยู่กับการเรียงลำดับจุดมุ่งหมายที่พยาบาลกำหนดไว้ อะไรเป็นเป้าหมายเร่งด่วน เป้าหมายระดับกลางและเป้าหมายระยะยาว

4. ผลที่คาดหวัง องค์ประกอบนี้เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการได้ เนื่องจากหากพยาบาลประสงค์จะให้ผลที่คาดหวังเกิดขึ้นอย่างถาวร การวางแผนการปฏิบัติต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติทั้ง 3 ระดับอาจจะต้องกระทำร่วมกันอยู่เสมอแยกเป็นระบบหรือเป็นช่วงไม่ได้ เป็นต้น

กระบวนการพยาบาล

Neuman กล่าวว่า ในการใช้ทฤษฎีระบบของ Neuman ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลควรให้ความสนใจการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อใช้ในการกำหนดหรือประเมินผลกระทบบของสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นโดยใช้ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีระบบของ Neuman มี 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพอย่างสมบูรณ์แบบและการระบุสิ่งก่อความเครียดและการวินิจฉัยผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด Neuman เน้นว่าในการใช้ทฤษฎีระบบของ Neuman ในการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสนใจการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วนและสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจึงจะทำให้สามารถกำหนดหรือประเมินผลกระทบบของสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อมูลเหล่านี้เป็นทั้งข้อมูลจากผู้รับบริการและ/หรือญาติบอกเล่าและข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หลังจากประเมินสุขภาพของผู้รับบริการแล้วพยาบาลจึงระบุสิ่งก่อความเครียดและการวินิจฉัยผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด ซึ่งทำได้โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลของผู้รับบริการจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด โดยใช้ความรู้ ทัศนคติและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยการระบุสิ่งก่อความเครียดและการวินิจฉัยผลกระทบรวมความถึงสิ่งต่อไปนี

1) การระบุสิ่งก่อความเครียดที่เผชิญอยู่ (Actual stressor) และการวินิจฉัยผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น (Effect) และอาจเกิดขึ้น (Possible) โดยระบุเป็นการระบุชนิดและความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียด ชนิดและความรุนแรงของปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด การวิเคราะห์ความแข็งแรงและการทำงานของแนวการต่อต้านและโครงสร้างพื้นฐานรวมทั้งศักยภาพที่จะเกิดการสร้างขึ้นใหม่โดยคำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่างๆ ของผู้รับบริการ

2) การระบุสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม (Potential stressor) และการวินิจฉัยผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดที่อาจเกิดขึ้น (Possible effect) ได้แก่ การระบุชนิดของสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคามต่อภาวะสุขภาพปกติของผู้รับบริการ การประเมินศักยภาพของสิ่งก่อความเครียดที่จะทำให้เกิดปฏิกิริยา ชนิดและความรุนแรงของปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้น และการวิเคราะห์ความแข็งแรงและการทำงานของแนวป้องกันยืดหยุ่น โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านต่างๆ ของผู้รับบริการ

2. ขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล (Nursing goals)

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลและวิธีการพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการตามระดับการป้องกันเพื่อดำรงรักษาภาวะสุขภาพดีหรือเข้าสู่ภาวะสุขภาพดีและกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพดีโดยการต่อรองกับผู้รับบริการ ซึ่งการที่ผู้รับบริการจะกำหนดเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับพยาบาลได้นั้นผู้รับบริการจะต้องเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง หลังจากนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจความเจ็บป่วยหรือปัญหาของตนเองรวมทั้งการอธิบายให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในกรณีที่ผู้รับบริการดูแลตนเองไม่ได้หรือได้น้อย อย่างไรก็ตาม Neuman ไม่ได้กล่าวถึงการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลไว้อย่างชัดเจนในขั้นตอนนี้แต่พยาบาลจะไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ในขั้นตอนต่อไปได้เลยถ้าไม่มีการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลไว้ในขั้นตอนนี้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้จึงควรกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลรวมไว้ด้วย

3. ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing outcome)

ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลตามระดับการป้องกัน การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและการประเมินความต้องการการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลใหม่เมื่อวิธีการพยาบาลที่กระทำไปแล้วไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการพยาบาลได้

สรุป ทฤษฎีระบบของ Neuman ให้แนวทางการดูแลผู้ใช้บริการแบบองค์รวมทั้งผู้รับบริการระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ใช้ได้ทั้งการพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพในสาขาอื่นๆ Neuman ได้ออกแบบแนวทางการประเมินและการปฏิบัติการพยาบาลไว้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำมาใช้ในคลินิกกับผู้รับบริการทุกกลุ่มทั้งผู้ที่สุขภาพดีและมีภาวะสุขภาพเปราะบาง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุดตามภาวะของแต่ละบุคคล

แบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern)

แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลซึ่งประกอบด้วย แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งการใช้แบบแผนสุขภาพเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยการพยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย ส่วนประกอบ ขอบเขต และจุดเด่นจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาลกับแบบแผนสุขภาพ

ความหมาย

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง Majory Gordon ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน ที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เป็นคำพูด (Verbal behavior) เช่น การพูดคุยโต้ตอบ และพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (Non verbal behavior) เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง และส่วนประกอบภายใน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิด ค่านิยมของบุคคล รวมทั้งกระบวนการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย เช่น การหายใจ การขับถ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้แบบแผนสุขภาพยังกล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการในแต่ละวัย สิ่งแวดล้อม ระบบความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นการที่จะประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ จึงควรประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างต่อเนื่องของแต่ละบุคคล ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีต่อการทำหน้าที่ของแต่ละแบบแผน

ส่วนประกอบของแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังต่อไปนี้

- | | |
|-------------|---|
| แบบแผนที่ 1 | การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management) |
| แบบแผนที่ 2 | โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism) |
| แบบแผนที่ 3 | การขับถ่าย (Elimination) |
| แบบแผนที่ 4 | กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise) |
| แบบแผนที่ 5 | การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest) |
| แบบแผนที่ 6 | สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception) |
| แบบแผนที่ 7 | การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) |
| แบบแผนที่ 8 | บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and Relationship) |
| แบบแผนที่ 9 | เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction) |

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

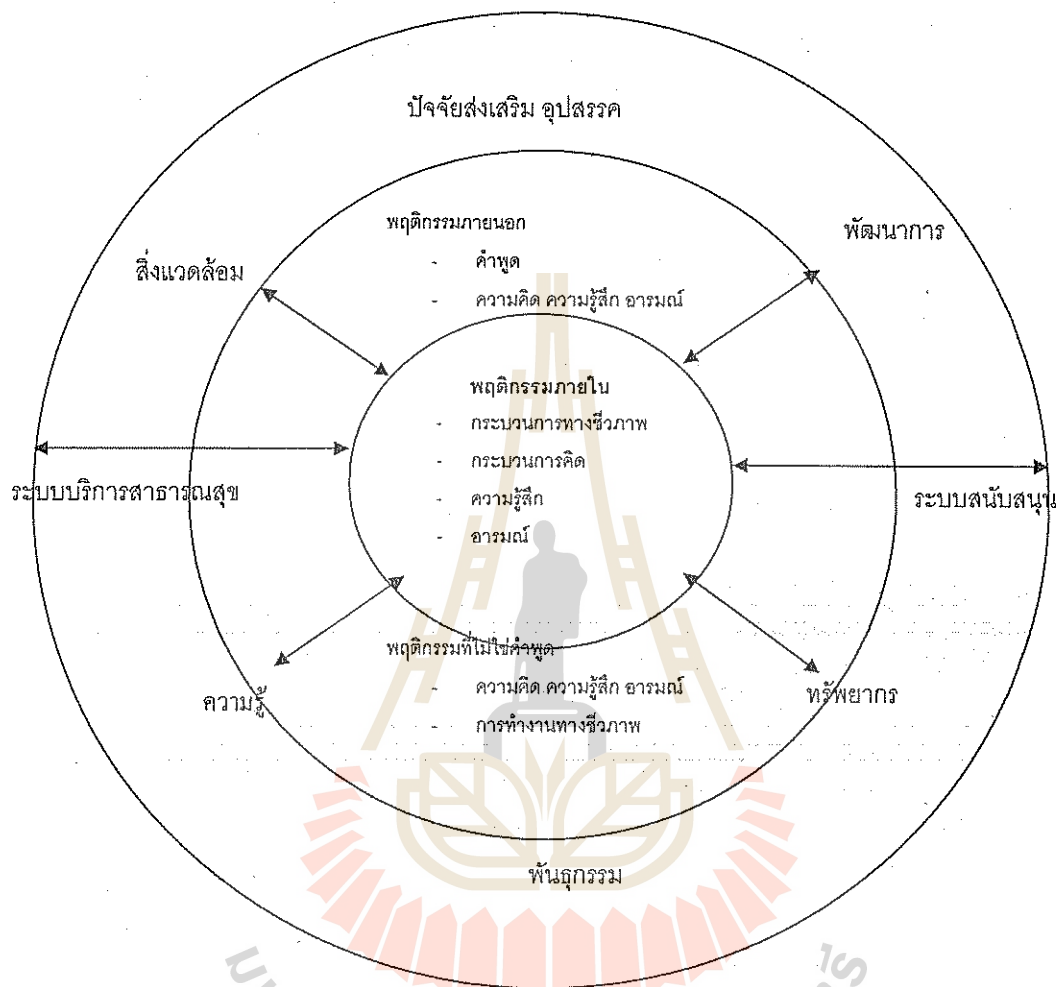
องค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพ

ในแต่ละแบบแผนสุขภาพจะประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมและอุปสรรค พฤติกรรมภายในที่สำคัญ ได้แก่

1. กระบวนการทำงานทางกายหรือทางชีวภาพในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพยายามปรับให้ร่างกายอยู่ในสภาวะสมดุล
2. กระบวนการคิด ความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ
3. เจตคติ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึก ความคิดเห็นค่านิยมของบุคคล

ทั้งนี้ พฤติกรรมภายในของบุคคลจะเป็นสิ่งชี้ว่าพฤติกรรมภายนอกของแต่ละแบบแผนสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่เป็นคำพูด (verbal behavior) จะแสดงความรู้ ความคิด ความรู้สึก ความคิดเห็นต่างๆ ที่พฤติกรรมภายใน และ 2) พฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal behavior) ประกอบด้วยสีหน้า ท่าทางของบุคคล ซึ่งบ่งชี้พฤติกรรมภายในทั้งกระบวนการทำงานของบุคคลทั้งด้านชีวภาพ ความคิด ความรู้สึก อาจวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ

แบบแผนสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พันธุกรรม การพัฒนาการของบุคคล ความรู้ เจตคติ ระบบสนับสนุน ทรัพยากร และระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปกติ หรือเป็นอุปสรรคที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเบี่ยงเบนจากปกติก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม ในแต่ละแบบแผนสุขภาพอาจมีองค์ประกอบที่แตกต่างและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมแต่ละชนิด รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคที่ต่างออกไปบ้าง องค์ประกอบของแบบแผนแสดงในภาพที่ 16



ภาพที่ 16 แสดงองค์ประกอบของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผน (ที่มา: ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2539: 50)

ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ

จากแนวคิดพื้นฐานของ Gordon (1994) สามารถกำหนดขอบเขตในแต่ละแบบแผนสุขภาพ ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาวะในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้รับบริการใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในภาวะ

ปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัว เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ)

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้รับบริการทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมองความคิดของผู้รับบริการที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น ขนมถุง ขนมซอง การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องการกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัว ว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้นเกรงจะถูกตำหนิ) รวมทั้งการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องการรับประทานอาหาร เช่น ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์ น้ำหนัก และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน เป็นต้น รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

- 1) อาหารและภาวะโภชนาการ
- 2) การเผาผลาญสารอาหาร
- 3) น้ำและอิเล็กโทรไลต์
- 4) อุณหภูมิของร่างกาย
- 5) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
- 6) ผิวหนังและเยื่อ
- 7) ภูมิคุ้มกัน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา รวมทั้งผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง แบบแผนการขับถ่าย ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย ได้แก่ 1) การขับถ่ายอุจจาระ และ 2) การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ) รวมทั้งการรวบรวมผลการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมของร่างกาย ได้แก่ ระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะเสียงปอด) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท้าไหว สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest)

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน(Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ) การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) และการสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and perception)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การไต่กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และรวบรวมข้อมูลผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การไต่กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Nuerological signs/Reflex

แบบแผนด้านสถิติปัญญาและการรับรู้ ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย ได้แก่ 1) การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การไต่กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และ 2) ความสามารถทางสถิติปัญญา เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถและพัฒนาการทางสถิติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถทางสถิติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and self concept)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่นความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and relationship)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธ์ภาพของผู้รับบริการต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัว ทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธ์ภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภาระกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่ไม่มีใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธ์ภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่อย่างไร)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง เพศสัมพันธ์ (ตามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) โดยทั่วไปในเพศหญิงควรถามประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด ส่วนในเพศชาย ตามปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไข่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่) มีพฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ รวมทั้งพยาบาลควรสังเกตอาการปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ ในเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ ทั้งนี้ในการรวบรวมข้อมูลในแบบแผนนี้ให้พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์ด้วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping and stress)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติ และการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีมั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ (Value and belief)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลง เพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆ ที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น ความต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่นับถือบูชา เช่น การห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

จุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ

พรศิริ พันธศรี (2552) ได้กล่าวถึงจุดเด่นและจุดด้อยของแบบแผนสุขภาพ ไว้ดังนี้

จุดเด่น

1) แบบแผนสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างและยืดหยุ่น ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย จึงใช้ประเมินภาวะสุขภาพได้ทั้งบุคคลปกติ ครอบครัว ชุมชน หรือผู้รับบริการในโรงพยาบาล

2) แบบแผนสุขภาพไม่ได้เน้นเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพที่ปกติสามารถเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ เช่น มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครอบครัวสนใจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้พยาบาลหากวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมนี้ให้คงที่ได้นานที่สุด จึงเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลได้แสดงบทบาทครบทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3) แบบแผนทั้ง 11 แบบแผน เป็นการมองถึงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่พบเห็นโดยทั่วไป ทำให้เข้าใจง่ายว่าผู้รับบริการมีปัญหาอะไร เช่น ปัญหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย หรือการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นต้น

4) กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพช่วยกระตุ้นเตือนให้พยาบาลมองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นองค์รวม เนื่องจากแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

5) กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis: NANDA)

จุดด้อย

1) แบบแผนสุขภาพบางแบบแผนมีขอบเขตกว้างมาก เช่น แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายซึ่งประกอบด้วยแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living: ADL) การออกกำลังกาย กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของโครงสร้างกระดูก ข้อกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ตลอดจนระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ซึ่งทำให้การประเมินภาวะสุขภาพอาจจะประเมินไม่ครอบคลุมทั้งหมดของแบบแผน อาจส่งผลให้การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการไม่ครบถ้วน สมบูรณ์

2) แบบแผนสุขภาพบางแบบแผนมีความซ้ำซ้อนกัน เช่น แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นแบบแผนทางด้านจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกัน บางครั้งแยกกันไม่ออกเพราะความผิดปกติของแบบแผนหนึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในอีกแบบแผนหนึ่งได้ เช่น ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์เรื่องการมองตนเองในด้านลบอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ ดังนั้นการจะบอกว่าผู้รับบริการมีปัญหาในแบบแผนใดก็อาจจะระบุให้ชัดเจนได้ยาก

กระบวนการพยาบาลกับแบบแผนสุขภาพ

การใช้กระบวนการพยาบาลหรือการวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น สิ่งที่สำคัญคือ การจัดกลุ่มข้อมูลประเมินได้จากผู้รับบริการว่าอยู่ในแบบแผนใดบ้าง แต่ละแบบแผนมีความสัมพันธ์กันอย่างไร โดยข้อมูลในแบบแผนหนึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาอีกแบบหนึ่ง หรืออาจเป็นผลหรือมีส่วนส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพของอีกแบบแผนหนึ่งได้ ดังนั้นเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วพยาบาลควรวิเคราะห์และพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ ทั้งภายในและแบบแผนสุขภาพนั้นและระหว่างแบบแผนสุขภาพ เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมจะตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพทั้งระบบ

หลังจากจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพแล้วควรวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้นว่ามีภาวะสุขภาพที่ปกติหรือน่าจะมีปัญหาสุขภาพอะไร โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับคนและสิ่งแวดล้อมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านพยาธิสรีรวิทยามาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณา ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะช่วยให้พยาบาลแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีกหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงแปลความหมายของข้อมูลเหล่านั้น กล่าวคือ ข้อมูลที่แปลความหมายแล้วนั้นมีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพใดบ้างอย่างไร เป็นสาเหตุหรือเป็นผล เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป แล้วจึงนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติและการสังเกตพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายในของแต่ละแบบแผนว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวอย่างไร พฤติกรรมใดช่วยส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมใดเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะเจ็บป่วยหรือปัจจัยภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสี และการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากทั้ง 11 แบบแผนสุขภาพมาวิเคราะห์แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้สอดคล้องกันในแต่ละแบบแผนสุขภาพเพื่อจะได้ทราบว่าข้อมูลใดปกติ ข้อมูลใดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การระบุปัญหาหรือภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ถูกต้อง

2. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

โดยการนำข้อมูลจากผู้รับบริการที่ได้รับบริการวิเคราะห์แล้วทั้งหมดมาระบุเป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละแบบแผนสุขภาพว่ามีแบบแผนใดที่ไม่มีปัญหา หรือแบบแผนใดที่มีปัญหาอย่างไร รวมทั้งระบุสาเหตุของปัญหาที่พบนั้นๆ ด้วย

3. การวางแผนการพยาบาล

เมื่อได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละแบบแผนสุขภาพแล้วให้จัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าแบบแผนใดจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือก่อนหลัง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

4. การปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติกับผู้รับบริการตามลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อส่งเสริมป้องกันให้ผู้รับบริการที่มีแบบแผนสุขภาพปกติสามารถดำรงภาวะสุขภาพดีไว้ได้ และแก้ไขผู้รับบริการที่มีความผิดปกติในแต่ละแบบแผนสุขภาพที่ดีขึ้นหรือช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณีที่เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ

5. การประเมินผลการพยาบาล

เป็นการประเมินผลของการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการว่าได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ซึ่งอาจประเมินได้จาก อากา ภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมในแต่ละแบบแผนของผู้รับบริการภายหลังได้รับการพยาบาลแล้วว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องกลับไปพิจารณาว่าข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพมีความถูกต้องหรือไม่ อย่างไร หรือมีข้อมูลใดที่ยังได้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าพิจารณาแล้วพบว่าได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วก็ต้องพิจารณาแผนการพยาบาลว่ามีข้อบกพร่องอย่างไร เพื่อจะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

สรุป การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพนั้น ในทางปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย เพราะเป็นแนวคิดที่กว้างใช้ได้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการฝึกใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพให้ถูกต้องครอบคลุม จะช่วยให้พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยผู้รับบริการได้ถูกต้องครอบคลุมเช่นเดียวกัน ส่งผลให้สามารถแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ตัวอย่างแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูล ในภาคผนวก ก)

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์
ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกิล
 (Nightingale's Theory)

ประวัติโดยย่อ

Florence Nightingale (ค.ศ. 1820 - 1910) ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพพยาบาลซึ่งถือว่าการพยาบาลแนวใหม่ (modern nursing) Nightingale เกิดในตระกูลชั้นสูงที่มั่งคั่งของอังกฤษ ในขณะที่ครอบครัวเธอเดินทางไปพักผ่อนที่เมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี บิดาของเธอได้ให้การศึกษาแก่เธอเป็นอย่างดีและไม่ต้องการให้เธอเป็นพยาบาล อย่างไรก็ตามในวัยเยาว์ Nightingale ได้แสดงความสนใจในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์ เธอเป็นคนที่ไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัว ข้างคิดและแตกต่างจากเด็กทั่วไป ตรงที่ไม่เคยพอใจกับตนเอง เมื่อโตขึ้นเธอเป็นคนที่เคร่งในศาสนาและมีความเชื่อว่า พระเจ้าต้องการให้เธอช่วยเหลือคนอื่นเพื่อที่จะปรับปรุงความเป็นอยู่ของมนุษยชาติให้ดีขึ้น ดังคำบันทึกของเธอที่ว่า "เกียรติยศที่สูงที่สุดคือการได้รับใช้พระเจ้าในการทำงานตามที่ท่านมุ่งหวัง" (Florence Nightingale อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เธอเริ่มชีวิตการเป็นพยาบาลที่ไคร์เวิร์ธ ประเทศเยอรมันในปี ค.ศ. 1851 ขณะที่เกิดสงครามและเธอได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยและทหารบาดเจ็บ ซึ่ง Nightingale ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการในเรื่องความสะอาด ใช้ผ้าพันแผลที่สะอาด ดูแลเตียงให้สะอาดและอาหารที่สดทำให้สุขภาพทหารดีขึ้น จากประสบการณ์นี้ทำให้มีอิทธิพลต่อปรัชญาการพยาบาลที่ Nightingale บอกไว้ในหนังสือ Note on nursing: What It Is and What It Is Not ที่พิมพ์ขึ้นในปี ค.ศ. 1859 และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นหลักเกี่ยวกับความต้องการเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันสิ่งแวดล้อม

หลักการพื้นฐาน

ฟาริดา อิบราฮิม (2546) ได้อธิบายว่า พื้นฐานของทฤษฎีของ Nightingale จะเน้นที่สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นสถานการณ์และแรงผลักดันภายนอกซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล และสิ่งแวดล้อมเชิงคุณภาพที่พยาบาลจัดหาให้บุคคลเมื่อปฏิสัมพันธ์กัน Nightingale ปกป้องความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมจากสถานการณ์และอิทธิพลภายนอกสามารถป้องกันหรือส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจถึงตายได้ เนื่องจากมองเห็นอันตรายของสถานการณ์ที่ขาดสุขลักษณะที่ทำให้บุคคลขาดความปลอดภัย เป้าหมายการพยาบาลจะมุ่งช่วยให้บุคคลใช้ศักยภาพเต็มความสามารถเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานด้วยการควบคุมสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบ 5 ประการที่ช่วยสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ คือ การระบายอากาศที่ดี แสงสว่างที่เพียงพอ ความอบอุ่นพอเพียง การควบคุมเสียงและการควบคุมสิ่งขับออกจากร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่ถูกละเลยที่เหมาะสมในการให้การรักษาดูแลบุคคลต้องครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ จิตใจและสังคม

กระบวนการที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

บุคคล Nightingale ไม่ได้อธิบายบุคคลไว้เฉพาะ แต่จะอธิบายบุคคลในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและผลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อบุคคล ดังนั้นบุคคลจึงเป็นผู้รับบริการและประกอบไปด้วยมิติทางชีวะ จิตและสังคม ส่วนประกอบทางด้านชีว คือ คนมีพลัง (Power) หรือมีศักยภาพในตนเองที่จะฟื้นหายจากโรคหรือซ่อมแซมสุขภาพเมื่อ

เกิดการเจ็บป่วยและสามารถฟื้นคืนสภาพได้ดีดังเดิม และความเจ็บป่วยสามารถป้องกันได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย องค์ประกอบด้านจิต ประกอบด้วย กระบวนการคิด อุดมโนทัศน์ ความรู้สึกและสติปัญญา และ Nightingale ได้เตือนว่าการที่ผู้ป่วยพบแต่สิ่งที่จำเจขาดความหลากหลายในสิ่งแวดล้อมจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นหาย และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตได้ ส่วนองค์ประกอบด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ส่วนด้านจิตวิญญาณ รวมระบบค่านิยมที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจความถูกต้องของบุคคล จะเห็นว่าแนวคิดของ Nightingale ยังคงทันสมัยและเป็นที่ยอมรับตลอดมา และนับวันจะเด่นชัดยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในปัจจุบันในวงการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วยและผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

สิ่งแวดล้อม เป็นมโนทัศน์ที่เป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎี เพราะ Nightingale กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมไว้ค่อนข้างชัดเจนโดยสิ่งแวดล้อมเป็นสถานการณ์และแรงผลักดันภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิตและพัฒนาการของบุคคล สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การระบายอากาศ แสงสว่างที่เพียงพอ ความสะอาด ความอบอุ่น การควบคุมเสียง การกำจัดขยะมูลฝอยและกลิ่นต่างๆ อาหารและน้ำที่สะอาด รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทั้งด้วยคำพูดและภาษากาย เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งอาจเพิ่มความเครียดหรือทำให้เกิดความผ่อนคลายได้เช่นเดียวกัน

สุขภาพ ตามข้อเขียนของ Nightingale สุขภาพจะผูกพันอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น ความชื้น ความสกปรก เป็นต้น ซึ่งสุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรคและการใช้พลังอำนาจของบุคคลในการใช้ธรรมชาติให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่วนการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น Nightingale มองว่าเป็นกระบวนการซ่อมแซมที่ร่างกายพยายามที่จะสร้างสมดุล

การพยาบาล เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดกระบวนการหายด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด ด้วยความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพ และการพยาบาลมุ่งเน้นที่บุคคลต้องการมีกระบวนการซ่อมแซมของร่างกาย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะเริ่มด้วยการสังเกตบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการประเมินและการจัดกิจกรรมการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale ได้รับการยอมรับว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลทฤษฎีแรก ถึงแม้ว่าความหมายของกระบวนการทัศน์หลัก (Metaparadigm) ทั้ง 4 ด้านยังไม่ค่อยชัดเจนนัก แต่ในงานเขียนของ Nightingale ก็ได้สะท้อนให้เห็นว่าในยุคนั้นได้มีพัฒนาการทางการแพทย์และเทคโนโลยี และสามารถนำมาเป็นพื้นฐานของทฤษฎีทางการพยาบาลในระยะต่อมา ซึ่งจะเห็นได้จากจุดเน้นทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพและพัฒนาการของมนุษย์ ดังนั้นการพยาบาลจึงเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1. การระบายอากาศ (Ventilation) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีสภาพถ่ายเทอากาศได้ดี ผู้ป่วยได้รับอากาศที่บริสุทธิ์เพราะอากาศที่บริสุทธิ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์ กิจกรรมที่ทำได้แก่การเปิดหน้าต่าง การจัดให้มีช่องระบายอากาศ สิ่งของภายในห้องสะอาดปราศจากฝุ่น

2. การรักษาคอุณหภูมิ (Temperature) การรักษาคอุณหภูมิให้มีความเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นก่อให้เกิดความสุขสบายของผู้ป่วย บุคคลจะอยู่ในห้องที่มีอุณหภูมิเหมาะสมดังนั้นการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ร้อนหรือหนาวจนเกินไปจึงเป็นสิ่งจำเป็น กิจกรรมที่ทำได้แก่ การใช้ความร้อน การระบายอากาศที่พอเหมาะ การใช้เสื้อผ้าที่เหมาะสม การใช้เครื่องปรับอากาศ พัดลม

3. การควบคุมเสียง (Noise) เสียงเป็นสิ่งที่ต้องตระหนักสำหรับผู้ป่วยเพราะเสียงที่ไม่พึงประสงค์เช่น เสียงดังเกินไป เสียงที่มีความต่อเนื่องตลอดเวลาจะมีผลทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยได้ กิจกรรมที่ทำได้แก่ ไม่ควรพูดคุยหรือเดินเสียงดัง ทำกิจกรรมต่างๆไม่ดังเกินไป การใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องประดับที่ก่อให้เกิดเสียง

4. แสงสว่าง (Light) แสงจากดวงอาทิตย์เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ แต่แสงจากไฟฟ้าก็จำเป็นในการทำกิจกรรมและอาจมีผลต่อจิตใจ เช่นสภาพห้องที่มีความสว่างไม่เพียงพออาจก่อให้เกิดบรรยากาศอึดอัด รึม เศร้า ห้องที่มีแสงสว่างพอเหมาะทั้งในเวลากลางวันและกลางคืนจะช่วยทั้งการใช้สายตา ความสบายใจ กิจกรรมที่ทำได้แก่ การเปิดหน้าต่างหรือผ้าม่านให้แสงสว่างจากดวงอาทิตย์ส่องผ่านเข้ามาได้ การปรับแสงไฟในห้องเวลากลางวันหรือกลางคืน การใช้สีของผนังห้อง

5. การกำจัดกลิ่น (Odor) การจัดการกลิ่นต่างๆในตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และของใช้ต่างๆที่ต้องได้รับการทำความสะอาด ไม่ให้มีกลิ่นเหม็นอับ โดยกิจกรรมที่ทำได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย การใช้เสื้อผ้าที่สะอาดไม่เหม็นอับ อุปกรณ์ข้าวของเครื่องใช้ได้รับการทำความสะอาดอยู่เสมอ ห้องได้รับการระบายอากาศ ที่นอนผ้าหมวกทำความสะอาด นอกจากนี้กลิ่นที่เกิดจากพยาบาลเช่น กลิ่นตัว กลิ่นเสื้อผ้าหรือกลิ่นน้ำหอมที่ไม่ควรจุนจุนเกินไป

6. สุขลักษณะที่อยู่อาศัย (health of Houses) Nightingale กล่าวถึงว่าสุขลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งรวมถึง การจัดให้มี อากาศบริสุทธิ์ น้ำสะอาด การระบายสิ่งสกปรกหรือของเสีย การรักษาความสะอาดภายในบ้านและนอกบ้าน แสงสว่าง เป็นต้น Nightingale เน้นความสะอาดของบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่ทุกคนต้องดูแล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ โดยการนำแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบุคคลมาประเมินจะทำให้เห็นความต้องการของผู้ป่วยได้ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) การประเมินสุขภาพอนามัยของบุคคล สังเกตสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคมและสืบค้นหาความสัมพันธ์หรือผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพความเจ็บป่วยของบุคคล นอกจากนี้ต้องสืบค้นความสามารถของบุคคลที่อยู่ตามธรรมชาติของเขาเอง ความตั้งใจ สนใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตน การสังเกต เช่น ทำนอนของผู้ป่วยเป็นอย่างไร เติงอยู่ไกลหน้าต่างเกินไปหรือไม่ สามารถเคลื่อนไหวหรือพูดคุยกับผู้ป่วยเพียงใดได้หรือไม่

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล ขึ้นนี้ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีลักษณะชัดเจนแต่ Nightingale ได้กล่าวว่าการสังเกตสิ่งแวดล้อมและบุคคลจะทำให้สามารถมองเห็นกิจกรรมการพยาบาลได้นั้นเพราะสามารถมองเห็นความต้องการของผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น

ความไม่สุขสบายจากอากาศอบอ้าว

ความเจ็บปวดของบาดแผลจากการอักเสบ

ความรู้สึกเบื่อหน่ายในชีวิตเนื่องจากไม่มีกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือช่วยตัวเองไม่ได้

การพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสียงรบกวนตลอดวัน

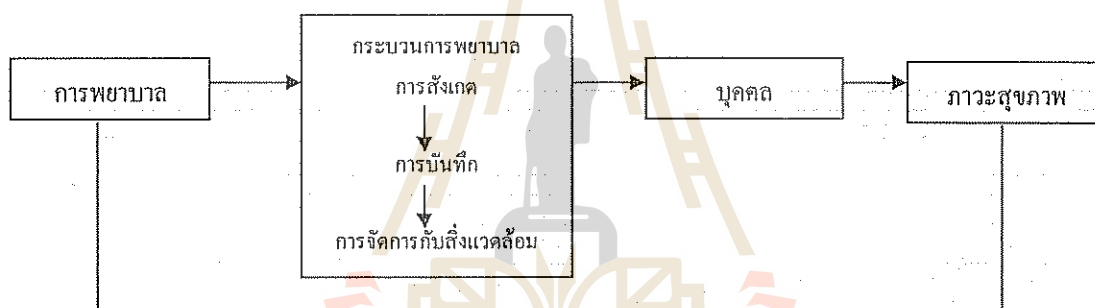
วิตกกังวลสูงเนื่องจากไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลหรือผู้ป่วยอื่น

3) การวางแผนการพยาบาล จุดมุ่งหมายหลักในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพที่กระบวนการชีวิตตามธรรมชาติเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยบรรเทาทุกข์และหายจากโรค กิจกรรมการพยาบาลจะรวมถึงการร่วมมือกับแพทย์ในการปฏิบัติตามกระบวนการรักษาโรค

4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและร่วมมือกับแพทย์เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่เริ่มด้วยการให้ความช่วยเหลือจัดสภาพแวดล้อมและให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือจัดสภาพที่เหมาะสมกับตัวเองต่อไป

5) การประเมินผลการพยาบาล จะเป็นการประเมินสภาพการณ์ที่เป็นจริงทั้งในด้านผู้ป่วยสภาพแวดล้อม และการพยาบาลและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาตินั้น

จากความเชื่อมโยงสัมพันธ์ของทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale กับกระบวนการพยาบาลสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 17 แสดงทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale (Selander, 1993: 23)

สรุป

ทฤษฎีการพยาบาลของ Nightingale เน้นสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ธรรมชาติได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น โดยนำองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมด้านสังคมมาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดทฤษฎีของ Nightingale โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล เน้นการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้ป่วย แม้ว่าทฤษฎีนี้จะถือกำเนิดมาตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 18 แล้วก็ตาม แต่ยังคงใช้ได้ดีในปัจจุบัน ทั้งการพยาบาลในคลินิกและการพยาบาลในชุมชนอีกทั้งยังเป็นรากฐานในการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลในปัจจุบันอีกด้วย

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดด้านความต้องการของมนุษย์

ทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem

(Orem's self care Theory)

ประวัติโดยย่อ

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เป็นทฤษฎีที่รู้จักกันแพร่หลายในวิชาชีพการพยาบาล มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยการพยาบาล และการพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ทฤษฎีนี้ถูก พัฒนาโดย Dorothea E. Orem ตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 ซึ่ง Orem เริ่มการทำงานในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1935 หลังจบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลพรวิเด็น ในกรุงวอชิงตันดีซี สหรัฐอเมริกา Orem สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรีในปี ค.ศ.1939 และระดับปริญญาโทสาขากการพยาบาลในปี ค.ศ. 1945 จากมหาวิทยาลัย คาทอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกา และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จากมหาวิทยาลัยจอร์ทาวน ในปี ค.ศ.1976 และจาก Incarnate World College ที่ซานแอนโตนิโอ รัฐเทกซัส ในปีค.ศ.1980 และจาก Illinois Western University ที่บลูมมิงตัน รัฐอิลลินอยส์ ในปี ค.ศ.1988 (George , 2002) จนกระทั่งในปี ค.ศ.1971 ได้มีการจัดพิมพ์ เผยแพร่แนวคิดโดยมีชื่อว่า Nursing: Concept of Practice และมีการพัฒนาเผยแพร่ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ในปี ค.ศ.1980, 1985, 1991 ตามลำดับ

จุดกำเนิดของทฤษฎี

จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษาและผู้บริหารการพยาบาล Orem มีความคับ ข้องใจอยู่เสมอว่า พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบาย การพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลทำ การปฏิบัติการพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลักโดยไม่สามารถอธิบาย เหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดทำหลักสูตรมีความยากลำบาก ด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติ พยาบาลทำอะไร และควรจะทำอะไร ทำไม่ถึงกระทำในสิ่ง นั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร จากคำถามเหล่านี้ ท่านได้คำตอบจากการสังเกตและ วิเคราะห์การปฏิบัติว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการ ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกเหนือจากที่ครอบครัวหรือญาติมิตรจะช่วยเหลือได้และวิธีการช่วยเหลือของ พยาบาลคือ การกระทำทดแทนให้และพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเองหรือการพัฒนา ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้รับบริการ

มโนคติหลักของทฤษฎี

จากจุดกำเนิดของทฤษฎีดังกล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่มาของสาระของแนวคิดในทฤษฎีการพยาบาลของ Orem การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อม ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกไม่สามารถช่วยเหลือได้ การ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทนหรือกระทำให้กับผู้รับบริการ การสอน การชี้แนะ การ

สนับสนุนให้กำลังใจและการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยายามกระทำร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว โดยมีมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับดีขึ้นอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยมีแนวคิดหลักของทฤษฎีประกอบด้วยมโนคติเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem ดังนี้

บุคคล ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่า บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคม โดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี

ส่วนภาวะปกติสุข หรือความผาสุก (well being) Orem ให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความดีของความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม Orem เชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ Orem ยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของ Orem เป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem, 1991) 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of Self-care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนคติสำคัญได้แก่ มโนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนคติเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนคติเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนคติเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self - care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว (จุฑา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบและเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent - care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.4

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

1.2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ความหวังในตนเอง การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะ ที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นศูนย์กลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อ
การดูแลตนเอง

1.2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

1.2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการ

ตัดสินใจ มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไป
ใช้ได้ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ

1.2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

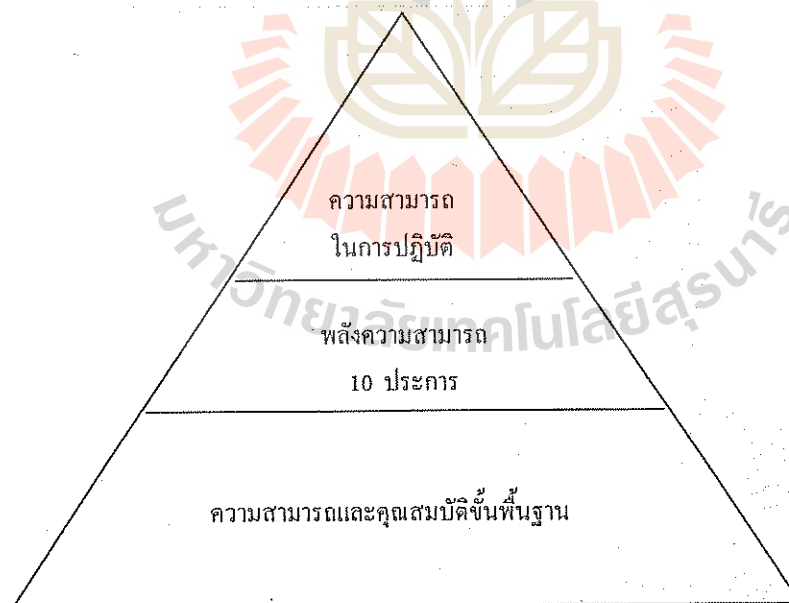
1.2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและ
สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
ประกอบด้วย

1.2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูล
ความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์

1.2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
สิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

1.2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ
รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง



ภาพที่ 18 โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand: TSCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self - care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self - care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - care Requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

- 1.3.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 1.3.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3.1.3 คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.3.1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.3.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.3.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบ

สังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self - care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อนำให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1.3.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

1.3.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

1.3.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self – care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเปี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความต้องการนี้ได้แก่

1.3.2.4 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.3.2.5 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อ

การพัฒนากาย

1.3.2.6 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันพยาธิสภาพ

อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2.7 รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจาก

โรค

1.3.2.8 ดัดแปลงอัตมโนคติหรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความ

ต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.2.9 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการ

วินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs)

เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มี

อิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะพัฒนาการ 4) ภาวะสุขภาพ 5) ระบบบริการสุขภาพ 6) สังคมชนบทหรือเมือง 7) ระบบครอบครัว 8) แบบแผนการดำเนินชีวิต 9) สิ่งแวดล้อมสุขภาพที่อยู่อาศัย 10) แหล่งประโยชน์ต่างๆ และ 11) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care Deficit)

Orem กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถในการที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล ทฤษฎีได้อธิบายถึงความต้องการของบุคคลและประโยชน์ที่ได้รับจากการพยาบาล ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD <

SCA)

2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD

> SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3. ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)

เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยระดับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

2.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้รับบริการที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้รับบริการอัมพาต ผู้รับบริการไม่รู้สึกร่างกาย

2.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้รับบริการด้านออริโอบิดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก

2.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางจิต

สำหรับบทบาทของพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด ประกอบด้วย

- 1) การกระทำดูแลตามความต้องการการดูแลทั้งหมดให้ผู้รับบริการ
- 2) การชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้รับบริการในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
- 3) การช่วยระดับประคองและปกป้องผู้รับบริการ

2.2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้รับบริการ โดยพยาบาลจะช่วยผู้รับบริการสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกัน ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล ผู้รับบริการจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้รับบริการที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้รับบริการต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

2. 2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้

บางส่วน

2.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับบทบาทของพยาบาลในระบบทดแทนบางส่วน ประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างให้กับผู้รับบริการ
- 2) การชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง
- 3) การช่วยผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการต้องการ

สำหรับบทบาทของผู้รับบริการ ประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
- 2) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
- 3) การยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

2.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้รับบริการได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้รับบริการคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับบทบาทของผู้รับบริการในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย

- 1) การเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเอง
- 2) การกระทำการดูแลตนเอง ประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต

ส่วนบทบาทของพยาบาลในระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ คือ การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้รับบริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

Orem (1995) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและญาติเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ โดยวิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธี ดังนี้

1) การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งถ้าผู้รับบริการรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้รับบริการทราบและต้อง

อาศัยความร่วมมือจากผู้รับบริการด้วย จะพยาบาลจะต้องช่วยผู้รับบริการในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำและจะต้องบอกผู้รับบริการว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้รับบริการจะต้องรายงานอะไรแก่พยาบาลบ้าง ถ้าผู้รับบริการไม่รู้สีกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลจะต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้รับบริการด้วย การกระทำให้หรือกระทำทดแทนเหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือเป็นผู้ที่สูญเสียความสามารถทั้งด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด

2) การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้

3) การสนับสนุน (Supporting another) เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว

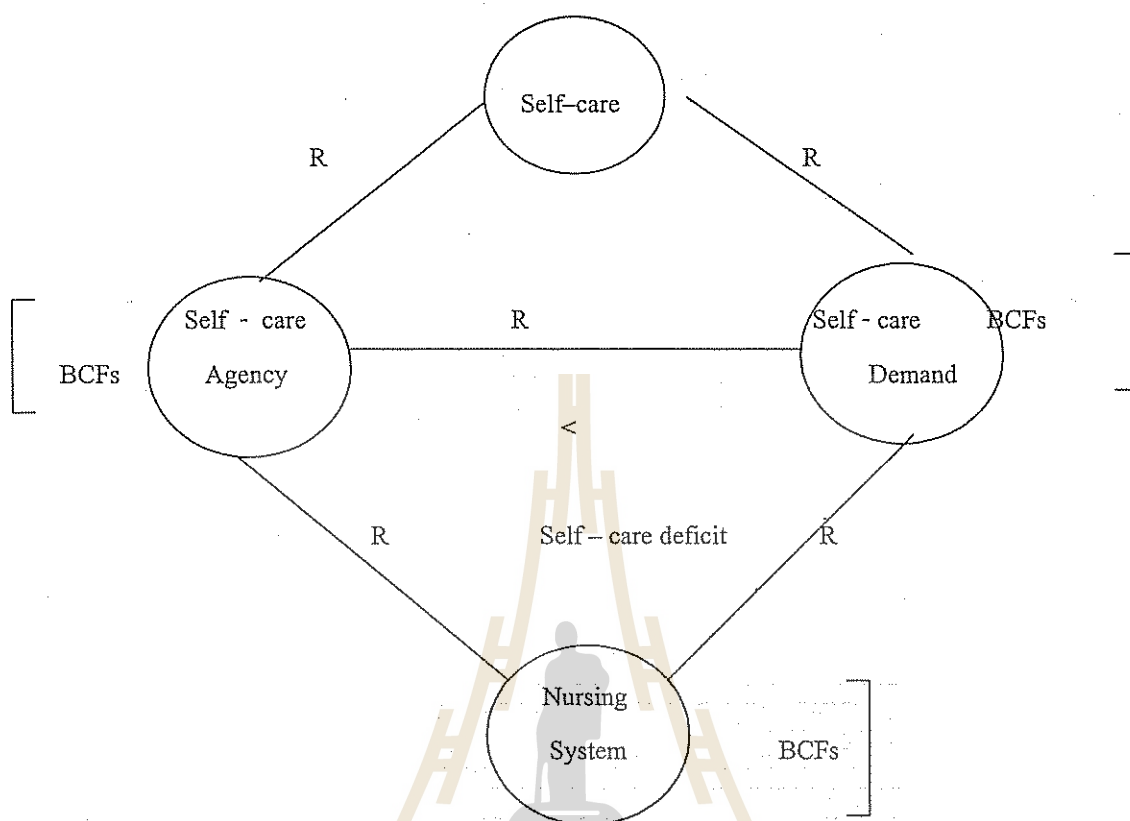
4) การสอน (Teaching) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง โดยหลักในการสอนนั้นต้องเป็นการสอนในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมความรู้เดิมและสร้างความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการกระทำ พิจารณาความพร้อมของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ พยาบาลจะต้องประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ตลอดเวลา

5) การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้รับบริการในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถอย่างสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติในทัศนและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและผู้อื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

- 1) ความรู้
- 2) ประสบการณ์
- 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
- 4) ทักษะทางสังคม
- 5) แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
- 6) ทัศนคติของตนเองเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย และ ประกอบด้วย 6 มโนคติ ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงตามภาพที่ 19



ภาพที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดหลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem
(ที่มา: Orem, 1991: 64)

กระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของOremประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Dennis, 1997)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and prescription)

เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan)

เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control)

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

ตามแนวคิดของOremได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลของ Orem กับ แนวคิดกระบวนการพยาบาล

Self - Care Theory	Nursing Process
1. Diagnosis and Prescription	1. Assessment 2. Nursing Diagnosis
2. Design and Plan	3. Planning
3. Regulate and Control	4. Implementing 5. Evaluation

ตัวอย่าง แผนการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

- มีการทำงานของระบบประสาทปกติ รับรู้รส กลิ่น เสียง มองเห็น และสัมผัสและความรู้สึกเจ็บปวดร้อนหนาวถูกต้อง

- มีความตั้งใจและสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย

- มีความสามารถพูดคุย สื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดี

- พบ Osteolytic lesion at Rt clavicle

2. ประเมินความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นทั้ง 3 ด้าน

USCR: - เดินออกกำลังกายทุกวันวันละ 15 นาที

- มีอาการปวดตึงบริเวณต้นคอ มีการเคลื่อนไหวแขนข้างซ้ายได้น้อย ขณะเคลื่อนไหวจะรู้สึกปวด

- ได้รับอาหารน้ำเพียงพอ ชับถ่ายวันละ 1 ครั้งไม่มีปัญหาการขับถ่าย

- พักผ่อนวันละ 6 - 7 ชม.

HDSCR: - รับประทานยาแคลเซียมวันละ 1 เม็ด

- รับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวไม่ต่อเนื่อง ไม่ทราบผลการตรวจเลือด

3. ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (BCFs): อายุ 54 ปี ป่วยเป็นโรคความดันสูงมา 3 ปีแล้ว อยู่กับภรรยาที่บ้านเช่า ผู้รับบริการมีอาชีพขายกล้วยเดี่ยว

4. แผนการพยาบาล

ความพร้อมในการดูแลตนเอง: ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการทำกิจกรรมบกพร่อง

จุดมุ่งหมายทางการพยาบาล: ให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาล/ กิจกรรมการช่วยเหลือ: ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

- 1) ประเมินการทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพร่วมกับผู้รับบริการและญาติ
- 2) ให้คำแนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวแขนที่ถูกต้อง
- 3) ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอ

สรุป ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem เป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลในโลกของความจริงทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีคือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจน คือ พยาบาลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเองตามศักยภาพที่ผู้รับบริการและญาติจะกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนในขณะที่ผู้รับบริการและญาติไม่สามารถกระทำได้

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดของการปฏิสัมพันธ์
ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy
(The Roy Adaptation Model)

ประวัติโดยย่อ

ศาสตราจารย์ ดร.คาลิสตา Roy (Sister Callista Roy) มีความเชื่อพื้นฐานว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีสาระความรู้เฉพาะทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและเพื่อเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล และสังคมเองก็คาดหวังที่จะได้พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถที่จะช่วยเหลือประชาชนได้ เธอจึงพยายามสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 ซึ่งเป็นระยะหลังจากสำเร็จปริญญาตรีทางการพยาบาลในวิทยาลัย Mount Saint Mary' College และศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมือง ลอสแอนเจลิส ภายใต้การสนับสนุนของ Dr. Dorothy E Johnson

ทฤษฎีการพยาบาลของ Roy พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎีด้วยกัน โดยมีทฤษฎีหลักคือ ทฤษฎีการปรับตัวของ Helson ซึ่งอธิบายถึงสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทฤษฎีระบบที่นำมาอธิบายบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่เป็นระบบการปรับตัว ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีความต้องการ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีทางด้านปรัชญา ที่อธิบายเกี่ยวกับบุคคลที่เป็นองค์รวม และจุดมุ่งหมายของการคงอยู่ของมนุษย์ที่มีลักษณะ การสร้างสรรค์ มีการให้ความหมาย และ Roy มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถของตนเองมาแต่กำเนิด (innate capabilities) ท่านจึงสนใจในมโนคติการปรับตัวและพัฒนาการทั้งเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับในเวลาต่อมา

Roy ได้ตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกในปี ค.ศ 1970 ในชื่อ The Roy Adaptation model และวิทยาลัย เม้าท์เซนต์แมรี่ (Mount Saint Mary's College) ได้นำทฤษฎีการปรับตัวนี้มาเป็นแกนในการจัดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีและหลักสูตรต่อเนื่อง หลังจากนั้นสถาบันการศึกษพยาบาลอื่นๆ ก็ได้นำไปใช้ในการสร้างหลักสูตร รวมทั้งนำไปศึกษาค้นคว้าวิจัยเรื่อยมา



มโนคติหลักของทฤษฎีการปรับตัวของRoy

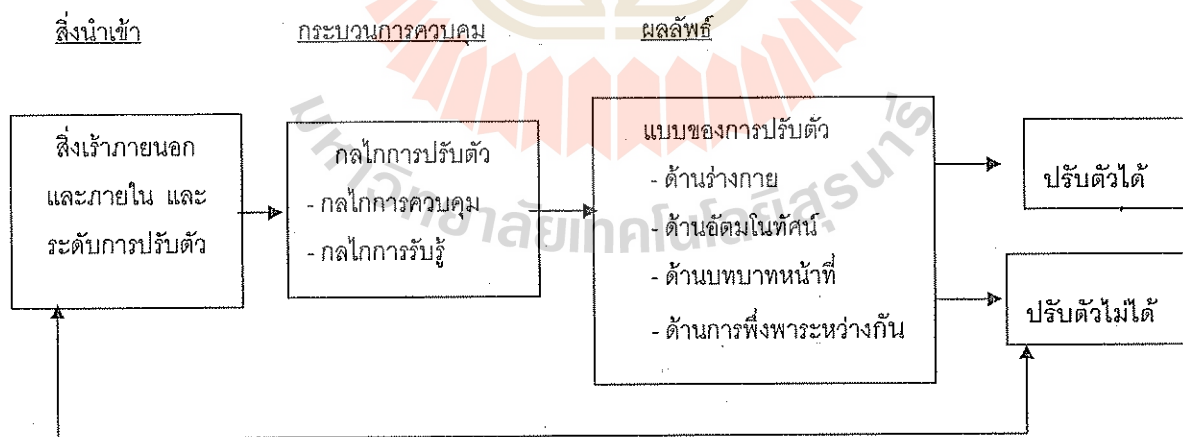
มโนคติหลักของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ประกอบด้วยกลุ่มมโนคติหลัก (Metaparadigm concepts) 4 ประการ ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีความหมายเพื่อบอก อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (Fawcett, 1984 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. คน (Person) : เป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial being) เป็นระบบการปรับตัว (Human as a Adaptation system) และเป็นระบบเปิดซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบโดยกระบวนการภายใน ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) และกลไกการรับรู้ (Cognator mechanism) ทำหน้าที่ในการปรับตัว 4 ด้านคือ การปรับตัวด้านสรีระ-กายภาพ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกัน การปรับตัว ที่ดีจะทำให้คนบรรลุเป้าหมายในการเจริญเติบโต สามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรค ในชีวิตได้ (Roy & Andrew, 1991; 1999)

2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบุคคล (Roy & Andrew, 1991; 1999)

2.1 บุคคลเป็นระบบการปรับตัว : บุคคลเป็นระบบเปิดมีหน่วยย่อยทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และสะท้อนผลการทำงานให้เห็นเป็นหน่วยเดียว ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมเช่นกัน

ระบบมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งนำเข้า (Inputs) สิ่งนำออก (Outputs) กระบวนการควบคุมและกระบวนการป้อนกลับ (Control and feedback processes) สิ่งนำเข้าคือ ผลรวมของสิ่งเร้าทั้ง 3 ประเภท เข้าสู่ระบบ เรียก ระดับการปรับตัว (Adaptive level) เกิดกระบวนการควบคุมภายใน 2 กลไก และนำออกเป็นพฤติกรรมของบุคคล 2 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 20

แสดงองค์ประกอบของระบบการปรับตัวของรอย

ระดับการปรับตัว แบ่งเป็น 3 ระดับ (Roy & Andrew, 1999)

1) ภาวะการพื้นฐานของชีวิต (Integrated Adaptation level) เป็นโครงสร้างและการทำหน้าที่ของภาวะการของชีวิต ซึ่งทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้บรรลุความต้องการของมนุษย์

2) ภาวะการปรับตัวชดเชย (Compensatory level) เป็นภาวะการที่ทำงานเพิ่มขึ้นจากการทำงานของภาวะการพื้นฐานของชีวิต

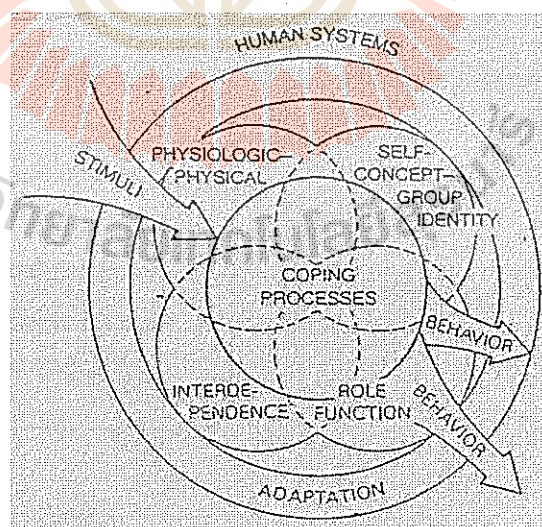
3) ภาวะการชีวิตอยู่ในอันตราย (Compromised level) เป็นภาวะการซึ่งเป็นผลจากภาวะการพื้นฐานของชีวิตและภาวะการชดเชยทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

2.2 กลไกการปรับตัว : เป็นกลไกที่เกิดขึ้นแล้วทำให้คนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า แบ่งเป็น 2 กลไกคือ

1) กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) : เป็นกลไกการปรับตัวพื้นฐานที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่เป็นกลไกด้านสรีระเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่างๆของอวัยวะภายในร่างกายให้อยู่ในสภาวะปกติและมีผลกระทบต่อกลไกการคิดต่อไป ภาวะการนี้จะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาทสารเคมีและต่อมไร้ท่อ

2) กลไกการคิด (Cognator mechanism) : เป็นกลไกที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่สัมพันธ์กันของจิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ โดยเมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้าสู่ระบบของบุคคลจะผ่านเข้าสู่ภาวะการรับรู้ เรียนรู้ เกิดการตัดสินใจและหาแนวทางแก้ปัญหาตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิตที่ช่วยปรับสภาพอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น

การทำงานของทั้งภาวะการควบคุมและภาวะการคิดจะทำงานสัมพันธ์และควบคู่กันเสมอ ไม่ว่าการปรับตัวนี้จะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ดังภาพที่ 16



ดั่งภาพที่ 21 ระบบการปรับตัวของมนุษย์ (ที่มา: Roy, 1999: 114)

2.3 พฤติกรรมการปรับตัวด้านต่างๆ (The Adaptive Modes) : เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลหรือกลุ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกต รับรู้ วัดและประเมินได้ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

2.3.1 การปรับตัวด้านสรีระ- ภายภาพ เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายของบุคคลหรือกลุ่ม

ก. ระดับบุคคล

การปรับตัวด้านสรีระ (Physiological Mode) : เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ประการ คือ ออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันหรือระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับกระบวนการของ ร่างกายที่ซับซ้อน 4 กระบวนการ คือ การรับความรู้สึก น้ำ อิเล็กโทรไลต์และกรดต่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ

การปรับตัวด้านร่างกายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 5 ประการ ประกอบด้วย

(1) **ความต้องการออกซิเจน** เป็นความต้องการที่ร่างกายต้องการออกซิเจน และกระบวนการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการขนส่งก๊าซในร่างกาย

Roy แนะนำเกี่ยวกับการประเมินสภาพว่าต้องมีการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวและสิ่งเร้าที่ผลต่อการปรับตัว ซึ่ง**พฤติกรรมการปรับตัว** ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการหายใจ อัตรา จังหวะ แบบแผนการหายใจ แรงที่ใช้ในการหายใจ เสียงหายใจ ประสิทธิภาพของการไอ ระดับของออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์เลือด เป็นต้น ส่วน**สิ่งเร้า**ที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความผิดปกติของโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ศูนย์ควบคุมการหายใจ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปอดอักเสบ วัณโรคปอด เป็นต้น หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการขนส่งก๊าซออกซิเจน เช่น ภาวะหัวใจวายที่ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเขียว (cyanosis) เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (ventilation impairment) ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (hypoxia) การขนส่งก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอ (inadequate gas transportation)

(2) **อาหารและโภชนาการ** ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึมสารอาหารเพื่อดำรงรักษา ซ่อมแซมอวัยวะต่างๆ และการเจริญเติบโตของร่างกาย กระบวนการทำงานในการตอบสนองด้านโภชนาการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การย่อยอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

กระบวนการย่อยอาหาร เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่ 1) การรับประทานอาหารซึ่งเกิดจากความหิวและความอยากอาหาร 2) การเคลื่อนไหวของอาหารผ่านอวัยวะของทางเดินอาหาร 3)การย่อยอาหารด้วยอวัยวะช่วยย่อยอาหาร 4) การย่อยอาหารโดยน้ำย่อยที่หลั่งออกมาเฉพาะอย่าง ทำให้เป็นโมเลกุลเล็กๆ พร้อมทั้งจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด 5) การบวนการดูดซึมสารอาหารเข้ากระแสเลือดเพื่อไปยังเซลล์ต่างๆ ทั่วร่างกาย และ6) การขับถ่ายกากอาหาร **การเผาผลาญสารอาหาร** เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดพลังงานและความร้อนขึ้น ซึ่ง

ประกอบด้วยปฏิกิริยาการสร้างสารโมเลกุลใหญ่จากโมเลกุลเล็ก (anabolism) และปฏิกิริยาแตกตัวของสารโมเลกุลใหญ่ออกเป็นโมเลกุลเล็กหรือกระบวนการสลายตัว (catabolism)

การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การประเมินความอยากอาหาร หรือความหิว ความกระหาย น้ำหนักและส่วนสูง แบบแผนการรับประทานอาหาร การแพ้สารอาหาร และสภาพภายในช่องปาก ส่วนการประเมินสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของบุคคล เช่น การบาดเจ็บของทางเดินอาหาร การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่มีผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และวัฒนธรรมด้านอาหาร เช่น การถือศีลอดของศาสนาอิสลาม เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น ได้รับสารอาหารน้อยกว่าปกติเนื่องจากเบื่ออาหาร ; คลื่นไส้ อาเจียน และการรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ

(3) การขับถ่าย ความต้องการการขับถ่ายประกอบด้วยกระบวนการร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายของเสียต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การขับถ่ายของเสียทางลำไส้ และการขับถ่ายของเสีย ทางไต

การขับถ่ายทางลำไส้จะเกิดจากการทำงานในการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็กจะเคลื่อนไหวโดยการหดตัวบีบเป็นคลื่นทำให้อาหารคลุกปนกับน้ำย่อยและทำให้อาหารเคลื่อนต่อไปเรื่อยๆ ด้วยความเร็ว 20 cms/m ซึ่งโดยทั่วไปอาหารเคลื่อนจากกระเพาะอาหารถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลาประมาณ 3 - 5 ชั่วโมง เมื่อกากอาหารที่สะสมในทวารหนักมีมากขึ้น ทำให้กระตุ้นเซลล์ส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง เร่งกล้ามเนื้อเรียบของทวารหนักให้มีการหดตัวขับอุจจาระออกมา

การขับถ่ายทางไตในระบบทางเดินปัสสาวะช่วยให้ร่างกายสามารถขับถ่ายของเสียที่เป็นส่วนประกอบของไนโตรเจนออกจากเลือดและขับออกนอกร่างกาย โดยผ่านการกรองปัสสาวะ (Glomerulus filtration) การขับออกจากท่อ (Tubular secretion) และการดูดซึมเข้าสู่ท่อ (Tubular reabsorption) เมื่อไตผลิตปัสสาวะลงสู่กรวยไต และกระเพาะปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ reflex จากไขสันหลังจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหูรูดหดตัวทำให้ปัสสาวะถูกขับออกไปสู่ท่อปัสสาวะ

การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการขับถ่าย ได้แก่ ลักษณะอุจจาระที่ถูกขับถ่ายออกมา จำนวน สี กลิ่น ความถี่ ความแข็ง และความยากลำบากในการขับถ่าย ส่วนการขับถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ จำนวน ความถี่จำเพาะ สี กลิ่น ความใส ความเจ็บปวด เป็นต้น สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการขับถ่าย ได้แก่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ชนิดและปริมาณสารอาหารที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมในการขับถ่าย เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ท้องผูก ท้องร่วง ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกน้อย ท้องอืด เป็นต้น

(4) กิจกรรมและการพักผ่อน บุคคลต้องการความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายทุกส่วนได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีช่วงพักผ่อนสำหรับเวลาของการซ่อมแซมบำรุงรักษา

การทำกิจกรรมต้องอาศัยการทำงานของระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ระบบประสาท รวมทั้งระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและสิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรม สำหรับการพักผ่อนเป็นความต้องการที่แสดงถึงความสามารถของร่างกายในการซ่อมแซมและบำรุง ซึ่งหมายรวมถึงความรู้สึกล้าคลายที่ปราศจาก

ความไม่สุขสบาย ส่วนการนอนหลับเป็นความต้องการด้านร่างกายเช่นเดียวกับการพักผ่อนเกิดเมื่อความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมลดลง และเป็นช่วงเวลาที่ย่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth hormone) และมีการสังเคราะห์โปรตีนและสารต่างๆ ในร่างกาย เชื่อว่าเกิดในระยะที่ 4 ของวงจรการนอนหลับ (ในคนปกติวงจรการนอนหลับ ประกอบด้วย NREM & REM sleep สลับกัน 4 – 6 รอบ)

การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการมีกิจกรรม การพักผ่อนและนอนหลับ ประกอบด้วย ประเภทการออกกำลังกาย การทำงานของกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ ปริมาณและคุณภาพการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ และพฤติกรรมที่แสดงออกว่ามีการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลีย อิดโรย ขอบตาค้ำ เป็นต้น การประเมินสิ่งเร้า ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อ สภาพจิตใจ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในเวลากลางวัน อายุ ประวัติการใช้ยานอนหลับ เป็นต้น

ตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาล เช่น แบบแผนการนอนถูกรบกวนจากความวิตกกังวล; กล้ามเนื้อลีบเล็กลง ข้อติดเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น

(5) **การป้องกัน** เป็นความต้องการความปลอดภัยจากอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย และการทำหน้าที่ของผิวหนังที่จะป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ บาดเจ็บหรืออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง Roy อธิบายว่า การป้องกันเป็นกระบวนการที่ผิวหนัง ผม เล็บ และระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเกี่ยวกับการป้องกัน ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ผิวหนัง โดยการสัมผัสและรับรู้ความรู้สึกร้อน / เย็นของผิวหนัง ความกว้างของการทำลายผิวหนังที่ตรวจพบ รูปร่าง ลักษณะของผิวหนังที่เปลี่ยนแปลง 2) ผนังศีรษะและผม ซึ่งเป็นบริเวณที่มีขนปกคลุมมากเพื่อหาความผิดปกติ เช่น ก้อน หรือRoy แผล เป็นต้น 3) การหลั่งเหงื่อ ซึ่งเป็นการควบคุมระดับความร้อนในร่างกาย 4) การรับความปวดและอุณหภูมิ มีความสำคัญมากต่อกลไกการหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะมีต่อบุคคล 5) แผลผ่าตัดและความปวดแผล ซึ่งรวมไปถึงระยะเวลาของความปวดและความทนต่อความปวดของบุคคล และ 6) สภาวะภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในร่างกาย ตลอดจนชนิดของภูมิคุ้มกันที่ได้รับ

สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการป้องกัน ประกอบด้วย 1) ระยะพัฒนาการ เพราะความแข็งแรงของระบบผิวหนังและระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ การได้รับสารเคมีหรือยาบางชนิด อาจทำให้การทำงานของระบบผิวหนังหรือระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงได้ 3) ความมั่นคงของการปรับตัวด้านอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนที่มีการไหลเวียนเลือดในร่างกายลดลงทำให้ผิวหนังแห้งแตกได้ง่าย และ 4) ประสิทธิภาพของกลไกการรับรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ หากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารในการสร้างความแข็งแรงของผิวหนัง

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ผิวหนังปราศจากความแข็งแรงเนื่องจากขาดสารอาหารโปรตีน กระบวนการซับซ้อนของร่างกายอีก 4 ประการ ได้แก่

(1) **การรับรู้ความรู้สึก (Sense)** หมายถึง การเห็น การได้ยิน การรับสัมผัส การรับรสและกลิ่น ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกโดยผ่านระบบประสาททั้ง 5 ดังกล่าวจะช่วยให้นักคนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ความรู้สึกเจ็บปวดเป็นการรับรู้ที่สำคัญประการหนึ่งในการทำหน้าที่ของระบบนี้ซึ่งพยาบาลจะต้องประเมินอย่างถูกต้อง

(2) **น้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and electrolyte)** ความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรด - ด่าง ในร่างกายจำเป็นสำหรับการทำงานของเซลล์และอวัยวะในระบบต่างๆ ในทางตรงข้าม การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายขาดประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ได้เช่นเดียวกัน มีระบบในร่างกายหลายระบบที่ทำงานเพื่อรักษาสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ

(3) **การทำงานของระบบประสาท (Neurological functions)** เป็นส่วนสำคัญทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของกลไกการปรับตัวของบุคคล ระบบประสาททำหน้าที่ในการควบคุมและประสานการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรู้สติและจิตอารมณ์ของบุคคล ตลอดจนควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

(4) **การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine functions)** จะทำงานควบคู่ไปกับการทำงานของระบบประสาท ในการที่จะประสานและเกี่ยวพันกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย การทำงานของต่อมไร้ท่อจะมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความเครียดและเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมการทำงานของกลไกการปรับตัวของบุคคล

การประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าสำหรับกระบวนการที่ซับซ้อนต้องอาศัยการประเมินในหลายระบบที่เกี่ยวข้องตามที่ได้กล่าวในเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล

ข. ระดับกลุ่ม

การปรับตัวด้านกายภาพ (Physical mode) เป็นการปรับตัวด้านกายภาพในการรวมกลุ่มของบุคคลโดยต้องอาศัย ก. การมีส่วนร่วม อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ข. สิ่งสนับสนุนทางกายภาพ เช่น ที่ประชุมกลุ่ม ที่พัก หนังสือ อาหาร อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น และ ค. งบประมาณ เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของการดำเนินการกลุ่มเพื่อช่วยให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 **การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - concept Mode):** เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งอัตมโนทัศน์ หมายถึง ผลรวมของความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง มีพัฒนาการมาตั้งแต่วัยทารก

ก. ระดับบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

(1) **อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self)** เป็นความรู้สึก นึกคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ด้านบุคลิกและความสามารถของร่างกาย ถ้ามีความบกพร่องในการปรับตัว อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัว เกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถยอมรับความจริงได้

(2) **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self)** เป็นการปรับตัวที่เกิดจากการมีความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง และปณิธานที่บุคคลนั้นยึดมั่น ซึ่งแบ่งได้เป็น

(1) **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency)** ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความมั่นคง และความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะตอบสนองออกมาเป็น พฤติกรรมของความวิตกกังวล

(2) **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านปณิธานความหวัง (Self-ideal)** เป็นความรู้สึก และความคาดหวังที่เกิดขึ้นต่อตนเองว่าจะทำอะไร จะเป็นอะไร รวมทั้งความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองและหากบุคคล ไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลจะตอบสนองออกมาในพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต และไม่ยอมทำอะไร

(3) **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านศีลธรรม-จรรยา (Moral-ethical self)** เป็นความรู้สึกนึก คิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ศีลธรรมจรรยา ค่านิยมทางสังคม ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งเป็นเสมือนสิ่งที่จะบอกให้บุคคลรู้สึกถึงความดี - เลวเกี่ยวกับตนเอง และปัญหาในการปรับตัวด้านนี้ ได้แก่ ความรู้สึกผิด

(4) **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem)** เป็น ความรู้สึกที่รับรู้ถึงความมีคุณค่า และการมีประโยชน์ของตนเอง ครอบครัวยุ และสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับอัตมโน ทัศน์อื่นๆ ข้างต้นด้วย หากไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลดังกล่าวจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำกว่าปกติ

ข. ระดับกลุ่ม

เอกลักษณ์กลุ่ม หมายถึง ความสัมพันธ์ เป้าหมาย และค่านิยมที่จะสร้างสรรค์สังคม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ภาพลักษณ์ของกลุ่ม และการร่วมรับผิดชอบในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม กระบวนการนี้จะ ก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ

การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ลักษณะพฤติกรรมในการปรับตัวด้านอัต มโนทัศน์มีทั้งพฤติกรรมที่ซ่อนเร้นและพฤติกรรมที่เปิดเผย พยาบาลต้องใช้ทักษะในการสังเกตและสัมภาษณ์ ตัวอย่าง คำถาม เช่น "ท่านรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของท่านอย่างไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร" "ท่านคิดว่าตัวท่าน เป็นอย่างไร" "ท่านอยากเป็นอะไร" "ท่านเชื่อในสิ่งใดบ้าง เพราะเหตุใด" "ท่านรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไรบ้าง"

สิ่งเร้าในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ 1) การรับรู้ตนเอง 2) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ 3) การเรียนรู้ 4) ปฏิกริยาของบุคคลใกล้ชิด 4) ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของชีวิต 6) กลวิธีการเผชิญ ปัญหา ตัวอย่างปัญหาสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องจากอยู่ระยะปรับตัวในการสูญเสียและ ปฏิกริยาของบุคคลสำคัญ; โศกเศร้าเนื่องจากรู้สึกขาดความมั่นคงทางจิตใจจากการสูญเสียสามี เป็นต้น

2.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) : การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็น การปรับตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และการอยู่กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าบุคคลมีหน้าที่ หรือมีบทบาทอะไรใน สังคม โดยแบ่งชนิดของบทบาทเป็น 3 แบบ คือ

(1) **บทบาทปฐมภูมิ (Primary role)** เป็นบทบาทที่บุคคลได้รับมาเนื่องจากธรรมชาติของ กระบวนการชีวิต เช่น บทบาทลูก บทบาทเพศหญิง เพศชาย

(2) **บทบาททุติยภูมิ (Secondary role)** เป็นบทบาทที่บุคคลได้รับจากการกระทำ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นบทบาทที่มีระยะเวลานาน หรือเป็นบทบาทถาวร เช่น บทบาทเพื่อนร่วมงาน

(3) **บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role)** เป็นบทบาทที่เกิดร่วมกับ บทบาททุติยภูมิ แต่มีระยะเวลาดำรงบทบาทสั้นๆ ไม่ถาวร เช่น บทบาทผู้ไปเลือกตั้งสมาชิกผู้แทนราษฎร

ในการดำเนินชีวิตตามปกติ บุคคลจะดำรงบทบาทต่างๆ มากมาย บุคคลต้องเรียนรู้ แสดงบทบาท และปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลจะต้องได้รับบทบาทผู้ป่วยเพิ่มเข้ามาในชีวิต ถ้าปรับตัวไม่ได้ย่อมเกิดความรู้สึกตึงเครียดและมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเพราะปัญหาการปรับตัวด้านนี้จะกลายเป็นสิ่งเร้าที่ไปกระทบการปรับตัวด้านร่างกายหรือด้านอื่นๆ ต่อไป

สำหรับการแสดงพฤติกรรมของบทบาทประกอบด้วย 2 พฤติกรรมคือ

(1) **พฤติกรรมกระทำตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง (Instrumental behavior)** หมายถึง การกระทำต่างๆ เพื่อแสดงว่าตนเองดำรงบทบาทได้อย่างเหมาะสม เช่น การแสดงบทบาทการอบรมเลี้ยงดูบุตรเป็นบทบาทของบิดา มารดา เป็นต้น

(2) **พฤติกรรมตามความรู้สึกของบุคคลที่ดำรงบทบาท (Expressive behavior)** หมายถึง ความรู้สึก หักศนคติ ความชอบไม่ชอบที่มีต่อบทบาท

สิ่งเร้าในการปรับตัวด้านบทบาท ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องในบทบาท การมีสิ่งสนับสนุน และการร่วมมือ

ปัญหาการปรับตัวที่พบได้แก่

(1) **การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม** หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับเอาบทบาทใหม่เข้ามาในชีวิต แล้วไม่สามารถดำรงบทบาทได้สอดคล้องกับบทบาทปฐมภูมิ เช่น นาง ก หลังคลอดบุตร ต้องการเป็นมารดาที่ดี แต่ผู้คุมบุตรไม่ถูกต้อง หรือให้บุตรไม่ถูกต้อง เพราะไม่ได้รับการสอนหรือไม่มีแบบอย่างที่ดีเพราะกำพรวแม่ตั้งแต่วัยเด็ก เป็นต้น

(2) **บทบาทไม่สมจริง** เป็นปัญหาการปรับตัวที่บุคคลมีทัศนคติไม่ต่อบทบาทที่แสดงอยู่ แต่ก็สามารถแสดงบทบาทได้ด้วยความฝืนใจ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบกินหวานแต่ต้องปรับแบบแผนการรับประทานอาหารใหม่

(3) **การขัดแย้งในบทบาท** เป็นความรู้สึกขัดแย้งและคับข้องใจเกี่ยวกับบทบาทนั้นๆ ทำให้แสดงพฤติกรรมกระทำและพฤติกรรมความรู้สึกไม่เหมาะสม หรือแสดงไม่ได้ เช่น นางสาว ก กระดูกหัก ต้องการไปรักษาที่แพทย์ปัจจุบัน แต่ครอบครัวไปพาไปตระเวนรักษากับหมอพื้นบ้าน ทำให้ นางสาว ก รู้สึกคับข้องใจเพราะไม่สามารถตัดสินใจที่จะแสดงบทบาทผู้ป่วยตามความคาดหวังได้อย่างเหมาะสม

(4) **ความล้มเหลวในบทบาท** เป็นปัญหาการปรับตัวที่ซับซ้อน ที่พบว่าผู้แสดงบทบาทไม่สามารถแสดงพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมกระทำและพฤติกรรมตามความรู้สึกได้

2.3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependent mode) : เป็นการ ตอบสนองต่อความต้องการ ที่จะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกิดจากการพึ่งตนเองและการพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ได้แก่ การให้ความรัก

และได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลอื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอึดใจ ประกอบด้วย สัมพันธภาพ 2 อย่างคือ สัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ (Significant others) และสัมพันธภาพกับระบบสนับสนุน (Support systems) โดยบุคคลสำคัญ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมีความสำคัญต่อบุคคลมากที่สุดในชีวิต อาจเป็นบิดา มารดา คู่สมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ส่วนระบบสนับสนุน หมายถึง บุคคล หรือสิ่งของ สัตว์เลี้ยง ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในสัมพันธภาพและสุขใจ เช่น ภรรยาจะมีสามีเป็นบุคคลสำคัญ และมีเพื่อนร่วมงานเป็นระบบสนับสนุน

การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันของบุคคลจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมการได้รับ (Receptive behavior) และพฤติกรรมการให้ (Contributive behavior) พฤติกรรมการได้รับบ่งบอกว่าบุคคลได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลสำคัญหรือระบบสนับสนุน ส่วนพฤติกรรมการให้ เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับความจนใจเอาใจใส่ให้การดูแลกับบุคคลอื่น ตัวอย่างคำถาม เช่น "ท่านคิดว่าใครเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน" "บุคคลสำคัญแสดงความรัก ความเลื่อมใสต่อท่านอย่างไร" "ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการแสดงออกของบุคคลสำคัญ"

สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วย ความตระหนักถึงความต้องการและความคาดหวังในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสามารถในการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน และระยะพัฒนาและพัฒนกิจตามวัย

หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้ อาจเกิดเป็นปัญหาการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นไม่เหมาะสม เช่น ความว้าวุ่นเนื่องจากได้รับการเอาใจใส่ดูแลน้อยและรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

3. สิ่งแวดล้อม (Environment) : ทุกสิ่งทุกอย่างที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกเปรียบได้กับสิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อการพฤติกรรมของบุคคล Roy จำนวนสิ่งเร้าเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองโดยทันที

2.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้สิ่งเร้าตรงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

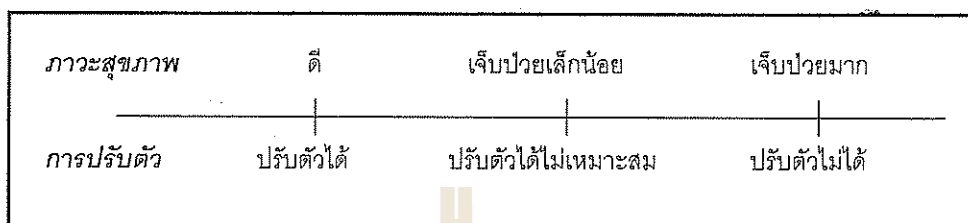
2.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อบุคคลที่ยังไม่ชัดเจน เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์เดิม เป็นต้น

ข้อเท็จจริงสำหรับสิ่งเร้า

- สิ่งเร้าเป็นได้ทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิตที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม มีคุณลักษณะทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ จิตสังคมและวัฒนธรรม
- พฤติกรรมปรับตัวของด้านหนึ่งจะกลายเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของด้านอื่นได้ เช่น ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในด้านอัตมโนทัศน์ อาจกลายเป็นสิ่งเร้าในเรื่องของการรับประทานอาหาร เป็นต้น
- สิ่งเร้าตรงสามารถมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากกว่า 1 ด้าน

- เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลง สิ่งเราก็จะเปลี่ยนไปได้

4. ภาวะสุขภาพ (Health): ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรม การปรับตัวนั่นเอง



ภาพที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นเป็นพฤติกรรม การปรับตัว

5. การพยาบาล (Nursing) : การบริการที่ให้แก่บุคคล หรือกลุ่มบุคคล โดยการส่งเสริมการปรับตัวทั้ง ทางด้านสรีระ ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ด้วยการจัดการกับสิ่งเร้าโดยการลด ขจัด เพิ่ม และคงไว้ซึ่งสิ่งเร้าต่างๆที่มีผลต่อการปรับตัว

กระบวนการพยาบาลของ Roy

Roy (Roy & Andrew, 1999) ได้อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลไว้ค่อนข้างชัดเจน โดยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินพฤติกรรม การปรับตัว
- 2) การประเมินเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ล้อมรอบผู้รับบริการ
- 3) การวินิจฉัยการพยาบาล
- 4) การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล
- 5) การปฏิบัติการพยาบาล
- 6) การประเมินผลการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรม การปรับตัว

การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of behaviors) ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ซึ่งก็คือพฤติกรรม การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะได้มาจากการสังเกต การสัมภาษณ์และการตรวจวัดอย่างมีระบบเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และพิจารณาสรุปเป็นพฤติกรรม การปรับตัวที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม การปรับตัวที่ดีได้แก่การที่บุคคลเกิดความมั่นคงในเรื่องการอยู่รอด การเจริญเติบโต การสืบพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสิ่งเร้า

เป็นขั้นตอนที่ประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (Assessment of influencing factors) นั่นคือ การประเมินหรือค้นหาสิ่งเร้าหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวซึ่งได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้า

แฝง ตามปกติสิ่งเร้าตรงจะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดปัญหาจึงมักมีเพียงสาเหตุเดียว ส่วนสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงมักมีหลายสาเหตุร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยการพยาบาล

เป็นขั้นตอนการระบุปัญหาหรือบ่งบอกปัญหาจากพฤติกรรมที่ประเมินได้ในขั้นตอนที่ 1 และระบุสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของปัญหาในขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้ปัญหาและสาเหตุแล้วจะสามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ เช่น ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเคมีรักษา

เมื่อกำหนดปัญหาได้ครบแล้วต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทฤษฎีนี้ได้เสนอแนวทางซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาไว้ดังนี้

1. ปัญหาซึ่งคุกคามชีวิตของบุคคล
2. ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนการเจริญเติบโตของบุคคล
3. ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่เกิดขึ้นอย่างยืดเยื้อและต่อเนื่อง
4. ปัญหาซึ่งกระทบกระเทือนขีดความสามารถของบุคคลที่จะบรรลุผลสำเร็จ

Roy (Roy & Andrew, 1999) เสนอแนะเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่

- 1) เขียนข้อความของพฤติกรรมการปรับตัวด้านหนึ่งร่วมกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว
- 2) เขียนผลรวมของข้อสรุปของพฤติกรรมการปรับตัวด้านหนึ่งตามรายการวินิจฉัยการพยาบาลที่ Roy จัดทำขึ้น ร่วมกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรม
- 3) เขียนผลรวมของพฤติกรรมการปรับตัวมากกว่าหนึ่งด้าน ร่วมกับสิ่งเร้ากลุ่มเดียวกันที่ทำให้เกิดพฤติกรรม

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึ่พจรเบาเร็ว หายใจเร็วตื่น อัตร่า 30 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ตัวเย็น ซีด มีแผลกดทับกว้าง ซึมซุ่ม gauze กลิ่นเหม็น ระดับความรู้สึกลดลงและสับสน

พฤติกรรมแสดงถึงการปรับตัวของระบบไหลเวียนล้มเหลว ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยกว่า

ความต้องการ

การเขียนแบบที่ 1 : ความดันโลหิต 90 /60 เนื่องจากสูญเสียเลือดจากบาดแผล มีการติดเชื้อและ

วิตกกังวล

การเขียนแบบที่ 2 : ภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากสูญเสียเลือดจากบาดแผล มีการติดเชื้อและวิตก

กังวล

การเขียนแบบที่ 3 ภาวะซ็อค วิตกกังวล เนื่องจากระบบไหลเวียนล้มเหลว มีการติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย

สำหรับเป้าหมายการพยาบาลโดยรวม คือ การส่งเสริมและรักษาการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับตัวที่บกพร่องให้มีประสิทธิภาพคืนมา ดังนั้นพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลจึงเป็น

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาล การเขียนต้องเขียนในรูปของพฤติกรรมที่คาดหวัง และระยะเวลาที่พฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70 ถึง 130/80 ภายใน 30 นาที

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ตามกรอบแนวคิดของ Roy กิจกรรมการพยาบาลที่จะใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวมักจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ขจัด ลด หรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ หรือเพิ่มสิ่งเร้าที่ส่งเสริมการปรับตัว โดยทั่วไปมักจะมุ่งปรับสิ่งเร้าตรงก่อนเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา ขั้นตอนไปจึงพิจารณาปรับสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าแฝง และส่งเสริมการปรับตัวให้เหมาะสม ดังตัวอย่างในตารางที่ 27

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล

การประเมินผลเป็นการประเมินผลสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวในแต่ละด้านที่มีปัญหา มี 2 ทิศทาง คือ เป็นไปตามพฤติกรรมการปรับตัวที่คาดหวัง หรือเป็นไปตามเกณฑ์ประเมินผลหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาการปรับตัวอยู่ พยาบาลต้องประเมินตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลและ สิ่งเร้าเพิ่มเติม จนกระทั่งเป้าหมายการพยาบาลทุกอย่างบรรลุผลตามที่ตั้งไว้



ตารางที่ 27 แสดงตัวอย่างปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกำรปรับตัวที่พบบ่อย

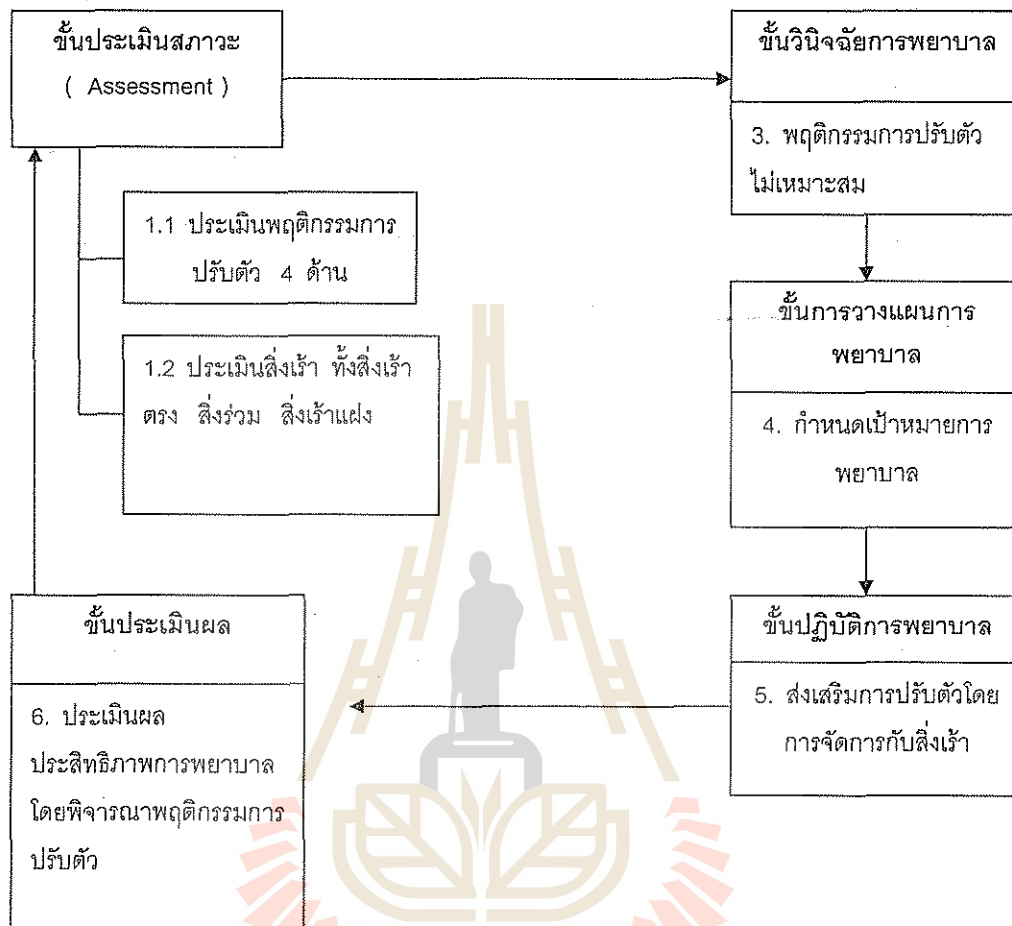
การปรับตัว		ปัญหาการปรับตัว
1	ด้านร่างกาย	
	1.1 ออกซิเจน	ภาวะซีด / ขาดออกซิเจน; การหายใจผิดปกติ; การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง; การขนส่งออกซิเจนบกพร่อง; การกำซาบเนื้อเยื่อผิดปกติ
	1.2 โภชนาการ	ภาวะโภชนาการมาก/น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย; เบื่ออาหาร
	1.3 การขับถ่าย	ท้องร่วง; กลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้; ท้องผูก; ท้องอืด/แน่นอืดอืดท้อง
	1.4 กิจกรรมและการพักผ่อน	แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนไม่เหมาะสม; การเคลื่อนไหวจำกัด/ ไม่เคลื่อนไหว; ความทนต่อกิจกรรมลดลง; ภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง
	1.5 การป้องกัน	ผิวหนังขาดความแข็งแรง; ติดเชื้อ; กระบวนการหายของแผลไม่มีประสิทธิภาพ
	1.6 การรับรู้ความรู้สึก	ระบบการรับรู้สัมผัสบกพร่อง; การติดต่อสื่อสารบกพร่อง; ความปวดเฉียบพลัน/เรื้อรัง
	1.7 น้ำและอิเล็กโทรลัยท์	ภาวะขาดสารน้ำ; บวม; ภาวะซีด; ภาวะโซเดียมสูง/ต่ำ ภาวะ แคลเซียมสูง/ต่ำ ภาวะโพแทสเซียมสูง/ต่ำ; ภาวะเสียสมดุลกรด/ด่าง
	1.8 ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวลดลง; กระบวนการคิดรับรู้บกพร่อง; หลงลืม; อารมณ์แปรปรวนง่าย; การกำซาบเลือดในเนื้อเยื่อสมองลดลง
	1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ	ภาวะควบคุมฮอร์โมนบกพร่อง (ระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ ฯลฯ)
2	ด้านอัตมโนทัศน์	
	2.1 ด้านร่างกาย	มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์
	2.2 ส่วนบุคคล	วิตกกังวล; รู้สึกผิด; การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง
3	ด้านบทบาทหน้าที่	บทบาทไม่มีประสิทธิภาพ; บทบาทขัดแย้ง; บทบาทล้มเหลว; บทบาทไม่สมจริง
4	ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	ความว้าเหว; วิตกกังวลจากการพลาจาก

ตารางที่ 28 แสดงตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

พฤติกรรม	ประสิทธิภาพการปรับตัว	สิ่งเร้า			ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		ตรง	ร่วม	แฝง		
ด้านร่างกาย 1. ออกซิเจน อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อ่อนเพลีย น้อย 2. ระบบไหลเวียน ชีพจร 106 / นาที BP 100/60 Plt 100,000 Hb 11 mg% 3. ระบบป้องกัน ไข้ 38.2	อยู่ระหว่างปรับตัว	การไหลเวียนเลือดลดลง	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	วัยผู้ใหญ่ตอนต้นกำลังสร้างฐานะ	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก การไหลเวียนเลือดลดลง มีกิจกรรมและวิตกกังวล	1. การจัดการกับสิ่งเร้าตรง 2. การจัดการกับสิ่งเร้าร่วม 3. การจัดการกับสิ่งเร้าแฝง ...

ตารางที่ 29 ตัวอย่างแผนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย

ข้อมูลการประเมิน		วินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
สิ่งเร้า	พฤติกรรม			
<ul style="list-style-type: none"> - เป็นโรคเบาหวาน มา 4 ปี (ตรง) - มีความจำเรื่องการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหารน้อย (ร่วม) - ไม่เข้าใจเรื่องการเลือกชนิดอาหาร - รู้สึกกลัว (แฝง) 	<ul style="list-style-type: none"> - รับประทานข้าวต้มวันละ 1 ถ้วย ต้มโอวัลตินวันละ 1 แก้ว - ปั่นเปลือกอาหาร เจ็บปาก ปากแห้ง - น้ำหนักลดลง 2 กก. - ไม่สนใจเรื่องการรับประทานอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> การปรับตัวด้านโภชนาการไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับสารอาหารเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> - สอนการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย - จัดทำคู่มือเรื่องการเตรียมอาหารและการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย - ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมตัวกลับบ้าน - จัดบรรยากาศขณะรับประทานอาหาร สะอาดและสดชื่น



ภาพที่ 18 การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของรอย

สรุป ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ดีทฤษฎีหนึ่ง และมีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้เห็นลักษณะของวิชาชีพพยาบาล และทิศทางของการปฏิบัติการพยาบาล จุดมุ่งหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม และท้ายที่สุดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ยังได้เน้นให้เห็นถึงคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่พยาบาลควรให้ความสำคัญการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยนับว่าเป็นบริการจากพยาบาลที่มีคุณประโยชน์ต่อบุคคลในสังคม

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล: ฐานความคิดอื่นๆ

ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" (Empowerment) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) ให้ความหมายไว้ 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ (to give official authority) หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Legal power to) 2) การจัดหาหรือให้โอกาส (to provide with the means or opportunity) และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวเอง (to promote the self-actualization)

นอกจากนี้ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะดังนี้

กรีสเลย์ และคิง (Greasley & King, 2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึง การควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้าน องค์การและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Tebbitt, 1993) ทั้งส่วนบุคคล ทีมงาน และองค์กรโดยรวม (Kinlaw, 1995) และมีการจัดเครื่องมือและทรัพยากร เพื่อการพัฒนาการ สร้างและเพิ่มพูนประสิทธิภาพและความสามารถของบุคคล (Hawks, 1992)

คอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Kanungo, 1988) เน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เช่นเดียวกับ โทมัส และ เวลเฮาส์ (Thomas & Velhouse, 1990) และ สปรีตเซอร์ (Spreitzer, 1995) ที่ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ความหมายดังกล่าวเป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่อง ประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงาน หรือขององค์กร

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

จากความหมายการสร้างเสริมพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงาน และแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการแบ่งปันอำนาจระหว่างผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนมีความสามารถที่จะไปถึงเป้าหมายของงานหรือขององค์กรและเสริมสร้างให้กับผู้อื่นเพื่อให้เขามีความสามารถที่จะไปถึงจุดหมายเช่นกัน ในด้านพยาบาลศาสตร์ได้มีนักวิชาการนำเอาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาพลังอำนาจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมสอดแทรกในการพัฒนาทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มองค์กรและชุมชน

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่บุคลากรพยาบาล ถือเป็นกลยุทธ์การบริหารที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม และ

ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (Wilson & Laschinger, 1994)

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีความสำคัญต่อองค์กรพยาบาล 3 ระดับ ดังนี้

1. ความสำคัญต่อบุคคลในองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญกับบุคคลทั้งระดับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารงานในองค์กรพยาบาล ดังนี้

1.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลระดับผู้ปฏิบัติงาน คือ การทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาส ในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกับผู้บริหารในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วย แผนก หรือ ฝ่ายการพยาบาลตามความเหมาะสมแก่ระดับของผู้ปฏิบัติการณ์นั้น ๆ เช่น ถ้าเป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ก็ควรได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหอผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยก็ควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแผนก เช่น แผนกอายุรกรรม หรือ แผนกกุมารเวชศาสตร์ เป็นต้น ถ้าเป็นหัวหน้าแผนกก็ควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการฝ่ายการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล บุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะนำกลยุทธ์ต่างๆไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยทำงานที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งต้องปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอด 24 ชั่วโมง งานดังกล่าวเป็นงานที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง เนื่องจากเป็นงานที่ต้องดูแลรับผิดชอบชีวิตผู้อื่น (ทัศนาศ นุญทอง, 2533) นอกจากนี้ยังมีงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่างานของพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีเท่าเดิมหรือลดลง ทำให้พยาบาลเกิดความเบื่อหน่ายในงาน (พวงรัตน์ บุญญาบุรักษ์, 2536) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานที่ต้องรับผิดชอบสูง แต่ขาดอำนาจในการตัดสินใจขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจ ขาดกำลังใจในการทำงาน และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ส่งผลให้พยาบาลไม่เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นเหมือนแรงจูงใจที่จะทำให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างเต็มใจ และพึงพอใจในงานโดยการที่พยาบาลได้รับการสนับสนุน ได้ข้อมูลข่าวสาร ได้รับทรัพยากร และได้รับโอกาส (Kanter, 1997) หรือให้การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าขององค์กรและมีความรับผิดชอบต่อองค์กร มีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรในที่สุด (Kinlaw, 1995) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาล ก็เพื่อให้พยาบาลเหล่านั้นไปเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้อื่นได้ แต่ถ้าตนเองยังอยู่ในความรู้สึกไร้อำนาจ

(Powerlessness) พยาบาลจะไม่มีพลังอำนาจที่จะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ หากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานจากองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลให้มั่นใจในการทำงานของตนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลสะท้อนโดยตรงถึงความสามารถทางการพยาบาลที่จะนำไปสู่คุณภาพงานพยาบาล

1.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจระดับผู้บริหาร การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับนี้จะมีความแตกต่างจากผู้ปฏิบัติ คือ ต้องเป็นทั้งผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ได้บังคับบัญชา โฮโนลด์ (Honold, 1997) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ถือเป็นเครื่องมือการบริหารงานอย่างหนึ่งที่ผู้บริหารหรือผู้นำใช้บริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการแบ่งปันพลังอำนาจแก่ผู้อื่นเพื่อให้เขามีความสามารถ ที่จะไปถึงเป้าหมาย (Puetz, 1988) เป็นการอยู่ร่วมกันของบุคคลในองค์กรที่ให้ประโยชน์เกื้อกูลซึ่งกันและกัน (McKay, Forbes & Bourner, 1990) และเป็นการกระตุ้นให้ผู้บังคับบัญชาแสดงความสามารถของตนในการปฏิบัติงานเมื่อได้รับโอกาสหรือได้รับการส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชามีความก้าวหน้าและมีศักยภาพในงานเพิ่มขึ้น (Rappaport, 1987) ทำให้ผู้บังคับบัญชามีอิสระในการปฏิบัติงาน (Job autonomy) (Sabiston & Laschinger, 1995; Laschinger & Havens, 1995) เกิดความพึงพอใจในงาน (Laschinger, et al., 2004) และคงอยู่ในงาน (อโณทัย วีระพงษ์สุชาติ, 2541)

2. ความสำคัญต่อทีมงาน ทีมงานหรือทีมในการทำงาน คือผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยปกติลักษณะทีมจะมีหัวหน้าทีม และสมาชิกทีม ในการดำเนินงานของทีมอาจจะมีปัญหาเรื่องความขัดแย้ง หรือมีความคิดเห็นที่ไม่ลงรอยกัน มีการเกี่ยงกันทำงาน เป็นเหตุให้สัมพันธ์ภาพในทีมไม่ดี แต่ถ้าทีมงานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการทำงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งก็ทำให้ ทุกคนในทีมรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่จะเกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของทีมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลิตผลจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น (ยงยุทธ เกษสาคร, 2541)

3. ความสำคัญต่อระดับองค์กร คินลอว์ (Kinlaw, 1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดในการพัฒนาบุคลากรและทีมงานในการกระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร โดยมีผู้บริหารเป็นผู้อำนวยความสะดวก หรือเป็นผู้แนะนำแก่ผู้ปฏิบัติในการทำงานให้บรรลุความสำเร็จของงาน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยให้องค์กรดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นจากการได้กระทำบางสิ่งที่คุณปฏิบัติคิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้ ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำงานนั้นได้สำเร็จ การให้ข้อมูลข่าวสารและการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาตนเอง คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในหน่วยงาน ก็เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานและพัฒนางาน การส่งเสริมให้มีการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลขององค์กร นอกจากองค์กรจะดำเนินงานที่ตั้งเป้าหมายไว้แล้ว การร่วมมือร่วมใจกันทำงานของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีหัวหน้าเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้ในหลายๆด้าน เช่น ให้โอกาสทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและ ร่วมตัดสินใจ ให้โอกาสทุกคนได้พัฒนาความรู้ความสามารถ และมีระบบการให้รางวัลที่ยุติธรรม กลยุทธ์เหล่านี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน ปฏิบัติงานให้หน่วยงานอย่างเต็มความสามารถ มีความสุขกับการทำงาน และในที่สุดทุกคนจะมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (McDermott, Laschinger, & Shamian, 1996; Wilson & Laschinger, 1994)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้บริหารการพยาบาล

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญทั้งในระดับบุคคล ทีม และองค์กร ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการบริหารจัดการองค์กรพยาบาล เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การที่จะนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ผู้บริหารต้องเรียนรู้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้บริหารการพยาบาล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งพบว่า มีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ไว้ดังนี้ (Gomez & Rosen, 2001; Kanter, 1979; Klakovich, 1996 Laschinger, et al., 2001; Laschinger & Havens, 1994; Morrison, et al., 1997; Tebbitt, 1993; จิตรศิริ ชันเงิน 2545; พิสมัย ขายแสง 2540)

1. ระบบโครงสร้างองค์กร โดยทั่วไปโครงสร้างและระบบการจัดการในองค์กร จะขึ้นอยู่กับอำนาจหน้าที่และตำแหน่ง องค์กรใดที่มีการบริหารงานแบบรวมอำนาจ ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดทุกอย่างโดยไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้ปฏิบัติ ออกคำสั่งโดยไม่ฟังเสียงประชาคม ปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือกระบวนการทำงานโดยไม่ได้ใช้ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายและควบคุมตารางการทำงานทั้งหมดขององค์กร กล่าวคือ ไม่มีการกระจายอำนาจไปพร้อมๆกับการมอบหมายงาน องค์กรนั้นจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจน้อย

2. วัฒนธรรมองค์กร จากการวิเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ของ จิตรศิริ ชันเงิน (2545) โดยวิเคราะห์จากงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 24 เรื่อง พบว่า วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรคที่ให้ความสำคัญต่อค่านิยมที่สร้างความพึงพอใจในบุคคลขององค์กร คือต้องการความสำเร็จบนพื้นฐานของการส่งเสริมความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดีในองค์กร เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะวัฒนธรรมองค์กรดังกล่าวส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนวัฒนธรรมองค์กรแบบปกป้องเฉื่อยชา (Passive defensive organization culture) ซึ่งเป็นการบริหารแบบตั้งรับเมื่อเกิดปัญหา ในยามปกติองค์กรจะไม่มีอะไรเคลื่อนไหว ปล่อยให้ทุกอย่างเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ ในองค์กรดังกล่าว จะไม่มีการส่งเสริมการเรียนรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจในแกบุคคลากร ดังนั้นวัฒนธรรมองค์กรแบบเฉื่อยชา จึงเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลทางลบต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. ผู้บริหารองค์กร นอกจากผู้บริหารจะต้องมีความสามารถในการบริหารงานแล้ว ผู้บริหารต้องมีภาวะผู้นำที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและกระตุ้นให้ลูกน้องใช้สติปัญญาในการสร้างสรรค์งาน ภาวะผู้นำดังกล่าว ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Ozaralli, 2003) และพฤติกรรมของผู้บริหารในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แลงคาสเตอร์ (Laschinger, et al., 1999) และ สจิวต (Stewart, 1994) กล่าวว่า ผู้นำต้องยึดหลักการสำคัญ 8 ประการ คือ 1) การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกับบุคคลากร 2) การให้ความรู้ความสามารถเพื่อผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจได้ถูกต้อง 3) สามารถขจัดปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติงานได้ 4) มีการสื่อสารที่เปิดเผย 5) มีความกระตือรือร้น 6) มีการเตรียมพร้อมอยู่เสมอ 7)

มีการประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของงาน และ 8) สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า สามารถประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน สิ่งคุกคามและโอกาสของหน่วยงานได้ โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของงาน ส่วนด้านความสามารถในการบริหาร เทบปีท (Tebbit, 1993) กล่าวว่า ผู้บริหารต้อง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย ระบุปัญหาที่ชัดเจน ตัดสินใจที่ดีภายใต้ ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่ครบถ้วน สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพภายในทีมได้ดี มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รู้จัก จัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสมเหตุสมผล และ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของ พฤติกรรมในการเริ่มสร้างเสริมพลังอำนาจในงานได้

4. บุคลากร ในองค์กรหนึ่ง ๆ จะมีบุคลากรที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากบุคลากรเหล่านั้นมาจากความ หลากหลายของ วัฒนธรรม ค่านิยม พื้นฐานการศึกษาและระดับความเชี่ยวชาญ ยิ่งในองค์กรใหญ่ก็ยิ่งจะเป็นอุปสรรค ต่อการพัฒนา ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์การยืดหยุ่นในการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แต่ถ้าผู้บริหารสามารถเชื่อมโยงค่านิยม ที่หลากหลายเข้าด้วยกันและทำให้บุคลากรเห็นคุณค่าในพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรได้ ก็จะทำให้เกิดการเสริมสร้าง พลังอำนาจได้เช่นกัน นอกจากนี้ความสามารถและความเต็มใจของบุคลากรในการทำงานจะตอบสนองความต้องการที่ จะปรับปรุงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

5. ความไว้วางใจในองค์กร ความไว้วางใจ เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นระหว่างกันว่าทุกคนเห็นพ้อง ต้องกันในเป้าหมายขององค์กร ภายในองค์กรมีบรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การเปิดเผย จริงใจ เป็นมิตร ต่อกันทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ความไว้วางใจนี้จะทำให้เกิดการร่วมมือ ความผูกพัน และความช่วยเหลือซึ่ง กันและกัน องค์กรใดที่สมาชิกทุกคนมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน องค์กรนั้นจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาก

6. ลักษณะงาน คานเตอร์ (Kanter, 1979) กล่าวถึงลักษณะงานที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ต้อง มีลักษณะดังนี้ คือ เป็นงานที่ยืดหยุ่นระเบียบในหน่วยงานน้อย มีความยืดหยุ่นในบางโอกาส งานที่ยืดระบบอาวุโสในน้อย และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความรู้ความสามารถ ในการพิจารณาความคิดความชอบ ต้องมีเกณฑ์ที่ยุติธรรมและ ขึ้นอยู่กับความสามารถไม่ใช่อายุหรือความอาวุโส งานที่เป็นงานประจำน้อยแต่เป็นงานที่สร้างสรรค์มาก เป็นงานที่ อาศัยการประสานงานและความร่วมมือจากหลายฝ่าย งานที่เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และ เป็นงานที่มีการสนับสนุนความก้าวหน้าของผู้ได้บังคับบัญชา กล่าวโดยสรุป ก็คือ ต้องมีการจัดลักษณะงานต้อง เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ พึงพอใจในงาน คงอยู่ในองค์กร และ ร่วมกันพัฒนางาน อย่างต่อเนื่อง

7. สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เป็นการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์และการตอบแทนซึ่งกันและ กัน โดยที่หัวหน้าให้ความไว้วางใจและยอมรับในความสามารถของลูกน้อง มีความผูกพันทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว เมื่อหัวหน้ามอบหมายงาน ลูกน้องก็เต็มใจที่จะปฏิบัติงานที่หัวหน้ามอบหมายและทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ ของตน ตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง (Leader-member exchange) หัวหน้าจะมีการ มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ ส่งเสริมสนับสนุนและให้รางวัลแก่สมาชิกในกลุ่มที่ตนดูแลรับผิดชอบ ซึ่งสัมพันธภาพ ดังกล่าว เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gomez & Rosen, 2001)

แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล

วิลกินสัน (Wilkinson, 1998) กล่าวว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการ จัดการและพฤติกรรมองค์กร โดยเริ่มจากยุคปฏิรูปอุตสาหกรรมซึ่งเป็นยุคที่สินค้าผลิตด้วยช่างฝีมือซึ่งรับผิดชอบทุก

ขั้นตอนของการผลิต ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการแบ่งงานกันทำ ต่อมาเป็นยุคอุตสาหกรรมรถยนต์ โดยมีช่างผู้ชำนาญ เป็นผู้วางแผนและออกแบบการผลิต ในปี 1920 เป็นต้นมา เฮนรี ฟาโย (Henri Fayol) เริ่มให้มีการแบ่งงานกันทำตาม ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแต่ละบุคคล โดยมีการแบ่งเป็นระดับ คือ ระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ โดยใช้ กระบวนการบริหารงานเป็นสื่อกลางเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันทำงานทำให้เพิ่มผลผลิต แต่วิธีการนี้มีข้อด้อย คือ มี อัตราคนลาออก โอนย้าย และ เกิดความขัดแย้งระหว่างกันสูง ต่อมาเมื่อผู้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมในงานของพนักงาน ซึ่งทำให้คนงานมีแรงจูงใจภายในและทำงานได้ดีโดยปราศจากการควบคุมอย่างใกล้ชิด

ส่วน คินลอร์ (Kinlaw, 1995) ได้กล่าวว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนามาจากแนวคิดการจูงใจของ ดักลาส แมคเกรเกอร์ (Douglas McGregor) คือ ทฤษฎี Y จริง ๆ แล้ว แมคเกรเกอร์พัฒนามุมคิดฐานลักษณะของคน ขึ้นมา 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่ง เรียกว่า ทฤษฎี X และอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ทฤษฎี Y กล่าวคือ ตามทฤษฎี X จะเชื่อว่า คนมีความ เกียจคร้าน เลี้ยงงาน ไม่มีความรับผิดชอบ ต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด ส่วนแนวคิดตามทฤษฎี Y จะเชื่อว่า คน ขยัน มีความรับผิดชอบต่องาน ต้องการการควบคุมและสั่งการตนเองในการทำงาน และมีความเต็มใจที่จะช่วย แก้ไขปัญหาในองค์กร นอกจากนี้ แมคเกรเกอร์ ยังเชื่อว่า ในองค์กรหนึ่ง ๆ จะมีคนทั้งสองประเภท และคนในแต่ละ ประเภทนี้ ต้องการแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้บริหารต้องวิเคราะห์ผู้ได้บังคับบัญชาแต่ละคน ว่าต้องการอะไรเพื่อ สร้างแรงจูงใจในการทำงาน แนวคิดที่นำมาใช้ควบคู่กับทฤษฎีดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของ ผู้ได้บังคับบัญชา คือ ทฤษฎีความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow) และ ทฤษฎีแรงจูงใจของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg) นอกจากนี้ การเพิ่มงานและความรับผิดชอบ (Job enrichment) เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่มีรากฐานมาจากทฤษฎี แรงจูงใจของเฮร์ซเบิร์กโดยใช้กระบวนการออกแบบงานใหม่ เพื่อให้โอกาสความสำเร็จ ความรับผิดชอบ การยกย่อง ความเจริญเติบโตและความก้าวหน้ากับผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในงาน ก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจใน องค์กร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติ มีแรงจูงใจภายในและปฏิบัติได้ดีโดยปราศจากการควบคุมอย่างใกล้ชิด แมคกรอ (McGraw, 1992) กล่าวว่า ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามลำดับขั้นของมาสโลว์เป็นทฤษฎีคู่ขนานกับการเสริมสร้างพลัง อำนาจ โดยเริ่มต้นจากความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ ความต้องการทางกายภาพ (Physical need) เปรียบ ได้กับความ ต้องการได้รับการตอบสนองด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การจัดการที่พัก การจัดสถานที่ทำงาน เมื่อความต้องการขั้นแรกได้รับการตอบสนอง ความต้องการขั้นต่อไป คือ ความต้องการความปลอดภัย (Safety need) ซึ่งเปรียบได้กับ ความมั่นคงในองค์กร หมายถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ทำงานด้วยเหตุผล ได้ใช้ความสามารถ อย่างเต็มที่ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่วนความต้องการทางสังคม (Social need) เปรียบได้กับ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเป็นการแสดงออกในการยอมรับองค์กร รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร กล่าวคือมีความผูกพัน กับองค์กร ซึ่งวัฒนธรรมองค์กรต้องเปิดกว้าง ให้การสนับสนุนแก่ผู้ปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงาน พัฒนา คุณภาพงาน ความต้องการขั้นต่อไป คือ ความต้องการการยกย่อง (Esteem need) เปรียบได้กับการได้รับการยกย่อง และยอมรับจากองค์กร ต้องการความไว้วางใจ และการมีภาพลักษณ์ที่ดี ให้ความสำคัญแก่บุคคลในองค์กร และ ความต้องการขั้นสุดท้ายของ มาสโลว์ คือ ความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) เปรียบได้กับการเสริมสร้างพลัง อำนาจ คือการสร้างแรงจูงใจ ตอบสนองความต้องการในแต่ละลำดับขั้น จนทำให้พยาบาลสามารถทำงานอยู่บน พื้นฐานของความมั่นคง และปลอดภัย มีอิสระในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความ สำคัญกับหน่วยงาน เกิดความพึงพอใจในงาน และมีความสุขในการทำงาน

ในยุคการบริหารสมัยใหม่ หรือตั้งแต่ ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา ได้เริ่มมีการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวมเข้ามาใช้ในองค์กร ในยุคนี้ เดมิง (Deming) (Walton, 1986) ได้เสนอแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM) ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของลักษณะการบริหารคุณภาพโดยรวม คือ การให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงงาน นั่นก็คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ นั่นเอง มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ทั้งสองส่วนนี้นำมาใช้ในศาสตร์การบริหารการพยาบาล ส่วนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย นักวิชาการด้านการพยาบาลได้เสนอแนวคิดไว้ แตกต่างจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร ดังจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

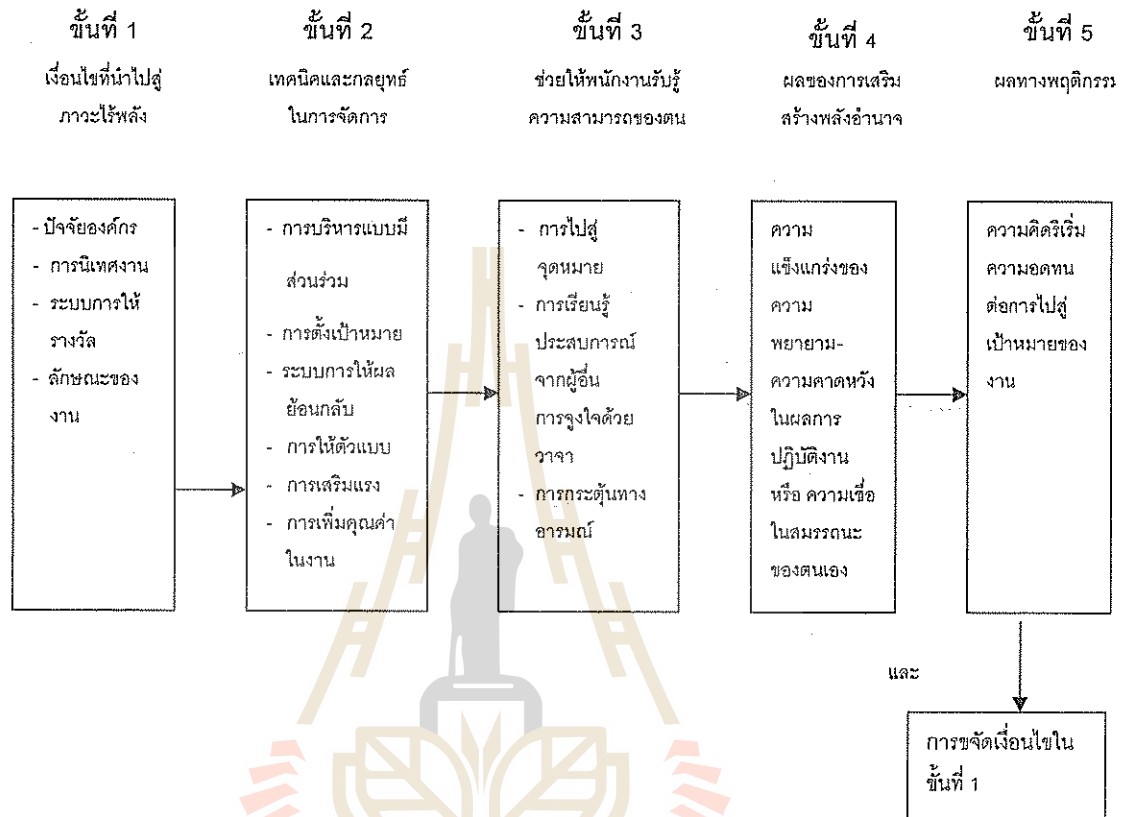
แนวคิด/ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้ถูกนำเสนอโดยนักวิชาการหลายท่าน และส่วนมากจะเป็นการนำเสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คอนเจอร์ และ คาร์นูโก (Conger & Kanungo, 1988) และ เทรซี (Tracy, 1994) ส่วนทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้รับความนิยมและตีพิมพ์อย่างแพร่หลายคือ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter) ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดเรียงตามลำดับ ดังนี้

1.แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Conger & Kanungo

คอนเจอร์ และ คาร์นูโก (Conger & Kanungo, 1988) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการสำหรับองค์กรที่ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ คอนเจอร์ และ คาร์นูโกได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ดังนี้ ดังแสดงในภาพที่ 24





ภาพที่ 24 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ที่มา : Conger & Kanungo (1988:475)

จากภาพที่ 24 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ (Conditions leading to a psychological state of powerlessness) คอนเจอร์ และ คาร์นุโก กล่าวว่า ภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติงานสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ คือ

- 1) ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational factors) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบาย ระบบการบริหารงาน และการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการแข่งขัน
- 2) การนิเทศงาน (Supervision) เช่น การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างใกล้ชิด การลงโทษเกินกว่าเหตุ และการใช้อำนาจมากเกินไปในการดูแลผู้ปฏิบัติงาน

3) การระบบการให้รางวัล (Reward system) เช่น การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งตามความพอใจของผู้บริหาร การให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าวิชาชีพอื่นๆ และ

4) ลักษณะงาน (Nature of job) เช่น บทบาทหน้าที่ในแต่ละงานไม่ชัดเจน ขาดอิสระในการปฏิบัติงาน และขาดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกไร้อำนาจ หมดพลังที่จะต่อสู้กับงานที่มีปริมาณมากและต้องให้ความสนใจสูงในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อรักษาชีวิตของมนุษย์ แรงจูงใจในการทำงานลดลง ความพึงพอใจเริ่มน้อยลง ขาดความสนใจในงาน ลักษณะดังกล่าวส่งผลเสียต่อตัวผู้ปฏิบัติงาน และประสิทธิผลของหน่วยงาน และองค์กร

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ (The use of managerial strategies and techniques) ในขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้อำนาจของผู้ปฏิบัติมาดำเนินการแก้ไข กลยุทธ์ที่คอนเจอร์ และ คาร์นูกู เสนอไว้ คือ

1) การบริหารอย่างมีส่วนร่วม (Participative management) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวางแผน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติหรือการแก้ปัญหาของหน่วยงาน

2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ในการบริหารงาน แต่ละหน่วยงานจะมีการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ถ้าผู้บริหารเป็นผู้กำหนดฝ่ายเดียวโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วม พลังอำนาจในการปฏิบัติย่อมจะไม่เกิดขึ้น เมื่อหน่วยงานเป็นของทุกคนที่ปฏิบัติงาน ดังนั้นทุกคนก็ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการสร้างความสามัคคี และมีเป้าหมายเดียวกันในการทำงานเพื่อองค์กร

3) ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback system) ในการทำงานร่วมกัน เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือมีการประเมินผลงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเฉพาะบุคคล เฉพาะกลุ่ม หรือทั้งหน่วยงาน ก็ควรมีการบอกผลให้ทุกคนได้รับทราบ จะได้มีการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้น และถ้าเป็นผลในทางที่ดี ผู้ปฏิบัติก็จะรู้สึกดีใจที่ได้รับทราบและทำให้เกิดกำลังใจในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารก็ควรให้ข้อมูลป้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าอยากจะทำปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการให้ข้อมูลป้อนกลับด้วย

4) การเป็นตัวอย่างที่ดี (Modeling) ในการที่ผู้บริหารจะจูงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานก่อน เพราะการที่หัวหน้าเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง ลูกน้องจะไว้วางใจ ให้ความศรัทธาแก่หัวหน้า และเลียนแบบหรือปฏิบัติตามในที่สุด

5) การเสริมแรง (Contingent/competence-based reward) ในการปฏิบัติงาน บางครั้งการจูงใจด้วยวัตถุอย่างเดียว อาจไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจได้ การเสริมแรงทางบวก โดยเฉพาะเรื่องที่มีผลต่อจิตใจ เช่น การยกย่องชมเชย ยอมรับในความสามารถของผู้ปฏิบัติ และการให้อิสระในการปฏิบัติงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมที่จะให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเต็มใจ และภาคภูมิใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ และ

6) การเพิ่มคุณค่าในงาน (Job enrichment) เป็นการเพิ่มงานและความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงานในการวางแผน ออกแบบงาน และประเมินผลงานด้วยตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง แทนที่จะเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างเดียว การเพิ่มคุณค่าในงานเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มแรงจูงใจในงาน

ขั้นที่ 3 การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (To provide self-efficacy information to subordinates) เป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าคุณเองมีศักยภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และสามารถทำงานนั้นได้สำเร็จ โดยอาศัย

1) การไปสู่เป้าหมาย (Enactive attainment) ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสได้รับรู้และทดสอบการมีทักษะและความสามารถในงานที่เพิ่มขึ้นของตนตามลำดับ

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การสะสมประสบการณ์เป็นการนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติงานวิธีการหนึ่ง โดยศึกษาจากผู้มีประสบการณ์ เช่น การมีพยาบาลที่เลี้ยงคอยอำนวยความสะดวก ชี้นะ และให้คำปรึกษาการทำงานของน้องจบใหม่ เป็นต้น

3) การจูงใจด้วยวาจา (Verbal persuasion) เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การสอบถามปัญหาและอุปสรรคการทำงานที่ผู้บริหารพร้อมจะแก้ไขหรือให้การสนับสนุน การให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานได้สำเร็จ และ

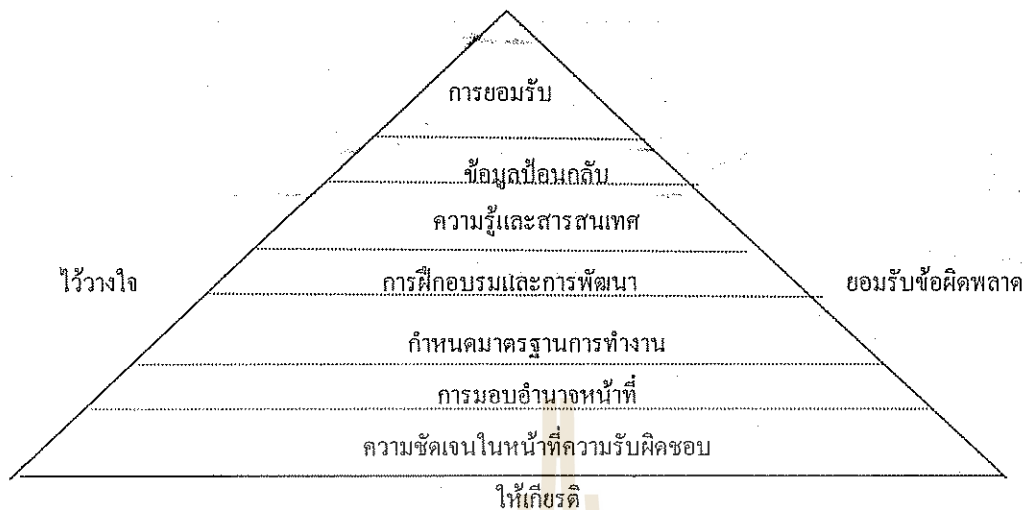
4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) บางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจทำงานด้วยความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความเก็บกด ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถต่ำ ถ้าผู้บริหารสามารถลดความรู้สึกเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถมากขึ้น ในขั้นตอนการเพิ่มการรับรู้ความสามารถนี้ ต้องดำเนินควบคู่กับการจัดปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติไร้อำนาจที่กล่าวไว้แล้วในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 4 ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Results in empowering experience of subordinates) เมื่อผู้บริหารสามารถจัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงานได้ โดยมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในงาน และการช่วยให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ถึงสมรรถนะในตน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีความแข็งแกร่ง (Strengthening of effort) มีความคาดหวังในผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น (Performance expectancy) และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (Belief in personal efficacy) ในการทำงานให้สำเร็จ

ขั้นที่ 5 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Leading to behavioral effects) เมื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อให้เกิดพลังในตัวผู้ปฏิบัติแล้ว ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน เช่น เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiative) และมีความอดทนต่อการทำงานที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย (Persistence of behavior to accomplish task objectives)

2. แนวคิดขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี

เทรซี (Tracy, 1990) ได้กำหนดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 10 ขั้นตอน ซึ่งเรียกว่า พีรามิดอำนาจ (Power pyramid) ดังแสดงในภาพที่



ภาพที่ 25 พีระมิดอำนาจมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน

จากภาพที่ 25 พีระมิดอำนาจมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงานและร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร
2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย
3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) ขององค์กรต้องให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้
4. มีฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ
5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน
6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับการทำงาน
7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน
8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ
9. ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน
10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect)

3. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร ของ คานเตอร์

คานเตอร์ (Kanter, 1993 cited in Laschinger, et. al., 1999) เจ้าของทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กร (Kanter's Theory of Organization Empowerment) เสนอว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นข้อกำหนดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติของบุคคล ซึ่งถูกหล่อหลอมขึ้นมาจากการที่บุคคลมีตำแหน่งสูงขึ้น ทำให้มีอำนาจที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน แหล่งประโยชน์ซึ่งจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไป อำนาจดังกล่าวจะได้รับมาจาก 2 แหล่ง คือ

1. อำนาจที่เป็นทางการ (Formal power) เป็นอำนาจที่พบในการทำงานที่มีรูปแบบที่เห็นได้ชัดเจนในองค์กร คืองานที่มีความยืดหยุ่น งานที่เป็นที่ยอมรับ งานที่ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ งานที่มีความคิดสร้างสรรค์และมีการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับกระบวนการร่วมมือสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

2. อำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal power) เป็นอำนาจที่พัฒนามาจากความสัมพันธ์ของบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กร เป็นอำนาจที่แต่ละคนมีอยู่ในตำแหน่งต่างๆในองค์กร เช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องทางการเมือง ผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชา เป็นต้น

อำนาจทั้งสองส่วนนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การได้รับทรัพยากร หมายถึงความสามารถในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

1.1 ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย วัสดุอุปกรณ์ (Material) เงินทุน (Fund) ขอบเขต (Space) และเวลา (Time) ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง อาคารสถานที่ ที่ให้ความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย เงินทุน หมายถึง งบประมาณที่องค์กรจัดสรร เพื่อใช้ในกิจกรรมของแต่ละแผนก ขอบเขต หมายถึง การเปิดช่องว่างให้กว้าง เพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ส่วนเวลา หมายถึง การใช้เวลาที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

1.2 ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวก ทักษะการรับรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญ อดทน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทรัพยากรภายในที่ผู้นำควรสนับสนุน ส่งเสริม ให้เกิดขึ้นเพื่อให้นำทรัพยากรภายนอก ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย เป็นการเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติงาน มีความผูกพันในงาน และทุ่มเทให้กับงานอย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์ขององค์กร และมีความสุขในการทำงาน

2. ด้านการได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้บริหารสนับสนุนและส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้การยอมรับและเห็นชอบตามกฎหมาย ส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหมู่คณะเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงาน รวมไปถึงการที่ผู้บริหารสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (Porter-O'Grady, 1986) ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ให้โอกาสตัดสินใจแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน พัฒนางาน หรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน (feedback) การยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน การ

ยอมรับในความผิดพลาด การแสดงความพึงพอใจในงานที่ทำสำเร็จ การแสดงความห่วงใย รับผิดชอบ และเข้าใจปัญหาทุกด้านของบุคลากร ตลอดจนการแสดงไมตรีจิต ยิ้มแย้ม และให้ความเป็นกันเองกับบุคลากร การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา จะทำให้บุคลากรรู้สึกสุขใจ และมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเป็นแรงจูงใจให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานแล้ว ย่อมมีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ มีความกระตือรือร้น ขยันหมั่นเพียรและยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

3.ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลความรู้ทางเทคนิค ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน และข่าวสารการเมือง ข้อมูลข่าวสารที่ผู้บริหารควรแบ่งปันให้ผู้ปฏิบัติ ควรเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ และวางแผนในการดำเนินการและได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้การเคลื่อนไหวภายในองค์กร ทราบนโยบายและการตัดสินใจขององค์กร ข้อมูลข่าวสารที่ได้ ควรมีการสื่อสารแบบสองทาง ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน และทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลขององค์กร ในทางตรงข้ามถ้าผู้ปฏิบัติไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพียงพอ และไม่ทราบว่าเมื่อไรจะเกิดขึ้นบ้างในองค์กร (Gunden & Crissman, 1992) ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกผิดหวัง ไม่พอใจกับการกระทำของผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานและประสิทธิผลขององค์กรต่ำลง

4. การได้รับโอกาส ผู้บริหารต้องตระหนักถึงการเติบโตและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่และการทำงานรวมทั้งโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้วย ซึ่งการได้รับโอกาสนี้ คานเตอร์ (Kanter, 1977) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

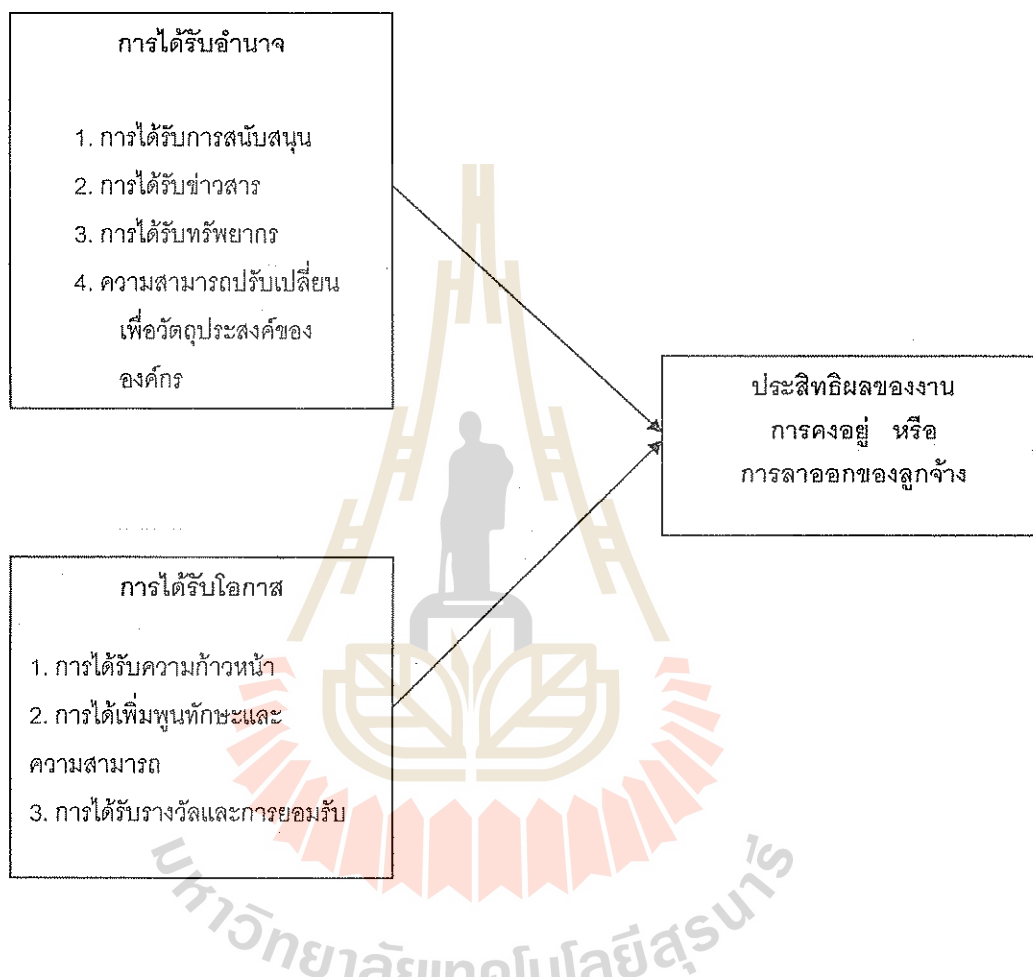
4.1 การได้รับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) การส่งเสริมสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในการเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างยุติธรรม ให้โอกาสก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น

4.2 การได้รับความเพิ่มพูนทักษะความสามารถ (Competence and skill) การให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานในการไปอบรม เพิ่มพูนความรู้ในการประชุมวิชาการ การศึกษาดูงาน หรือลาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

4.3 การได้รับการยกย่องชมเชยและการยอมรับ (Reward and recognition) การให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานดี โดยการกล่าวคำยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ หรือให้รางวัล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกตัวเองมีคุณค่า

ในระยะแรก คานเตอร์ (Kanter, 1993) ได้เน้นให้เห็นความสำคัญขององค์กรหรือระบบว่ามีส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงมีการเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการ เนื่องจากปัญหาในหน่วยงานจะไม่สามารถแก้ไขได้ลำพังเพียงใครคนใดคนหนึ่ง และต่อมากานเตอร์ได้เสนอโครงสร้างปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ทศนคติและประสิทธิผลของผู้ปฏิบัติว่าประกอบด้วยอำนาจ และโอกาส อำนาจในที่นี้ ได้มาจากการได้รับการสนับสนุน การได้รับข่าวสาร การได้รับทรัพยากร และความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และสำหรับปัจจัยโอกาส ได้แก่ การได้รับความก้าวหน้า การได้รับเพิ่มพูนทักษะและความสามารถ และการได้รับรางวัลและการยอมรับ ทั้งสองปัจจัยทำให้เกิด ประสิทธิภาพของงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับ การคงอยู่ หรือลาออกจางานของลูกจ้าง (จากภาพที่ 14.3) กล่าวคือถ้าลูกจ้างลาออกจำนวนมาก ประสิทธิภาพของงานจะลดลง เนื่องจากปริมาณงานกับจำนวนคนไม่สมดุลกัน ลูกจ้างที่เหลือจะต้องทำงานหนัก

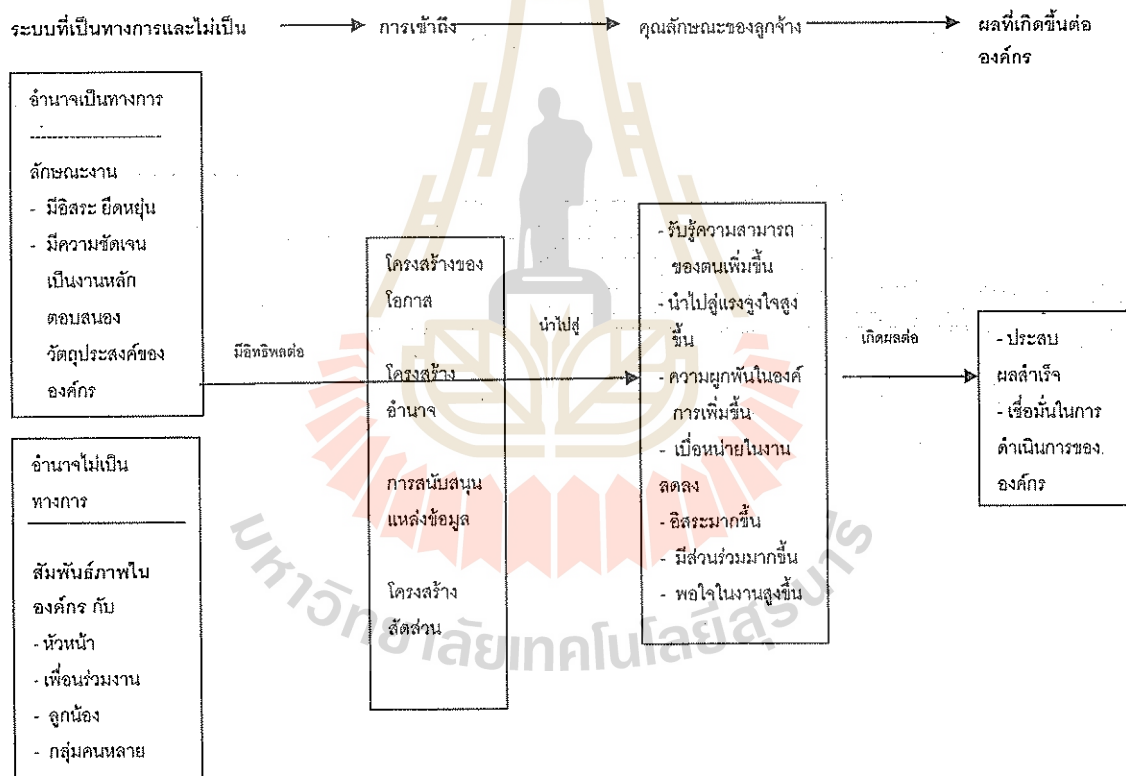
และเหนือลำดับการทำงาน ในขณะที่ถ้าลูกจ้างมีการคงอยู่ในงานสูง ประสิทธิภาพของงานจะสูงขึ้น เนื่องจากจำนวนคนที่ช่วยแบ่งปันกันทำงานมีมากขึ้น ลูกจ้างไม่ต้องทำงานหนักและเหนื่อยกับการทำงานจนเกินไป ทุกคนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 26 ประสิทธิภาพของงาน ตามทฤษฎีโครงสร้างอำนาจในองค์กรของ Kanter
ที่มา: Wilson & Laschinger, 1994:40

ในระยะต่อมาลาสซิงเจอร์ (Laschinger, 1996) เสนอความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด ตามทฤษฎีโครงสร้างอำนาจในองค์กรของคานเตอร์ ซึ่งได้ผลการวิจัยมาปรับปรุงและเพิ่มเติมในรายละเอียดให้มากขึ้น โดยแสดงให้เห็นโครงสร้างที่เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลชัดเจนขึ้น จากภาพที่ 5 จากแนวคิดของ คานเตอร์ (Kanter, 1993) ได้กล่าวถึงอำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการว่าได้แก่อะไรบ้าง อำนาจที่เป็นทางการ ได้มาจาก ลักษณะงาน เช่น

งานที่มีความชัดเจน สามารถนำไปสู่ความสำเร็จได้ งานที่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมของโอกาส ส่วนอำนาจอย่างไม่เป็นทางการจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลทั้งในองค์กรและนอกองค์กร ที่สามารถช่วยให้ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อำนาจอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการนี้ ทำให้เข้าถึงโอกาส โครงสร้างอำนาจ การสนับสนุนด้านข้อมูล และโครงสร้างด้านสัดส่วน ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Increased self-efficacy) มีแรงจูงใจสูงขึ้น (High motivation) มีความผูกพันในองค์กรเพิ่มขึ้น (Increased organizational commitment) ความเบื่อหน่ายในงานลดลง (Lowered burnout level) มีอิสระมาก (Increased perceived autonomy) มีส่วนร่วมในการบริหารมากขึ้น (Increased perceptions of participative management) และเพิ่มความพึงพอใจในงาน (Increased job satisfaction) ผลที่เกิดขึ้นนำไปสู่การประสบความสำเร็จ (Achievement and success) มีความเชื่อมั่นในการดำเนินการขององค์กร (Respect and cooperation in organization) และ ลูกค้ามีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Client satisfaction)



ภาพที่ 27 : อำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ส่งผลต่อองค์กร
ที่มา : Laschinger, 1996:27)

สรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างนั้น มีผู้เสนอแนวคิดไว้ คือ แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของคอนเจอร์ และ คาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) ที่กล่าวถึง กระบวนการ 5 ขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การหาสาเหตุหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ภาวะไร้อำนาจ การเลือกเทคนิคและกลยุทธ์ในการจัดการ การช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจไปแล้ว ส่วนขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของเทรซี (Tracy, 1990) ซึ่งประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ การที่หน่วยงานมีความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในงาน มีการมอบหมายทั้งอำนาจและหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติ มีมาตรฐานการทำงานเป็นแนวทางให้ปฏิบัติ มีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ ภายในองค์กรจะต้องมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ ให้การยกย่องและยอมรับผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยผู้บริหารร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้องค์กรต้องมีการให้เกียรติและยอมรับการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คานเตอร์ ได้กล่าวถึงอำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ผู้บริหารจะสามารถนำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ ซึ่งอำนาจทั้ง 2 ส่วนนี้ คานเตอร์ได้พัฒนาเป็น 4 ด้าน คือ การได้รับทรัพยากร การได้รับการสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ การได้รับโอกาส ซึ่งหมายถึงผู้บริหารต้องจัดการให้ผู้ปฏิบัติได้รับองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านอย่างเพียงพอและเหมาะสม จึงจะทำให้ผู้ปฏิบัติพึงพอใจในงาน รู้สึกยึดมั่นผูกพันในองค์กร และ ส่งผลต่อประสิทธิผลของงานและองค์กร

แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ

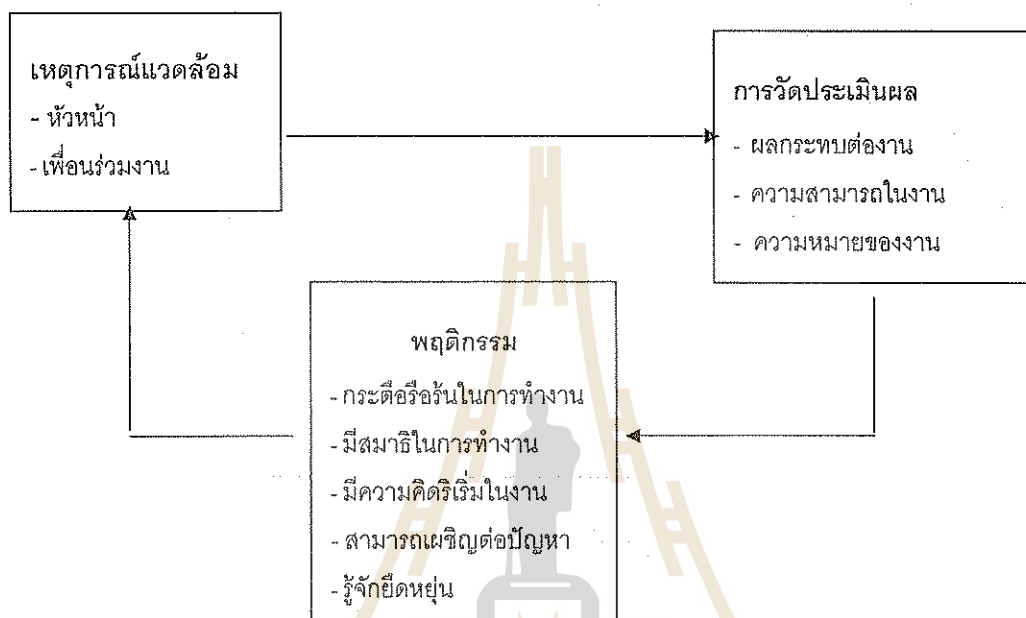
ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานนั้น ต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งด้านโครงสร้างและด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กัน โฮโนลด์ (Honold, 1997) และจากผลการวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างเป็นส่วนที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ จะส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในขณะที่บางงานวิจัยระบุว่าว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างจะส่งผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในงานเท่านั้น (Lashinger et al., 2004) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างพลังซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การรับรู้ถึงความสามารถของตน การรับรู้ว่าคุณค่ามีความสำคัญต่องาน และงานมีความหมายต่อตนเอง เป็นต้น

คอนเจอร์ และ คาร์นุโก (Conger & Kanungo, 1988) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งด้านโครงสร้างและด้านจิตใจ โดยด้านโครงสร้างผู้บริหารจะเน้นการบริหารจัดการ ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นด้านของจิตวิทยา จะเน้นการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความสำคัญของงานและของตนเองที่มีต่องาน นอกจากนี้แนวคิดของคอนเจอร์ และ คาร์นุโก แล้ว โทมัสและเวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) และ สเปรตซ์เชอร์ (Spreitzer, 1995) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจเช่นกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของโทมัสและเวลเฮ้าส์

โทมัสและเวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) ได้เสนอรูปแบบการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในของบุคคล และผลของงานที่ได้จะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในบทบาทของบุคคลนั้นๆ และเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านการรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถของตนเองในการทำงาน

ซึ่ง โทมัสและเวลเฮ้าส์ ได้เสนอแบบแผนการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Cognitive model of empowerment) ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่เป็นเหตุการณ์แวดล้อม (Environmental events) พฤติกรรม (Behavior) และการวัดประเมินงาน (Task assessment) (ดูจากภาพที่)



ภาพที่ 28 แบบแผนการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ
ที่มา : Thomas & Velthouse, 1990:670

ตามแนวคิดแบบแผนการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในส่วนของเหตุการณ์แวดล้อม (Environmental events) จะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคคลแวดล้อมตัวเราด้วย เช่น หัวหน้างาน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อนสนิท การจัดฝึกอบรม เป็นต้น เหตุการณ์แวดล้อม จะส่งผลต่อการประเมินงาน ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบต่องาน (Impact) เป็นการประเมินระดับของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำงาน เช่น ความตั้งใจในการทำงาน เป็นต้น 2) ความสามารถในงาน (Competence) เป็นการประเมินระดับความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ 3) ความหมายของงาน (Meaningfulness) เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานรวมถึงความใส่ใจต่องานที่ได้รับมอบหมาย และ 4) โอกาสทางเลือก (Choice) เป็นการประเมินความรับผิดชอบในการกระทำของแต่ละบุคคล การเลือกและคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน เมื่อได้รับการประเมินผลอย่างใดอย่างหนึ่ง จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น มีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น (Activity) มีสมาธิมุ่งมั่นในการ

ทำงาน (Concentration) การแสดงออกถึงความคิดริเริ่มใหม่ๆ (Initiative) ความสามารถในการเผชิญกับปัญหา (Resiliency) และ การมีพฤติกรรมยืดหยุ่น (Flexibility) ปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน และพฤติกรรมเหล่านี้ก็สามารถส่งผลไปถึงเหตุการณ์แวดล้อมด้วย เช่น ถ้าได้รับการประเมินออกมาดี หัวหน้าจะให้ความไว้วางใจมากขึ้น แต่ถ้าผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ หัวหน้าต้องดูแลบุคคลนั้นอย่างเคร่งครัดมากขึ้น

2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สปริตซ์เชลเลอร์ Spreitzer

สปริตซ์เชลเลอร์ Spreitzer (1995) ได้เสนอองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งผ่านการทดสอบการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบแบบยืนยัน (Confirmatory factor analysis) พบว่า มี 4 องค์ประกอบตรงตามที่โทมัสและเวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) ได้ระบุไว้ คือ การรับรู้ความหมายของงาน ความสามารถในการทำงาน การตัดสินใจด้วยตนเอง และผลกระทบต่อหน่วยงาน ซึ่งสปริตซ์เชลเลอร์ (Spreitzer, 1995) ให้ความหมายไว้ดังนี้

1. การรับรู้ความหมาย (Meaning) หมายถึง การให้คุณค่ากับเป้าหมายของงาน ความต้องการบทบาทในงานที่สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่า งานที่ทำอยู่มีความสำคัญ และมีความหมายต่อตนเอง
2. ความสามารถในการทำงาน (Competence) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติรู้ว่าตนเองมีทักษะ และความสามารถ ทำงานได้ประสบความสำเร็จ
3. การตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการตัดสินใจ คิดริเริ่มสร้างสรรค์งานได้ และควบคุมการทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง
4. ผลกระทบต่อหน่วยงาน (Impact) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานรู้ว่าตนเองมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้บริหารในฐานะผู้นำ

สจิวต์ (Stewart (1994) กล่าวว่าในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทที่สำคัญที่ผู้บริหารต้องใช้ในการบริหารจัดการและการนำผู้ปฏิบัติงานมีดังนี้

1. การเสริมสร้าง (Enabling) ผู้บริหารต้องมีความสามารถในการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นและเพียงพอต่อการปฏิบัติของบุคลากร เช่น เวลา เงิน วัสดุ อุปกรณ์และบุคลากร นอกจากนี้ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการเตรียมผู้ปฏิบัติงานให้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ และทักษะ มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำงาน ตลอดจนได้รับการฝึกอบรม อีกทั้งโอกาสแสดงความสามารถ
2. การอำนวยความสะดวก (Facilitating) ผู้บริหารต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอในการปฏิบัติงาน รวมทั้งขจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่มากีดขวางการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ตลอดจนจัดระบบภายในองค์กรที่ส่งเสริมความมีอิสระในการปฏิบัติงาน
3. การให้คำปรึกษา (Counseling) ผู้บริหารต้องสามารถให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน ให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

4. การให้ร่วมมือ (Collaborating) ผู้บริหารต้องไม่อาศัยอำนาจจากตำแหน่งหน้าที่สั่งการให้ผู้ปฏิบัติงานตามคำสั่ง แต่ควรใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและให้ความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ

5. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) ระบบพี่เลี้ยง มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติ ทั้งในด้านความรู้และความชำนาญ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน สร้างบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของงาน อีกทั้งยังเป็นความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

6. การสนับสนุน (Supporting) ผู้บริหารมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ให้มีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกรณีทำงานไม่ประสบความสำเร็จหรือทำงานผิดพลาด

นอกจากนี้ กูเดนและคริสแมน (Gunden & Crissman, 1992) ได้กล่าวถึงทักษะของผู้นำ เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

1. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้นำต้องสร้างและคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ โดยเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้จักกาลเทศะ มีความซื่อสัตย์ รักษาข้อผูกพันและสัญญา

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้นำจะต้องได้รับข้อมูลย้อนกลับว่ารูปแบบการทำงานเป็นอย่างไร มีข้อดี ข้อเสีย หรือมีสิ่งใดบ้างที่ต้องปรับปรุง

3. การสอนและการปฏิบัติเป็นแบบอย่าง (Teaching coaching and role modeling) ผู้นำสามารถสอนและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ปฏิบัติงาน

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ผู้บริหารควรใช้การสื่อสารสองทาง โดยสื่อสารได้หลายรูปแบบ เช่น การประชุมย่อย การพบปะกันในแผนก การประชุมปรึกษา เพื่อให้ได้รับข่าวสารร่วมกัน

5. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ควรมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ทุกคนรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของงาน ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า

6. การสนับสนุนในทางบวก (Positively support) ผู้นำจะต้องสร้างหรือให้คำแนะนำเชิงสร้างสรรค์ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติในการสร้างรูปแบบทางความคิด เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงาน

สรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เป็นการคำนึงถึงการเสริมแรงทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะทำงานประสบความสำเร็จ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจนี้มีผู้เสนอแนวคิดไว้คล้ายคลึงกัน คือ แนวคิดของ โทมัส และ เวลเฮ้าส์ (Thomas & Velthouse, 1990) และ สปรีตเซอร์ (Spreitzer, 1997) ที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ความหมายของงาน รับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้ และ รับรู้ว่าตนเองมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้จักคุณค่าของตนเอง เพิ่มสมรรถนะของตน และเกิดความพึงพอใจในงาน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ใช้บริการ

การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นพิจารณาได้ว่า เป็นทั้งกระบวนการ (Process) และ/หรือผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงควมมีคุณภาพและเอกลักษณ์ของบุคคล อีกทั้งยังเป็นแนวคิดในการดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Gibson, 1991) เป็นการเพิ่มความมีคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และความสามารถของตน (Self-efficacy) หรือเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในทางบวก

(Wallerstein & Barnstein, 1988) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม แนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1991)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้พยาบาล และ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล

1.1. ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) มีสมรรถนะในตน (Self-efficacy) ควบคุมตนเองได้ (Self of control) มีแรงจูงใจ (Motivation) เรียนรู้ (Learning) เจริญเติบโต (Growth) มีความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Sense of connectedness) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improved quality of life) สุขภาพดีขึ้น (Better health) และมีจิตสำนึกในการตัดสินใจสังคม (Sense of social justice)

1.2. ด้านผู้ให้พยาบาล ผู้ให้การพยาบาลหรือตัวพยาบาล จะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาล จะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper) ผู้สนับสนุน (Support) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้สอน (Educator) ผู้ให้คำปรึกษาแหล่งทรัพยากร (Resource consultant) ผู้ใช้แหล่งทรัพยากร (Resource mobilizer) ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator) ผู้ส่งเสริม (Enabler) และผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการ (Advocate)

1.3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดย มีความไว้วางใจกัน (Trust) เห็นใจกัน (Empathy) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participatory decision-making) วางเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal-setting) ทำงานร่วมกัน (Co-operation) ให้ความร่วมมือกัน (Collaboration) เอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organizing) มีการต่อรอง (Lobbying) และ มีการดำเนินการอย่างชอบธรรม (Legitimacy)

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อมากิบสัน (Gibson, 1995) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง จากผลการวิจัยดังกล่าว กิบสันได้สรุปรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะ

เกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิด (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ภายใต้นี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างก็ยังสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนานตนเองขึ้น ช่วยให้เห็นมุมมองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพที่มีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge)

ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของที่มีสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากที่มีสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้ และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้

ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีร่วมกันหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมมือกับรายกับที่มสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการ จะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกไว้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึก มั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหา นั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความ ต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่างๆ มาช่วยกันสร้าง เสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดที่ไม่ สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มซึ่ง ต้องมีการพัฒนาโดยอาศัยการวิจัยเชิงปริมาณก่อนนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวมาใช้เป็นแนวคิด (Concept) ที่ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆต่อไป

สำหรับในประเทศไทย ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจใน ผู้ป่วยของมิลเลอร์ (Miller) มาปรับใช้กับผู้ป่วยไทย โดยสรุปองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไว้ 4 ประเด็น คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ คือ พยาบาล ซึ่งใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะการใช้ อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก และกลุ่มผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ป่วย ซึ่งมีความตั้งใจที่ยอมรับการเสริมสร้าง พลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ
2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสพการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถในการตัดสินใจยอมรับในหน้าที่และการกระทำของตัวผู้ป่วย และความมุ่งมั่นที่ จะให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ
 - 3.1 การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันที่จะส่งผลต่อการ จัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของ ตนเอง ความต้องการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.3 การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยทบทวน เหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับ ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์ จริง มองปัญหาได้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนา ความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง จากเดิมที่คิดว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าตนไม่ได้ไร้

ความสามารถทุกอย่าง ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น

3.4 การสนับสนุนเชื้ออำนาจ ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากรและสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเชื้ออำนาจต่อการปฏิบัติตามที่ตนได้ตัดสินใจ โดยต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่มองเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือการกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุดและดีที่สุด

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น การเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การนับถือตนเอง (Self-esteem) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองที่ต้องจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นต้องมีแนวทางในการแก้ปัญหา มีความเชื่อถือในตนเองมากขึ้น เปิดใจยอมรับผู้อื่นมากขึ้น มองเห็นประโยชน์ของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี มีความคาดหวังในการมีชีวิตอย่างปกติ ปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีความเชื่อทางบวก รวมทั้งการเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองมากขึ้น นั้นแสดงว่าผู้ป่วยเชื่อมั่นในการมีพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซุกบลิง (Sukbling, 1998) พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์สุขภาพที่ดี ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลต่อสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่การสร้างพลังให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีการพัฒนาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากนักวิชาการสาขาพยาบาลศาสตร์ แนวคิดที่นำเสนอในบทเรียนนี้ ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) และ การพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดาร์เน่ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งกล่าวไว้คล้ายๆกันว่า ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องรู้ถึงภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยก่อน ซึ่งเป็นการค้นหาสถานะความเป็นจริงของผู้ป่วย ทั้งด้านอารมณ์ การคิดรู้ และ พฤติกรรม มีการสะท้อนความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน และผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีพยาบาลคอยให้การสนับสนุน จนกระทั่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ในการนำแนวคิด/ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับบุคคลต่าง ๆ นั้น ได้มีการเสนอแนวคิดไว้หลากหลาย ดังนั้นผู้ที่จะนำแนวคิดต่างๆที่กล่าวไว้แล้วไปใช้ ก็ต้องศึกษาให้ถ่องแท้และต้องประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับเรื่องและบุคคลที่จะศึกษาด้วย

แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Uncertainty in Illness Theory

มิเชล (Mishel, 1981; 1988) ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับผลวิจัยทางการแพทย์ โดยกล่าวถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นความรู้สึกเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจำแนกหมวดหมู่ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ จากขาดข้อมูลที่เพียงพอ จากการอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย สถานที่หรือวิธีการรักษา หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป

มิเชล (Mishel, 1988) ได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสอบถามประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) หมายถึง การที่บุคคลไม่เข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตนเองอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากขาดประสบการณ์ ขาดความรู้หรือขาดแหล่งสนับสนุนชี้แนะที่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ด้านความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ (lack of clarity) หมายถึง การที่บุคคลมีความสับสน ไม่เข้าใจในขั้นตอนของการรักษา รวมถึงวิธีการรักษาที่มีความเฉพาะพิเศษค่อนข้างยุ่งยาก ใช้เวลานาน ใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา เกิดความกลัว ไม่กล้า เกิดความท้อแท้ไม่ยอมมารับบริการ ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น

3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (lack of information) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ การเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือการที่ไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้บุคคลเกิดความสับสนและไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มรสภาพได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

4. ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) หมายถึง ความไม่สามารถคาดการณ์ ทำนาย หรืออธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือและความซับซ้อนของความเจ็บป่วย และความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประเมินความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ กรอบสิ่งกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Mishel, 1988, pp. 226-228) ดังนี้

1. กรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame)

กรอบสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยตรง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นลดลงประกอบไปด้วย

1.1 แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (symptom pattern) หมายถึงระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ถ้าแบบแผนของอาการแสดงชัดเจนและสม่ำเสมอเพียงพอ บุคคลจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการ เมื่ออาการแสดงมีลักษณะไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนได้ ทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะความเจ็บป่วยได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น

ดังนั้นลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงและมีความรุนแรงมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการไม่คงที่จะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (event familiarity) หมายถึงความคุ้นเคย หรือการเกิดขึ้นซ้ำของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยในสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพ โดยความคุ้นเคยในเหตุการณ์เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและเกิดขึ้นจากการมีประสบการณ์ในสิ่งแวดล้อมนั้น ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ช่วยให้บุคคลให้ความหมายเหตุการณ์ได้ ความซับซ้อนและความแปลกใหม่ของเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาซึ่งยังไม่คุ้นเคย ในทางตรงกันข้ามถ้ากิจกรรมการตรวจหรือการรักษาที่บุคคลคุ้นเคย รวมทั้งการคุ้นเคยต่อสถานที่ในโรงพยาบาลจะส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง (event congruence) การขาดความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่มีประสบการณ์จริง ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับการคาดเดาและความมั่นคงของเหตุการณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้เมื่อความคาดหวังของผลการบำบัดรักษาถูกทำลายโดยการเกิดขึ้นซ้ำของการเจ็บป่วยที่คาดไม่ถึง เช่นเดียวกันกับการไม่พบสิ่งที่คาดหวังในการบำบัดรักษาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อผลของการรักษาไม่ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

2. ความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity)

ความสามารถในการรู้คิด เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสาร ได้ถูกต้องกับเหตุการณ์ ซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล ซึ่งความผิดปกติในหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบาย หรือการทำงานพร่องของระบบประสาทอัตโนมัติ จะทำให้ความสามารถเหล่านี้ลดน้อยลง มีผลให้ความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดน้อยลง ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจมีผลทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งต้องผ่านทางกรอบสิ่งกระตุ้น

3. แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider)

แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น เพื่อทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงประกอบด้วย

3.1 การศึกษา (education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรในโรงพยาบาลและสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือที่ต้องเผชิญ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งของข้อมูลที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยตรงและทางอ้อม การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง ช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการรักษาที่รับรู้ลดลง และช่วยให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ในทางอ้อมการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยให้ความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมเดียวกัน ได้แก่ บุคลากรที่มึสุขภาพ หรือผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ความเจ็บป่วยแบบเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเดียวกัน สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเหมือนกัน แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่แปลกใหม่ มีความซับซ้อน หรือการได้รับข้อมูลที่มากเกินไป หรือข้อมูลที่มีความขัดแย้งก็ยังคงทำให้บุคคลขาดข้อมูลที่ช่วยให้ความหมายของความเจ็บป่วย ดังนั้นบุคลากรที่มึสุขภาพจึงเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ

3.3 อำนาจที่น่าเชื่อถือของบุคลากรที่มึสุขภาพ (credible authority) หมายถึงความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคลากรที่มึสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการและผลที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลกฎระเบียบ ขั้นตอนการรับบริการ โดยช่วยลดความคลุมเครือ ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยและช่วยให้มองสถานการณ์การเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น การได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทำให้บุคคลเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้คาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่มีต่อบุคลากรที่มึสุขภาพทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ช่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความซับซ้อนของการรักษาที่ได้รับลง ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงโดยตรง

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญความเครียด และการปรับตัว

มิเชล (Mishel, 1988, pp. 228-231) กล่าวว่าในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ โดยการประเมินเหตุการณ์เป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การลงความเห็น (inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (illusion) การลงความเห็น เป็นการประเมินโดยอาศัยเหตุการณ์ที่ผ่านมาและการกำหนดของแต่ละบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์ทั่วไป ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ได้รับ ส่วนการสร้าง ความเชื่อใหม่ เป็นการสร้างความเชื่อใหม่จากรู้สึกไม่แน่นอนให้เป็นไปในทางบวก ปรับแนวคิดให้เป็นไปตามที่ตนปรารถนา โดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด การสร้างความเชื่อใหม่ถูกมองว่าเป็นการปฏิเสธความจริงจึงถูกมองว่าเป็น การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของบุคคล แต่ในปัจจุบันได้สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของการสร้างความเชื่อใหม่ คือ การหลีกเลี่ยง และการปฏิเสธความเป็นจริงจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะคุกคามได้ หรือเมื่อบุคคลยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลที่ เป็นจริง

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยการลงความเห็นมี 2 รูปแบบ ดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย (danger) เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตราย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน หรือเป็นผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้าและเกิดความทุกข์ เหตุที่ส่งเสริมให้บุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตรายคือความไม่คุ้นเคยในเหตุการณ์ที่เผชิญ ไม่มีความเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคและการรักษา และขาดความเข้าใจในแบบแผนการดำเนินโรค การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด และหาวิธีการเผชิญความเครียดเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งจัดการเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง และการมุ่งจัดการกับอารมณ์

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส (opportunity) เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นโอกาส อาจเนื่องมาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวก เกิดจากการลงความเห็นที่สามารถควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ หรือเกิดจากการสร้างความเชื่อใหม่ว่าเป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลดีบุคคลจะเกิดความพึงพอใจจึงมีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยวิธีการที่คงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นไว้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อบุคคลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การประเมินของแต่ละบุคคล ซึ่งไม่ว่าจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส บุคคลจะมีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนนั้น ถ้ามีวิธีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอหรือเหมาะสมก็จะสามารถปรับตัวได้และมีชีวิตอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความไม่แน่นอนได้ ซึ่งการปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย



บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวิทสัน. เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2541.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์, และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (บรรณาธิการ). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาพร, 2548.
- จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- จิตรศิริ ชันเงิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- นิตยา ศรีฐานลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. มปท.: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2545
- บังอรสำลี. "ทฤษฎีการพยาบาล". ในแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล. หน้า 39 – 77. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- ประคิด สุขฉายา. บันทึกทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์: แนวคิด วิธีบันทึกและการใช้ประโยชน์. มปท.: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. "กรอบแนวคิดเรื่อง Spirituality ทางจิตวิเคราะห์" ก้าวใหม่ สปสช 2,7(2552):14-15.
- ปิยวาท เกสมาส. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม" ในทฤษฎีการพยาบาล. หน้า 85 – 143 เพ็ญศรี ระเบียบ , บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ และสมใจ พุทธาทิทัศณ์ผล. มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-6. กรุงเทพฯ: ประชุมช่างจำกัด, 2546.
- พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษรจำกัด, 2552.
- เพ็ญศรี ระเบียบ (บรรณาธิการ). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- แพม บรรวณีย์. ฟลอรินซ์ ในดิงเกล แสงสว่างของผู้ทุกข์ยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2540.
- พาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์, 2546.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. ฟลอรินซ์ ในดิงเกล : ปฏิภาณและความเฉลียวฉลาด. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ช้างเผือกกราฟิค, 2533.
- เรณู พุกบุญมี. จากกระบวนการสู่การบันทึก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน, 2552.

- เรณู สอนเครือ (บรรณารักษ์). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยูทริพันธ์ การพิมพ์, 2541.
- วันเพ็ญ ภิญญาสกุล. Discharge Planning: บันทึกที่ครบวงจร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน, 2552.
- ศิริพร ชัมภลิต. มายาคติในการบันทึกทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระหว่างวันที่ 19 – 21 มกราคม 2552 ณ โรงแรมแมนดาริน, 2552.
- สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : บริษัทเดอะเบสท์กราฟฟิค แอนด์ พรินท์ จำกัด, 2542.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณารักษ์ การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. พัฒนาการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ประชุมการช่าง จำกัด, 2542.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์. กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท นิวเวฟพัฒนา จำกัด, 2540.
- สุดศิริ นิรันทุณหะ. แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประชุมเรื่อง บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ. <http://www.nur.psu.ac.th/WebPak/filenew> [สืบค้น มกราคม 2552]
- Dennis, C. N. Self – Care Deficit Theory of Nursing : Concepts and Applications. Missouri: Mosby – Year Book, Inc, 1997.
- Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual model of nursing .Philadelphia: F.A.David, 1995 .
- George, J.B. (editor). Nursing Theories : The base for professional nursing practice. 2 nd.ed..New . Jersey : Prentice – Hall Inc., Englewood Cliffs, 1985.
- George , Julia B. Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice . New Jersey : Prentice Hall, 2002 .
- Gordon, Marjory . คู่มือการวินิจฉัยทางการพยาบาล 1995-1996. แปลโดย ศิริพร ชัมภลิตและคณะ. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ท, 2542.

- Linda Juall Carpenito-Moyet. *The understanding the nursing process: concepts mapping and care planning*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Macrae, J. A. *Nursing as a Spiritual Practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2001.
- Meleis, A.I. *Theoretical Nursing*. Philadelphia : Lippincott , 1997 .
- McEwen , Melanie and Wills , Evelyn M. *Theoretical Basis for Nursig* . Philladelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2002 .
- Nelson-Marten, P., Hecomovich, K, Pangle, M. "Caring Theory : A Framework for Advanced Practice Nursing," *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1998, 4(1): 70-77.
- Orem, D.E. *Nursing : Concepts of practice* . 2 nd . ed ., New York : McGraw – Hill Book Company, 1980.
- Roy, Sister Callista ., Andrews , Heather A. *The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement* . California :Appleton & Lange, 1991.
- Roy, Sister Callista ., Andrews , Heather A. *The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement* . California :Appleton & Lange, 1999.
- Schroeder, C., and Maeve, M.K. "Nursing Care Partnerships at the Denver Nursing Project in Human Caring : An application and Extension of Caring Theory in Practice," *Advances in Nursing Science*. 1992, 15(2) : 25-38.
- Seaback, W. *Nursing Process: Concept and Application*. New York: Delmar, 2001
- Tolento, B., Watson, J. In J.B. George. (Ed.) *Nursing theories ; The base for Professional nursing practice*. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall International, 1995.
- Watson,J. "New Dimensions of Human Caring Theory." *Nursing Science Quarterly*. 1988, 1: 175-181.
- Watson,J. "Transpersonal Caring : A Transcendent View of Person, Health and Nursing." In M.E. Parker (Ed.) *Nursing Theories in Practice*. (pp.277-288). New York : National League for Nursing, 1990.
- Watson,J. "The The Theory of Human Caring : Retrospective and Prospective." *Nursing Science Quarterly*. 1997, 10(1) : 49-52.
- Watson,J. *Postmodern nursing*. London : Harcourt Brace and Company Limited, 1999.
- Watson,J. *Spiritual in Human*. London : Harcourt Brace and Company Limited, 1999.

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนรายงานการศึกษาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ออกแบบโดย อาจารย์ศกุนตลา อรุเรือง

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มการเขียนรายงานการศึกษาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้บริการ.....ชื่อเล่น.....เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....การศึกษา.....

ภูมิลำเนา.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....

ผู้ให้ประวัติ.....

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ

1) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

.....

2) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

.....

3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

.....

4) ประวัติสุขภาพของครอบครัว (เขียนเป็น genogram 3 generation)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการซักประวัติและการตรวจร่างกายตามแบบแผนสุขภาพ

การซักประวัติ	การสังเกต / การตรวจร่างกาย
1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	1. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ
1.1 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน	1.1 ลักษณะทั่วไปและความพิการ
.....
1.2 ประวัติการตรวจร่างกาย, การได้รับ ภูมิคุ้มกัน.....	1.2 ความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย
.....
1.3 ยาที่รับประทานเป็นประจำและเหตุผล	1.3 ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล(ของ บิดามารดาและเด็ก)
.....
.....

การซักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย
<p>1.4 การดูแลความสะอาดทางร่างกาย อาบน้ำวันละ.....ครั้ง แปรงฟันวันละ.....ครั้ง</p> <p>1.5 พฤติกรรมเสี่ยง (การเสพยาเสพติด, บุหรี่,สุรา).....</p> <p>.....</p> <p>1.6 ประวัติการแพ้สารต่างๆ อาการและการแก้ไข.....</p> <p>.....</p>	
<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>1) นม ชนิด ปริมาณ จำนวนเมื่อ/วัน </p> <p>2) อาหารที่รับประทาน เวลา อาหาร </p> <p>3) นม อาหารที่รับประทานขณะป่วย </p> <p>4) อาหารที่ไม่รับประทาน / อาหารแสดง </p> <p>5) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน และ การ แก้ไข.....</p> <p>6) ชนิด ปริมาณน้ำดื่ม / วัน </p> <p>7) อาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด เพื่อ เมื่อ อาหาร และ การแก้ไข.....</p> <p>.....</p> <p>8) นิสัยการรับประทานอาหารหรือนม เป็นอย่างไร เช่น ต้องดูจากหลอดหรือช้อนอย่างไร ใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นๆ หรือไม่.....</p>	<p>2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>2.1 น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....</p> <p>* 1) รอบศีรษะ.....รอบอก..... รอบท้อง.....</p> <p>2) กระหม่อม.....</p> <p>3) ผิวหนัง.....</p> <p>4) ผม.....</p> <p>5) เล็บ.....</p> <p>6) ตา.....</p> <p>7) ซอกปาก คอ ฟัน.....</p> <p>8) ท้อง..... ลักษณะท้อง..... ตับ..... ม้าม..... ก้อนในท้อง..... เสียงลำไส้.....</p> <p>9) ต่อมไทรอยด์.....</p> <p>10) ต่อมไพโรยด์.....</p>
<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 การขับถ่ายปัสสาวะขณะปกติ </p> <p>อาการผิดปกติและการแก้ไข </p> <p>.....</p> <p>3.2 การขับถ่ายอุจจาระขณะปกติ </p> <p>.....</p>	<p>3. การขับถ่าย</p> <p>3.1 การใช้สายสวนปัสสาวะ </p> <p>.....</p> <p>3.2 ทางเปิดท่อปัสสาวะ </p> <p>.....</p> <p>3.3 โคลอสโตมียี (colostomy) </p> <p>.....</p>

<p>อาการผิดปกติและการแก้ไข</p> <p>.....</p> <p>3.3 การฝึกการขับถ่าย</p> <p>.....</p>	<p>3.4 แผนรอบทวารหนัก</p> <p>.....</p>
<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>4.1 การช่วยเหลือตนเองขณะปกติ</p> <p>.....</p> <p>4.2 การเล่น.....</p> <p>กีฬา.....</p> <p>4.3 ประวัติการพัฒนากายของกล้ามเนื้อ(เฉพาะเด็ก วัยก่อนเรียนลงมา)</p> <p>กล้ามเนื้อใหญ่.....</p> <p>กล้ามเนื้อเล็ก.....</p> <p>4.4 การเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมต่างๆขณะป่วย</p> <p>.....</p>	<p>4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย(ตรวจ ละเอียดในอวัยวะหรือระบบที่ ผิดปกติ)</p> <p>4.1 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p> <p>.....</p> <p>4.2 การเคลื่อนไหว การทรงตัว</p> <p>.....</p> <p>4.3 การใช้มือและนิ้ว</p> <p>.....</p> <p>4.4 ระบบหายใจ</p> <p>หายใจ..... ครั้ง/นาที</p> <p>จังหวะ.....</p> <p>เสียงปอด.....</p> <p>4.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ชีพจร..... ครั้ง/นาที</p> <p>จังหวะ.....</p> <p>เสียงหัวใจ.....</p> <p>ความดันโลหิต.....</p> <p>4.6 กิจกรรมขณะอยู่รพ.....</p>
<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 ปกตินอนวันละ.....ชั่วโมง</p> <p>นอนกลางวันเวลา.....ถึง.....</p> <p>นอนกลางคืนเวลา.....ถึง.....</p> <p>5.2 กิจกรรมที่ช่วยให้หลับ(การกล่อม,อ่านหนังสือให้ ฟัง,การมีสิ่งเฉพาะ เช่น หมอน ผ้าห่ม ตุ๊กตา)</p> <p>.....</p> <p>5.3 ปัญหาเกี่ยวกับการนอนและการแก้ไข (สิ่งรบกวนและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำ ให้นอนไม่หลับ)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>5. การพักผ่อน นอนหลับ</p> <p>5.1 ช่วงเวลานอน และพฤติกรรมการ นอน</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา และการแก้ไข</p> <p>.....</p> <p>6.2 ความผิดปกติของการได้ยิน และการแก้ไข</p> <p>.....</p> <p>6.3 ความเจ็บปวด.....</p> <p>.....</p> <p>6.4 การพัฒนาด้านสติปัญญา(ถามเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนและต่ำกว่า)</p> <p>.....</p> <p>6.5 การเรียน(ถามเฉพาะเด็กที่กำลังเรียน)</p> <p>.....</p> <p>6.6 ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการเรียน.....</p>	<p>6. สถิติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.1 ปฏิกริยาสะท้อน.....</p> <p>6.2 การตรวจการมองเห็น.....</p> <p>6.3 การตรวจหูและการได้ยิน.....</p> <p>.....</p> <p>6.4 ลักษณะการใช้ภาษา การตอบคำถาม (เด็กวัยเรียนขึ้นไป)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>**7. การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์</p> <p>7.1 ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาตนเอง</p> <p>.....</p> <p>7.2 ความรู้สึกต่อความสามารถความดีของตนเอง</p> <p>.....</p> <p>7.3 ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</p> <p>.....</p>	<p>7 การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์</p> <p>7.5 พฤติกรรมแสดงความสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง</p> <p>.....</p> <p>7.6 การปิดบังอวัยวะบางส่วน</p> <p>.....</p> <p>7.7 การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น</p> <p>.....</p>
<p>8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ</p> <p>8.1 จำนวนพี่น้อง.....</p> <p>เป็นลูกคนที่.....</p> <p>8.2 สัมพันธ์ภาพกับบิดา มารดา คนเลี้ยง</p> <p>.....</p> <p>8.3 สัมพันธ์ภาพกับพี่น้อง</p> <p>.....</p> <p>8.4 สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน(เด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป).....</p> <p>8.5 การพัฒนาการทางสังคม/ภาษา (เด็กวัยทารกถึงวัยก่อนเรียน)</p> <p>.....</p> <p>8.6 ความรับผิดชอบในครอบครัวในโรงเรียน(วัยเรียน/วัยรุ่น)</p>	<p>8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ</p> <p>8.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบิดา มารดา.....</p> <p>8.2 การแสดงออกถึงความสนใจและความเอาใจใส่ของบิดา มารดา.....</p> <p>8.3 สัมพันธ์ภาพกับคนอื่นๆในหอผู้ป่วย.....</p> <p>8.4 การพูดโต้ตอบของผู้ป่วย</p> <p>.....</p> <p>8.5 การมาเยี่ยมของบิดา มารดา.....</p>

<p>.....</p> <p>9. เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>9.1 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>1) เพศหญิง</p> <p>มีประจำเดือนครั้งแรก</p> <p>อายุ.....ปี ระหว่าง.....</p> <p>จำนวนวัน.....</p> <p>อาการผิดปกติ.....</p>	<p>9. เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>9.1 พฤติกรรมตามเพศชาย/หญิง</p> <p>(เฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป)</p> <p>การแต่งกาย.....</p> <p>การแสดงออกตามเพศ.....</p>
<p>9 เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>** 9.2 เพศสัมพันธ์ (เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนว่ามีเพศสัมพันธ์) การป้องกันโรค</p> <p>ทางเพศสัมพันธ์.....</p> <p>9.3 การพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>1) เพศหญิง</p> <p>มีประจำเดือนครั้งแรก</p> <p>อายุ.....ปี ระหว่าง.....</p> <p>จำนวนวัน.....</p> <p>อาการผิดปกติ.....</p>	<p>9.2 การตรวจร่างกาย</p> <p>เต้านม.....</p> <p>อวัยวะเพศ.....</p>
<p>10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด</p> <p>10.1 ลักษณะอารมณ์</p> <p>1) ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน.....</p> <p>.....</p> <p>2) พฤติกรรมเมื่อเกิดความโกรธ ไม่สบายใจ</p> <p>ถูกขัดใจ.....</p> <p>.....</p> <p>3) การช่วยเหลือของตนเอง/ครอบครัว</p> <p>เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกเหล่านั้น.....</p> <p>.....</p> <p>10.2 สิ่งที่ไม่สบายใจ กังวล กลัว ใน</p> <p>ปัจจุบัน.....</p> <p>.....</p> <p>10.3 บุคคลที่ผู้ป่วยขอคำแนะนำปรึกษา</p> <p>ช่วยเหลือ.....</p>	<p>10. การปรับตัวและความทนทานต่อ</p> <p>ความเครียด</p> <p>10.1 ลักษณะทั่วไป สีหน้า ท่าทาง</p> <p>(พฤติกรรมซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมปกติ</p> <p>เช่น ร้องไห้ กวน ถอยหนี แยกตัว</p> <p>ซึม)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>.....</p> <p>10.4 สิ่งทีครอบครัวกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>.....</p>	
<p>**11. คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>11.1 สิ่งที่มีค่า มีความสำคัญต่อเด็กมากที่สุด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>11.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>11 คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>11.1 สิ่งที่น่าถือนบูชา เช่น น้อยพระ ใส</p> <p>เครื่องรางของขลัง.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

- หมายเหตุ 1. หัวข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) เฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี
2. หัวข้อและแบบแผนที่มีดอกจันคู่(**) ควรซักถามตั้งแต่วัยเรียนและวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ และการวิเคราะห์ผล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์พยาธิสภาพ

ส่วนที่ 5 แผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา

ส่วนที่ 6 การวางแผนการพยาบาล

- การกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
- ข้อมูลสนับสนุน
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล
- การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล
- การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล
- การประเมินผล

สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่พบเรียงตามลำดับความสำคัญ

วันที่.....	วันที่.....
ปัญหาที่ 1	ปัญหาที่ 1
ปัญหาที่ 2	ปัญหาที่ 2

แผนการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาลลำดับที่.....

ข้อมูลสนับสนุน S.....

O.....

การวิเคราะห์ข้อมูล.....

เป้าหมายทางการพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล.....

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล.....

การประเมินผลการพยาบาล.....

ส่วนที่ 8 สรุปรายงานการศึกษา (บรรยายสรุป ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย อาการสำคัญ การรักษา ปัญหาทางการพยาบาลที่พบระหว่างรับไว้ในความดูแล ปัญหาใดที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงอยู่และสภาพผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล วิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยรายนี้)

ส่วนที่ 9 บรรณานุกรม

โดย อาจารย์ศกุนตรา อนุเรือง



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	อาจารย์ ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย
ตำแหน่ง	อาจารย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2535	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
พ.ศ.2539	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551	Doctor of Philosophy in Nursing (Concentration Healing) Virginia Commonwealth University
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2535 – พ.ศ.2552	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
พ.ศ.2553 – ปัจจุบัน	สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี