

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้ถูกนำมาใช้ในการพยาบาลโดยโอเร็ม กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอน เป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem, 1995)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ นิสัย ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม รวมทั้งการปฏิบัติตามลักษณะของกลุ่มคนในสังคมเป็นผลให้เกิดความรู้ในการดูแลตนเองขึ้น การดูแลตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) เป็นความต้องการที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ ตลอดจนความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์ โอเร็มได้จัดประเภทความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลไว้ 3 ประการ คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care)
2. ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental self-care)
3. ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care)

ถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลดังนี้ คือ 1) สนับสนุนการดำรงชีวิต 2) การคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลในภาวะปกติ 3) สนับสนุนพัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล 4) ป้องกันการได้รับบาดเจ็บ และการเกิดโรค 5) ปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 6) สนับสนุนการรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพโรค 7) ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล (Orem, 1995)

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง อาจเริ่มต้นที่ตนเอง หรือบุคคลอื่น ความต้องการการดูแลตนเองจะเป็นตัวกระตุ้นที่บุคคลตอบสนองออกมาเป็นนิสัยอาจประสบผลหรือไม่ก็ตาม แต่บุคคลนั้นจะต้องใช้สติปัญญา ความนึกคิด พิจารณารอบคอบแล้ว ในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นทำให้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่รอดท่ามกลางภาวะต่างๆ และมีสุขภาพดี

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการกระทำที่จงใจ (diligent action) แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะเรียนรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) ถ้าบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแล้วย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป

1.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (power component : enabling capabilities for self-care) โอเร็ม มองพลังความสามารถ 10 ประการนี้ในลักษณะตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำที่จงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยตั้งใจทั่วไป ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังตนเอง 3) มีความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหว 4) ความสามารถในการใช้เหตุผล 5) แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ 8) มีทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเองในด้านความนึกคิด การรับรู้การกระทำ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 9) มีความสามารถในการจัดระเบียบการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้ 1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น 3) กระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1995) ความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ถ้าบุคคลขาดตั้งแต่ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ

2. ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ภาวะความพร่องในการดูแลตนเองพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็น (therapeutic self-care demand) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่บุคคลกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือมีความพิการเกิดขึ้น และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากการพยาบาลเพื่อที่จะขจัดภาวะพร่องในการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995: 240)

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล คือ ระบบการพยาบาลที่ได้มาจากพยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการออกแบบ วางแผน และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง และจัดระบบการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

แนวความคิดของโอเร็ม ระบบการพยาบาลมีองค์ประกอบอยู่ 3 ระบบ คือ 1) ระบบทางสังคม (social system) 2) ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal system) 3) ระบบการปฏิบัติการพยาบาล (technological system) ระบบสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาพบกัน โดยที่ผู้ป่วยมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และระบบสังคมกำหนดให้มีระบบของการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาล และการมีศีลธรรม จรรยา ส่วนระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นไปได้ ในการสนองตอบต่อความต้องการ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการปรับใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540: อ้างอิงมาจาก Orem, 1985)

โอเร็ม ได้กำหนดออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ (Orem, 1995)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ระบบใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวเอง เป็นผู้ชี้แนะหรือควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบการพยาบาลนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในระบบนี้บทบาทพยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยการชดเชยระดับประคองและปกป้องผู้ป่วย ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้รับ (inactive role)

2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพียงบางอย่างโดยที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองและไม่สามารถจะกระทำได้ซึ่งเกิดจากภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วยเองช่วยเหลือและชดเชยข้อจำกัดบางอย่างของผู้ป่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างด้วยตนเอง รวมทั้งปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น และต้องยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล ลักษณะผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลในระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ขาดความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง

ไม่มีทักษะที่จำเป็นรวมทั้งขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทางและสนใจจากพยาบาลในการปฏิบัติ การดูแลตนเองรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมการสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามในการดูแลตนเอง

นอกจากนั้นโอเร็ม ได้อธิบายถึงลักษณะของระบบการพยาบาลในแง่ของความสามารถของพยาบาลในการดูแลเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถของพยาบาลดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล การปฏิบัติดังกล่าวพยาบาลจะต้องเป็นผู้วางแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้การตอบสนองของความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองดังนี้ (Orem, 1995)

1. ช่วยปฏิบัติหรือปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วยให้แสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
2. ร่วมมือกับผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างแผนการแสดงกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรอื่น ๆ ให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสมและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับความสนใจสติปัญญา และเป้าหมายของผู้ป่วย
4. ชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกิจกรรม หรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย
5. กระตุ้นความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการตั้งปัญหาและส่งเสริมการซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ และจัดสิ่งกระตุ้นเพื่อการเรียนรู้ในเวลาเรียน
7. สนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยตามประสบการณ์ในการเจ็บป่วย หรือภาวะสูญเสียความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุนชี้แนะแนวทางใหม่
8. ประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการประเมิน หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

9. ตัดสินเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลตนเอง การปรับหรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการช่วยเหลือจากพยาบาล

10. ตัดสินเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำการพยาบาลเพื่อที่จะก่อให้เกิดสวัสดิภาพในผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ข้อ 1-7 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลทำต่อผู้ป่วย ส่วนในข้อที่ 8-10 เป็นเครื่องชี้แนะหรือตัดสินใจระยะหลังว่าควรดำเนินการพยาบาลต่อไป หรือปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น แต่การให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผลแต่อธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรวมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัยระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่ทำประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ชีวิต

ทฤษฎีระบบของนิวแมน

ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman system model) แนวคิดหลักของทฤษฎีระบบของนิวแมนให้ความสำคัญกับระบบบุคคลและระดับการปรับตัวของสุขภาพ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามช่วงเวลาและภาวะปกติของบุคคล

ข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions)

1. แม้ว่าผู้รับบริการแต่ละคน หรือกลุ่มในฐานะระบบของผู้รับบริการจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตน ระบบแต่ละระบบจะประกอบด้วยปัจจัยร่วม หรือลักษณะภายในซึ่งมีขอบเขตปกติ ของการตอบสนองในมาตรฐานเดียวกัน

2. สิ่งรบกวนชีวิตของคนทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก ปรากฏอยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป สิ่งรบกวนชีวิตดังกล่าวแล้ว แต่ละอย่างมีความสามารถแตกต่างกันในการรบกวนระดับสมดุลของคนหรือแนวการป้องกันตัวปกติของคน ความสัมพันธ์อันจำเพาะระหว่างตัวแปรต่างๆของคน ได้แก่ ตัวแปรด้านสรีระจิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะมีผลต่อระดับความสามารถในการป้องกันสิ่งรบกวนชีวิต ของแนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัวของคน

3. เมื่อเวลาผ่านไปผู้รับบริการแต่ละคน ระบบของผู้รับบริการ จะพัฒนาขอบเขต ปกติของการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมขึ้น ซึ่งเรียกว่า แนวการป้องกันปกติ หรือ ภาวะปกติสุข/ ภาวะสมดุลของคนนั่นเอง
4. เมื่อแนวยึดหยุ่น ของการป้องกันตัวของผู้รับบริการ ไม่สามารถป้องกัน สิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อมไว้ได้ สิ่งรบกวนชีวิตก็จะผ่านแนวการป้องกันตัวปกติเข้ามา ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ จะตัดสินธรรมชาติและความรุนแรงของปฏิกิริยาโต้ตอบของระบบ หรือปฏิกิริยาโต้ตอบ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อสิ่งรบกวน
5. ผู้รับบริการไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม จะประกอบไปด้วยปฏิสัมพันธ์แบบพลวัตของตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ภาวะปกติสุขนั้นจะขึ้นอยู่กับ การได้รับพลังงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการทำงาน ของระบบให้อยู่ในภาวะ
6. ในแต่ละระบบของผู้รับบริการ จะมีปัจจัยการต่อต้านภายใน ซึ่งเรียกว่า แนวการต่อต้าน ซึ่งจะทำหน้าที่ในการรักษาภาวะสมดุลของระบบและปรับเข้าสู่ภาวะปกติสุข (แนวการป้องกันตัวปกติ) หรือเข้าสู่ภาวะสมดุล ในระดับสูงภายหลังการโต้ตอบต่อสิ่งรบกวน
7. การป้องกันปฐมภูมิ สัมพันธ์กับความรู้ทั่วไป ซึ่งใช้ในการประเมินสภาพผู้รับบริการ และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดหรือจำกัด ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อป้องกันปฏิกิริยาตอบโต้ที่อาจจะเกิดขึ้น
8. การป้องกันทุติยภูมิ สัมพันธ์กับอาการแสดงจากปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต การจัดลำดับความสำคัญ ของการปฏิบัติการพยาบาล และการรักษาเพื่อลดผลเสียที่เกิดขึ้น
9. การป้องกันระยะตติยภูมิ สัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัว ซึ่งเกิดขึ้นขณะที่มีการปรุงแต่งขึ้นใหม่ ช่วยให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่ภาวะปกติสุขและการป้องกันปฐมภูมิอีกครั้งหนึ่ง
10. ผู้รับบริการมีการแลกเปลี่ยนพลังงานกับสิ่งแวดล้อม อย่างสม่ำเสมอและเป็นพลวัต

มโนคติหลักของทฤษฎี (Metaparadigm concept)

บุคคล (person or client) นิยามมองบุคคลเป็นระบบ ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ตัวแปรทั้ง 5 ของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน และจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานสอดคล้อง ระบบบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยระบบบุคคลสามารถอธิบายได้ โดยใช้รูปวงแหวนหลาย ล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นศูนย์กลาง ประกอบไปด้วยปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น กลไกการปรับควบคุมอุณหภูมิ แบบแผนการตอบสนองทางพันธุกรรม ความแข็งแรงหรืออ่อนแอ เป็นต้น วงแหวนที่ล้อมรอบศูนย์กลางจะทำหน้าที่สำคัญในฐานะกลไกการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน หรือระบบของบุคคล

โครงสร้างพื้นฐานของบุคคล ที่ถือเป็นแกนกลางของบุคคลนั้น และเป็นองค์ประกอบร่วม ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลายอย่าง

1. ระดับอุณหภูมิปกติของร่างกาย
2. โครงสร้างทางพันธุกรรม
3. แบบแผนของปฏิกิริยาตอบสนอง
4. ความแข็งแรงของอวัยวะ
5. ความอ่อนแอของอวัยวะ
6. โครงสร้างของ “ตัวตน” (ego)
7. สิ่งที่เป็นลักษณะร่วมของบุคคล

วงกลมชั้นนอกสุด เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น (flexible line of defense) เป็นเส้นประรูปร่างแหวนชั้นนอกสุด โดยทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนชีวิต มิให้เข้าไปรบกวนบุคคล ถึงแนวป้องกันชั้นใน แนวยืดหยุ่นนี้มีความเป็นพลวัต (dynamic) มากกว่าคงตัว (stable) และสามารถเปลี่ยนแปลง ได้ชั่วขณะ ระยะเวลาสั้น เช่น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการกิน การนอน การขับถ่าย

แนวป้องกันชั้นที่ 2 เป็นแนวป้องกันปกติ (normal line of defense) เป็นเส้นที่บรูปร่างแหวนชั้นใน ถัดจากแนวยืดหยุ่น ล้อมรอบแนวป้องกันต่อต้าน แนวป้องกันปกตินี้ จะแสดงถึงภาวะ หรือระดับความปกติสุขของคน แนวป้องกันปกติเป็นมาตรฐาน การรักษาภาวะสมดุลของบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากตัวแปรต่างๆ ของระบบ สิ่งรบกวนใดๆ ก็อาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาในระบบได้ เมื่อผ่านแนวยืดหยุ่นมาถึงแนวป้องกันปกติ ปฏิกิริยาตอบโต้ที่เกิดขึ้นในระบบ จะลดความสามารถของระบบในการตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตอื่นๆ ที่เพิ่มเข้ามา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อความสามารถของแนวปกติลดลง เช่น ระยะเวลาพัฒนาการ การปรับตัวของคน เป็นต้น

แนวป้องกันชั้นในสุด เป็นแนวป้องกันต่อต้าน (line of resistance) เป็นเส้นประรูปร่างแหวนชั้นในสุดล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน เป็นแนว เป็นสิ่งที่อยู่ภายในบุคคล จะถูกกระตุ้นให้ทำงาน โดยสิ่งรบกวนที่ผ่านแนวป้องกันปกติเข้ามา แนวป้องกันต่อต้านจะประกอบไปด้วย ปัจจัยต่างๆ ทั้งที่รู้จัก และไม่รู้จัก ทำหน้าที่ค้ำจุนโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว การสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นต้น ประสิทธิภาพการทำงานของแนวป้องกันต่อต้าน จะช่วยให้ระบบสามารถปรับตัวต่อสู้กับสิ่งรบกวน เพื่อรักษาสมดุล หรือภาวะปกติของระบบเอาไว้ การขาดประสิทธิภาพ การทำงานของแนวป้องกันต่อต้าน จะนำไปสู่การเสียสมดุลและถึงแก่ชีวิตได้

สิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน หรือที่มีอิทธิพลแวดล้อมผู้รับบริการ หรือระบบผู้รับบริการ หรือบุคคลจะมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม หรือได้รับอิทธิพลจากแรงผลักดัน (force) ในสิ่งแวดล้อมทั้งทางบวก และทางลบสิ่งแวดล้อมภายในประกอบด้วยแรงผลักดันหรืออิทธิพลภายในขอบเขตของระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับมโนคติของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิต

ภายในบุคคลสิ่งแวดล้อมภายนอกประกอบด้วยแรงผลักดัน หรืออิทธิพลภายนอก ซึ่งอยู่ภายนอกขอบเขตของระบบ มีความสัมพันธ์โมเมนต์ของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิตทั้งภายในและระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ (created-environment) เป็นตัวแทนพลังงานของระบบเปิด ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมชนิดนี้บุคคลพัฒนาขึ้นโดยไม่รู้ตัวสิ่งรบกวนชีวิต เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรือเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกขอบเขตระบบของผู้รับบริการ สิ่งรบกวนชีวิตมากกว่า 1 อย่าง อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อใดก็ได้สิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อมจำแนกออกเป็นภายใน ระหว่าง และภายนอก กล่าวคือ อาจเกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคลสิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคล (intrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายในขอบเขต เช่น ปฏิกริยาตอบโต้ในสถานการณ์ต่างๆ สิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล (intrapersonal stressor) เป็นสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น การคาดหวังในบทบาทของบุคคล แบบแผนการติดต่อสื่อสารสิ่งรบกวนชีวิตภายนอกบุคคล (extrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคล ในระยะไกล เช่น นโยบายทางสังคม เศรษฐกิจ

สุขภาพ (health of wellness) นิยามมองว่าสุขภาพอยู่บนความต่อเนื่องคนละด้านกับความเจ็บป่วย สุขภาพของบุคคลนั้นเท่ากับภาวะสมดุลสูงสุดของระบบ กล่าวคือ เป็นภาวะปกติสุข (wellness state) สุขภาพของผู้รับบริการจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับอยู่ในขอบเขตปกติอาจดีขึ้น หรือเลวลงได้ตลอดเวลา ตลอดชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางโครงสร้างพื้นฐานและความพึงพอใจ หรือไม่พอใจในการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งมีอยู่ในสิ่งแวดล้อม นิยามมองสุขภาพในลักษณะที่เป็นพลังงานของการดำรงชีวิต ความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย หมายถึง มีพลังงานนำเขาอย่างต่อเนืองระหว่างระบบกับสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจสุขภาพ คือ การตัดสินใจของสิ่งรบกวนชีวิตต่อบุคคล ในลักษณะของระดับของพลังงานในตัวบุคคล บุคคลจะดำเนินชีวิตไปสู่ภาวะสุขภาพดี เมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกใช้มากกว่าการสร้าง บุคคลจะเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแก่ชีวิต

การพยาบาล (nursing) เป้าหมาย หรือความสนใจของการพยาบาล คือ การรักษาความสมดุลของระบบของผู้รับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ได้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคล โดยการใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบ ในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลการป้องกันในฐานะการปฏิบัติการพยาบาล (Prevention as intervention) ซึ่งอาจจะเป็นตอนที่เราราบต้นเหตุของความเครียด หรือบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น

การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้าง แนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้าน มีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบ และการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 2 ไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ / ปรับแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 3 จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรับแต่งขึ้นใหม่ (reconstitution) ภายหลังจากการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรับแต่งขึ้นใหม่ในระยะนี้ขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยการใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบ หรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรับแต่งขึ้นใหม่ อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุล หรือภาวะปกติสุขได้ในระดับสูงสุดกว่าเดิม เท่าเดิม หรือต่ำกว่าเดิม

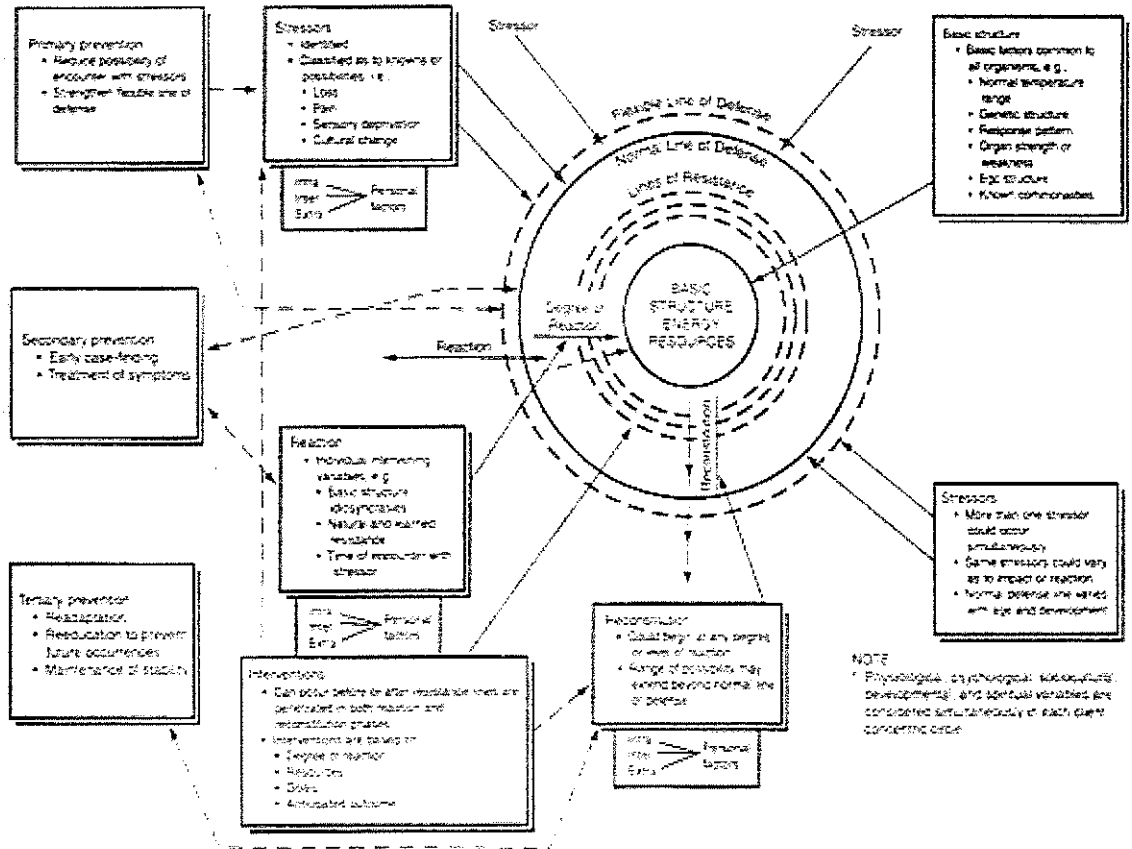
การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นในการป้องกันทั้ง 3 ภาคนั้น จะใช้กลวิธีเช่นใด ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระดับของปฏิกิริยาตอบโต้ที่ระบบผู้รับบริการ กระทำเพื่อตอบโต้กับต้นเหตุของความเครียดที่มากกระทบ หากยังไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นการปฏิบัติก็จะเป็นลักษณะของการป้องกันระยะแรก ถ้ามีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นแล้ว การป้องกันระยะที่ 2 ก็เกิดขึ้น และหากว่ามีการสร้างขึ้นใหม่เกิดขึ้นบ้าง การป้องกันระยะที่สามจะต้องดำเนินควบคู่กันกับการป้องกันระยะที่ 2

2. ทรัพยากร ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวของนิวมานัน พยาบาลจะต้องวางแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบผู้รับบริการ เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้บรรลุผล

3. เป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะที่จะเกิดขึ้นนั้น จะเริ่มต้นอย่างไร อะไรควรทำก่อนหลังขึ้นอยู่กับภารกิจลำดับจุดมุ่งหมายที่พยาบาลกำหนดไว้ อะไรเป็นเป้าหมายเร่งด่วน เป้าหมายระดับกลาง และเป้าหมายระยะยาว

4. ผลที่คาดหวัง องค์ประกอบนี้เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการได้ เนื่องจากหากพยาบาลประสงค์จะให้ผลที่คาดหวังเกิดขึ้นอย่างถาวร การวางแผนการปฏิบัติต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติทั้ง 3 ระยะ อาจจะต้องกระทำร่วมกันอยู่เสมอแยกเป็นระบบหรือเป็นช่วงไม่ได้ เป็นต้น



แผนภูมิที่ 2 ทฤษฎีระบบของนิวแมน

ทฤษฎีการดูแลเชิงอาทรของวัตสัน

ดร.จีน วัตสัน (Dr. Jean Watson) เริ่มอาชีพพยาบาลในปีค.ศ.1964 โดยได้รับปริญญาตรีทางการพยาบาล ปริญญาโททางด้านการศึกษาสุขภาพจิตและจิตเวช และปริญญาเอกทางด้านจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว นอกจากนั้นวัตสันยังศึกษาในสาขามนุษยวิทยา และได้เดินทางไปยังหลายประเทศเพื่อค้นแก่นแท้ทางความรู้เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล วัตสันเชื่อว่าองค์ความรู้ทางการพยาบาลต้องพัฒนาจากศิลปศาสตร์ (art) บนพื้นฐานความเชื่อมนุษยนิยม (humanism) มากกว่าการพัฒนาจากความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ (science) และความรู้ทางการแพทย์ (medical) เพียงอย่างเดียว (Watson, 2008) วัตสันเชื่อในพลังภายในของความเป็นมนุษย์ ที่มีชีวิตอยู่บนโลกที่เชื่อมต่อกับจักรวาล นอกจากนั้น วัตสันยังได้รับแรงจูงใจในการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีการดูแล จากความต้องการที่จะทำความเข้าใจบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งความรู้สึกผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นหายของผู้ป่วยที่วัตสันประจักษ์ด้วยตัวเอง (Watson, 2008) ในปีค.ศ. 1979 วัตสันได้เขียนตำราชื่อ Nursing: The philosophy and science of caring ตำราเล่มนี้ถือเป็นตำราหลักที่สะท้อนถึงรากฐานของทฤษฎีการดูแล ว่ามาจากแนวคิดมนุษยนิยม ศิลปะ และการพยาบาล โดยวัตสัน

ได้นำเสนอปัจจัยการดูแลสิบประการ (ten carative factors) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสำหรับพยาบาล และในปี ค.ศ. 2008 วัตสันได้เพิ่มเติมเนื้อหาของกระบวนการปฏิบัติกรด้วยความรักเพื่อการดูแล (clinical caritas process) และชี้ให้เห็นถึงพลังของความรัก (caritas /cosmic love) สิ่งพื้นฐานสำหรับการพยาบาลเพื่อการบำบัดให้ฟื้นหาย วัตสันยังได้เขียนตำราวิชาการอีกหลายเล่มซึ่งล้วนได้รับการยอมรับในวงการวิชาการพยาบาล เช่น Nursing: human science and human care (Watson, 1985), Postmodern nursing and beyond (Watson, 1999), Caring science as sacred science (Watson, 2005) วัตสันได้รับการยอมรับในฐานะนักทฤษฎีการพยาบาล นักปรัชญาทางการพยาบาล รวมทั้งได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติต่างๆ มากมาย เช่น International Kellogg Fellowship in Australia, Fulbright Research Award in Sweden, Martha E. Rogers Award ในปี 1993 จาก The National League for Nursing เป็นต้น ปัจจุบันวัตสันดำรงตำแหน่งประธาน สถาบันวิทยาศาสตร์การดูแล วัตสัน (The Watson Caring Science Institute) ซึ่งให้การอบรมและบริการวิชาการเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลเรื่อยมาจนปัจจุบัน ส่วนที่มหาวิทยาลัยโคโรลาโด ก็มีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับศาสตร์การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson's caring theory) เป็นทั้งปรัชญา และทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีจุดเน้นที่การดูแลเอื้ออาทร (caring) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปีค.ศ. 1979 ภายใต้อิทธิพลทางด้านมานุษยวิทยา รวมทั้งความรู้สึกลับผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นหายของผู้ป่วยที่วัตสันประจักษ์ด้วยตัวเอง ประกอบกับประสบการณ์ของวัตสันขณะเผชิญความเจ็บป่วย เผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัจจุบันทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาจนเรียกว่าเป็น ศาสตร์การดูแลมนุษย์ (human caring science)

ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร

วัตสันเชื่อว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ วัตสันให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ในแง่ของการเคารพในศักดิ์ศรีของทุกคน ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคล และเชื่อว่าการพยาบาลคือศิลปะและสุนทรียศาสตร์ (art & aesthetic) (Watson, 2008; 2009)

แกนหลักของทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทร

ทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรของวัตสัน เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน จนผู้ให้การดูแลสัมผัสถึงพลังแห่งการดูแล อันเป็นความรู้สึกตระหนักถึงการดูแลว่าได้เกิดขึ้น และส่งผลให้เกิดความ

รักความเข้าใจผู้อื่น ซึ่งวัตสันเรียกว่า “caring occasion” และนำไปสู่การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคนภายใต้สนามปรากฏการณ์ (phenomenal field) ของแต่ละบุคคลที่หลอมรวมกัน จนเกิดความเข้าถึงจิตใจระหว่างคนสองคน (transpersonal) ทำให้คนทั้งสองคนค้นพบความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิต ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้เกิดยอมรับในตนเอง และยอมรับผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นฟู (healing relationship) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ในทฤษฎีการดูแล วัตสันได้อธิบายว่า “ความรักอันยิ่งใหญ่ (cosmic love)” ระหว่างเพื่อนมนุษย์เป็น ที่ตั้งของการดูแล ผู้ให้การพยาบาลต้อง “ให้การพยาบาลด้วยความรัก” (caritas nursing) เพราะความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูต่อผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล (Watson, 1985; 2005; 2008) ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (ten carative factors) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (clinical caritas process) อีก 10 ประการที่วัตสันพัฒนาเพิ่มเติมตั้งแต่ปี 2002 (Watson, 2008)

การนำของปัจจัยการดูแล 10 ประการ (ten carative factors) / กระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (clinical caritas process) ไปใช้ในการพยาบาล สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ / ปลุกฝังการปฏิบัติด้วยรักและความเมตตาและมีจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตนเองและผู้อื่น ให้เสมือนเป็นพื้นฐานของความรักที่บริสุทธิ์ โดยคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วย คือ เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและความรัก
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง / มีชีวิตอยู่กับความจริง สร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปแห่งอติวิสัยของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเองและผู้อื่น
3. ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น/ ปลุกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ / สร้างสัมพันธภาพ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ เพื่อการดูแลดังนี้
 - 4.1 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพเป็นเครื่องมือบำบัดเยียวยาที่สำคัญ
 - 4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (congruence)
 - 4.3 ความเห็นอกเห็นใจ กล่าวง่าย ๆ ก็คือ “การรู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน”
 - 4.4 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

5. ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ / ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกออกมาทั้งทางบวกและลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ

6. ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อการตัดสินใจ / ใช้ตนเองและทุกวิถีแห่งความรู้ ให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เชื่อมต่อกับความสามารถทางศิลปะแห่งการพยาบาลด้วยความรัก

7. ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น / ส่งเสริมการสอน การเรียนรู้ ประสบการณ์ ซึ่งระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมายแบบอัตวิสัย ให้ความใส่ใจและอยู่กับกรอบอ้างอิงของผู้อื่น สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วย

8. วัตถุประสงค์ของ สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ / สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่

- ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก สนใจท่านอน ลักษณะของเตียง และการจัดสิ่งของ ให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก
- บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อนเย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี สนทนากับผู้ป่วยอื่น เป็นต้น
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้เวลาและความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ในการอยู่กับครอบครัว หรือในการผ่อนคลายอารมณ์
- ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และสวยงามอยู่เสมอ มีสีสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ฟังพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น / ช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล

10. ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น-พลังที่มีอยู่ / เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่ ช่วยผู้ป่วยให้ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญาและสิ่งที่ตั้งถาม โน้มนำให้ผู้ป่วยค้นหาแก่นของ

ชีวิต เข้าใจชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด แนะนำและให้โอกาสผู้ป่วย แสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา แสดงความรักและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ที่เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจ นำ ผู้ป่วยให้ค้นพบแหล่งพลังจิตวิญญาณของตน ค้นพบสัจธรรมของชีวิต และ นำเข้าสู่การใช้ระยะเวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า

นอกจากปัจจัยการดูแล 10 ประการ (ten carative factor) และกระบวนการปฏิบัติการด้วยความรักเพื่อการดูแล (clinical caritas process) แล้วนั้น กระบวนการดูแลที่มีลักษณะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแบบอัตวิสัย (subjective) ที่วัตสันเรียกว่ารูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจระหว่างคนสองคน (transpersonal caring model) นั้น มีลักษณะเป็นกระบวนการดูแลที่มีองค์ประกอบสามส่วนที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ กระบวนการดูแลมนุษย์ (human care process) การดูแลมนุษย์บนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (human care transaction) และผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ (possible outcomes) ภายใต้กระบวนการที่เชื่อมโยงกันนี้ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ที่ปรากฏในทฤษฎีการดูแลของวัตสัน เช่น ปัจจัยการดูแล (carative factor) ความรัก (caritas) แนวคิดศีลธรรม (moral idea) สถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นขณะนั้น (actual caring occasion) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (transpersonal caring) และการฟื้นฟู (healing) (Sourial, 1996; Watson, 2008; Quin, 2009)

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ใน 2 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน และการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การใช้ในระดับพื้นฐาน : โดยพยาบาลใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten carative factors) มาเป็นแนวคิดพื้นฐาน เพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งก็คือการใช้เพื่อชี้นำการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล เช่น พยาบาลคำนึงถึงการดูแลคนไข้ในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ซึ่งต้องคำนึงถึงการตอบสนองของความต้องการทุกด้าน การคำนึงถึงความหวังของผู้ป่วย ในบางองค์กรรับแนวคิดทฤษฎีการดูแลเป็นปรัชญาส่วนหนึ่งขององค์กรในการจัดบริการทางการพยาบาล

2. การใช้เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : คือการนำรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (transpersonal caring) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการฟื้นฟู (healing) คือการใช้ทฤษฎีการดูแลของวัตสันเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งหมายถึงการประติดประต่อหลักการ กลวิธีในการแก้ปัญหา ตามหลักและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งหลักและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลก็คือ “กระบวนการพยาบาล” นั่นเอง

ทฤษฎีการดูแลของวัตสันถือเป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้าง ที่ได้รับการยอมรับทั้งในแง่ของการเป็นปรัชญาของการพยาบาล และการประยุกต์ใช้เพื่อการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแล ซึ่งก็คือการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และการฟื้นฟู แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีการดูแลของวัตสันก็มีความเป็นนามธรรม

ค่อนข้างสูง ทำให้พยาบาลผู้ที่ให้นำทฤษฎีนี้ไปใช้ ต้องทำความเข้าใจทฤษฎีและบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี จุดเน้นของการดูแลที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยความรัก ความเอาใจใส่ ถือเป็นจุดเด่นของทฤษฎีการดูแลของวัตสันที่สะท้อนให้เห็นลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล และองค์ความรู้ในเชิงศิลป์ของการพยาบาล

สรุป

การพยาบาลมีพัฒนาการมาแต่โบราณกาลเริ่มจากสัญชาตญาณของมนุษย์และความเป็นแม่ที่ต้องดูแลกันเองในครอบครัว เมื่อมนุษย์เรามีความเชื่อความศรัทธาในพระเจ้าหรือศาสนาก็ขยายการดูแลไปสู่บุคคลอื่นๆ มากยิ่งขึ้น ในที่สุดก็กลายเป็นการพัฒนาทางวิชาชีพที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพทั้งที่ในยามปกติและเจ็บป่วย

การพยาบาล มีคุณลักษณะเฉพาะของการให้และการดูแลผู้อื่นด้วยความรัก ความเมตตา กรุณา และความเสียสละอดทน เมื่อคุณลักษณะเหล่านี้พัฒนาสู่การประกอบอาชีพที่ต้องมีความรู้เฉพาะทาง ต้องผ่านการอบรมจากสถาบันและองค์กรที่มีมาตรฐานได้รับการตรวจสอบและรับรองจนมีค่านิยมและจรรยาบรรณของวิชาชีพกระทั่งเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากสังคม การพยาบาลจึงกลายเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล (Professional nursing) ในปัจจุบัน

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล เป็นหลักการสำคัญของการศึกษาทางการพยาบาลสมัยใหม่ซึ่งเปรียบเสมือนการสรุปข้อเท็จจริงที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโมโนทัศน์ทั้งสี่ อันประกอบด้วย บุคคล สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล มาอธิบายสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างทฤษฎีทางการพยาบาลที่เป็นที่นิยมและยกย่องโดยทั่วไป ได้แก่ ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของไนติงเกล ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีระบบของนิวแมน และทฤษฎีการดูแลเชื้ออาหารของวัตสัน เป็นต้น

การเรียนรู้ในประวัติการพยาบาลทำให้พยาบาลมีความเข้าใจในความเป็นมาของตนเอง และตระหนักรู้ในตัวตน จนสามารถสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพได้ การนำความรู้ในวิวัฒนาการและทฤษฎีการพยาบาลไปใช้ในการศึกษา การบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาลให้ได้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั้น ผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจประเด็นเหล่านี้ให้แจ่มแจ้งและชัดเจน อีกทั้งต้องมีความรู้ความเข้าใจในบริบทตนเอง หรือองค์กรว่า มีจุดอ่อนจุดแข็งที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับทฤษฎีใด

อย่างไรก็ตามเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ตติงธรรมรงค์รักษา อัตลักษณ์และเอกลักษณ์ของพยาบาลไว้ได้อย่างเหนียวแน่น และต้องพัฒนาวิชาชีพแห่งตนให้เจริญรุ่งเรืองสืบไป

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล (2537). การวิจัยทางการแพทย์ใน
ทศวรรษหน้า: นโยบายและแนวทาง. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- ปราณีต ส่งวัฒนา (2552). สภาพและทิศทางการวิจัยทางการแพทย์: มุมมองจากประสบการณ์.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 1(1): 42-47.
- สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2555). ออนไลน์ <http://www.tnc.or.th>.
- สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2555). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดง
ความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ออนไลน์
http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-123/2__21000.pdf
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2541). การศึกษาความต้องการกำลังพลคนด้านการพยาบาลกลุ่มผู้
ให้บริการด้านการพยาบาล. สารสภาการพยาบาล. 13(1): 63-72.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2553). **ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร:
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, รองศาสตราจารย์. (2550). **การพัฒนาระบบการพยาบาล**. เชียงใหม่:
หจก.โรงพิมพ์ช้างเผือก.
- Chity, K.K. (2001). **Professional nursing: concepts & challenges**. 3rd edition. Philadelphia:
W.B. Saunders Comp.
- Ellis, J.R. & Hartley, C.L. (2002). **Nursing in today's world**. 8th edition. Philadelphia:
Lippincott William & Wilkins.
- Roy, S. C., & Andrew, H. A. (1991). **The Roy's adaptation model**. San Mateo, CA: Appleton &
Lange.
- Meleis, IA. (1997). **Theoretical nursing: development & progress**. 3rd ed. Philadelphia: Lippicott.
- Neuman, B. (1995). **Neuman system model**. New York: Appleton Century Crafts.
- Nightingale, F. (1969). **Notes on Nursing: What it is, What it is not**. New York: Dover
publications, Inc.
- The Nightingale Fellowship. (2014). www.florence-nightingale.co.uk
- Watson, J. (2005). **Caring science as sacred science**. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Watson, J. (2008). **Assessing and measuring caring in nursing and health science**. New
York: Springer Publishing Company.

กิจกรรม

ใบงาน1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเนื้อหาสาระของการประชุมระดับชาติหรือนานาชาติ
2. เพื่อศึกษาวิธีการดำเนินการการจัดประชุมระดับชาติหรือนานาชาติ
3. เพื่อศึกษาค้นคว้าข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาที่รับผิดชอบ
4. เพื่อศึกษาเรียนรู้สัมมนาประเด็นเนื้อหาที่ตนเองรับผิดชอบในบทบาทผู้ดำเนินการสัมมนา

วิธีดำเนินการ

1. แบ่งนักศึกษาเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน
2. การแบ่งเนื้อหาเพื่อศึกษาดังนี้
 - 2.1 การศึกษาพยาบาล 1 กลุ่ม
 - 2.2 การบริหารการพยาบาล 1 กลุ่ม
 - 2.3 การปฏิบัติการพยาบาล 2 กลุ่ม
 - 2.4 การวิจัยหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล 2 กลุ่ม
3. ศึกษางานวิจัยหรือเนื้อหาการบรรยาย หรือ Poster เสนอผลงาน หรือสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ฯลฯ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่นักศึกษารับผิดชอบ แล้วสรุปความรู้ที่ได้รับพร้อมอ้างอิงที่เชื่อถือได้ (อาจสำเนาเอกสารต้นฉบับ ถ้ามี)
4. ค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม เพื่อจัดทำรายงาน
5. ดำเนินการสัมมนาตามใบงานที่2 ตามวันเวลาที่กำหนดไว้ในประมวลรายวิชา

- หมายเหตุ** การสรุปประเด็นในการสังเกตการณ์การประชุมวิชาการนานาชาติ The 4th INSF at KU
- a. ลักษณะของบทบาทหน้าที่ (ก่อน - ระหว่าง - หลัง การจัดประชุมวิชาการครั้งนี้)
 - b. ปัญหา - อุปสรรค ที่ประสบและแนวทางการแก้ปัญหา
 - c. ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นของนศ.ต่อสิ่งทีนศ.เรียนรู้จาก a และ b
 - d. ประโยชน์และข้อคิดเห็นสำหรับการมอบหมายงานครั้งนี้ (ข้อดี - สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข/ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้ดีขึ้น)

กรณีนักศึกษามีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ อ.พ.อ.หญิง ดร.วัลลภา บุญรอด 089-8258274 หรือ wboonrod@sut.ac.th

บทที่ 2

วิชาชีพการพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิชาชีพการพยาบาล

เค้าโครงเนื้อหา

1. การพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย
 - 1.1 การจัดการศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ
 - 1.1.1 การจัดการศึกษาพยาบาลไทยในยุคต่างๆ
 - 1.1.2 การจัดการศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน
 - 1.1.2.1 แนวคิดการจัดการศึกษาพยาบาล
 - 1.1.2.2 สถาบันการศึกษาพยาบาล
 - 1.1.2.3 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์
 - 1.2 การจำแนกกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ
 - 1.2.1 การจำแนกพยาบาลวิชาชีพตามลักษณะงานพยาบาล
 - 1.2.2 การจำแนกพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งสายงานพยาบาล
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิชาชีพพยาบาล
 - 2.1 ปัจจัยภายนอก
 - 2.2 ปัจจัยภายใน

แนวคิด

1. วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ในประเทศไทยมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง การจัดการศึกษามาตั้งแต่ 2439 สู่อการผลิตพยาบาลวิชาชีพปัจจุบันที่ต้องผ่านการรับรองของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยทั้งสถาบันผลิต หลักสูตร และผลผลิต (พยาบาล) เป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 4 ปี ในระดับอุดมศึกษา
2. การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลเป็นผลมาจากปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิชาชีพพยาบาล จากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเมือง การปกครอง กฎหมาย นโยบายรัฐบาล เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี รวมทั้งสถานะสุขภาพและการระบาดของโรค และระบบบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณภาพการบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล ปริมาณพยาบาล ทักษะและความสามารถของบุคลากรพยาบาล และสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้มีความทำหายนต์ต่อผู้นำ นักการศึกษา และพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องรู้ทันสถานการณ์

เตรียมพร้อมรับสถานการณ์ และพัฒนาวิชาชีพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยองค์ความรู้ที่ทันสมัย

วัตถุประสงค์

เมื่อนักศึกษาเรียนจบการเรียนการสอนบทนี้แล้ว สามารถ:

1. เข้าใจและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลในประเทศได้ถูกต้อง
2. อธิบายปัจจัยด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และองค์กรวิชาชีพพยาบาลต่อวิชาชีพพยาบาลได้
3. อธิบายปัจจัยด้านการศึกษา การบริการพยาบาลและการบริหารการพยาบาลต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลตามสถานการณ์ปัจจุบันได้

กิจกรรมระหว่างเรียน

ศึกษาเอกสารการเรียนรู้ด้วยตนเอง บทที่ 2

ศึกษาค้นคว้าข่าวสาร บทความวิชาการ และบทวิจัยทางการพยาบาลในหัวข้อนี้จากแหล่งต่างๆ ฟังการบรรยาย และอภิปรายประเด็นในหัวข้อนี้ในด้านการบริการ การบริหาร การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล

สื่อการสอน

Power point

Multi media: clip, VDO

การประเมินผล

ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการอภิปรายในชั้นเรียน และการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมท้ายบท (10%)

การพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย

วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา กว่า 100 ปีนี้ ปัจจุบันบุคลากรการพยาบาลมีเป็นจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 60 ของบุคลากรทางการสาธารณสุขทั้งหมด ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมและผสมผสาน (comprehensive care) 4 ด้านหลักคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยปฏิบัติงานกระจายอยู่ในสถานบริการสุขภาพของประเทศในทุกระดับได้แก่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนั้นจึงนับได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันให้นโยบายงานสาธารณสุขของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1. การจัดการศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

1.1 การจัดการศึกษาพยาบาลไทยยุคต่างๆ

ยุคที่ 1. พ.ศ. 2439 – พ.ศ. 2468

การจัดการศึกษาพยาบาลในยุคนี้เป็นการฝึกการอาชีพ (Apprenticeship) การศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีพัฒนาการที่แตกต่างไปจากพัฒนาการการศึกษาพยาบาลในประเทศอื่น คือ สถานศึกษาพยาบาลแห่งแรกเป็นโรงเรียนพยาบาลแห่งแรกก่อกำเนิดขึ้น เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2439 ด้วยพระมหากรุณาธิคุณ ของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ให้ชื่อว่า “โรงเรียนหญิงแพทย์ผดุงครรภ์แลการพยาบาลใช้” ซึ่งต่อมาเป็น “คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล” ในปัจจุบันต่อมามี โรงเรียนพยาบาลที่สำคัญเกิดขึ้น 3 แห่ง คือ โรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงเรียนนางพยาบาลสภากาชาดสยาม และโรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค

ยุคที่ 2. พ.ศ. 2469– 2498

การจัดการศึกษาพยาบาลในช่วงนี้เป็นระบบการศึกษาอบรม (Hospital Training School) กล่าวได้ว่า เป็นการศึกษาพยาบาลที่เน้นที่เทคนิคและวิธีการพยาบาล พยาบาลคือผู้ช่วยเหลือแพทย์ ระบบการศึกษาอบรมเป็นการผลิตบุคคลากรขึ้นมาเพื่อใช้ในส่วนงานของตนเอง พยาบาลที่ก้าวออกจากระบบการศึกษา ในระหว่าง พ.ศ. 2469 – 2498 เป็นพยาบาลที่ความชำนาญในการพยาบาลช่างเตี้ยสูงมาก ระบบการศึกษาอบรมเป็นระบบส่งมอบความรู้ให้จดจำ แล้วนำไปปฏิบัติ โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยม 6 ในขณะนั้น ซึ่งจะผ่านการเล่าเรียนมาเพียง 10 ปี ระยะเวลาของหลักสูตรพยาบาล คือ 3 ½ ปี เรียนการพยาบาลทั่วไป 3 ปี เรียนผดุงครรภ์ 6 เดือน การพัฒนาการศึกษาพยาบาลภายใต้แผนการผลิต ของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารวิเทศกิจของสหรัฐอเมริกา (USOM) ด้วยการให้