

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน อัจฉริยะ สภาวะแวดล้อมทางคลินิกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ บทความ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล
  - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ
  - 1.2 ปัญหาทางการพยาบาล
  - 1.3 การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล
  - 2.1 ผลการเรียน
  - 2.2 อัจฉริยะ
  - 2.3 สภาวะแวดล้อมทางคลินิก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

##### แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ

ปัจจุบันสถานการณ์โลกและเทคโนโลยีต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การดำเนินชีวิตของคนในสังคมประสบความสำเร็จ มีความขัดแย้ง และการแข่งขันมากขึ้น การตัดสินใจจึงได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เป้าหมาย และทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 253๘)

## ความสำคัญของการตัดสินใจ

ในการปฏิบัติงานของคนเรา ไม่ว่าจะเป็นในองค์การเอกชนหรือรัฐบาล รวมทั้ง การดำเนินชีวิตส่วนตัวจะต้องเกี่ยวกับการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2527) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ เช่น แพทย์ พยาบาล การตัดสินใจจำเป็นต้องถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์จึงจะสามารถช่วยและป้องกันชีวิตของผู้เจ็บป่วยได้ การตัดสินใจเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้และฝึกให้เกิดความชำนาญได้ ดังนั้น การตัดสินใจที่ดีจึงมีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่มีคุณภาพที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ทำให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด เกิดการประหยัดเวลา แรงงาน และทรัพยากร ในการปฏิบัติช่วยลดความขัดแย้งได้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากความกลัว ความวิตกกังวลและสภาพที่ถูกบังคับในจิตใจ นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจ จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจ และมีการพัฒนาศักยภาพของตนให้ประสบความสำเร็จในงานและการดำเนินชีวิต (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2530) จึงกล่าวสรุปความสำคัญของการตัดสินใจเป็นจุดเริ่มต้นที่จะดำเนินการใด ๆ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์การขึ้นอยู่กับผลของการตัดสินใจอยู่ไม่น้อย

## ความหมายของการตัดสินใจ

คำว่า การตัดสินใจ เป็นคำที่มีความหมายตรงกับ การตัดสินใจสั่งการ หรือการ วินิจฉัยสั่งการ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2530) ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Decision Making มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

กริฟฟิธส์ (Griffiths, 1959) ได้กล่าวว่า การบริหารคือ กระบวนการตัดสินใจ

บาร์นาร์ด (Barnard, 1966) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นเทคนิควิธีในการ จำกัดทางเลือกให้แคบลง

กอร์ (Goor, 1964) กล่าวเช่นเดียวกับ วุฒิชัย จานงค์ (2523) รงชัย สันติวงษ์ (2530) และวิเชียร ทวีลาภ (2534) ว่า การตัดสินใจหมายถึง การเลือกทางปฏิบัติซึ่งมีหลายทางเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

ฟอลเลทท์ (Follett, 1982) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการใช้สติปัญญา ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์แก้ไข เพื่อให้ผลที่ได้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง มาร์รีเนอร์ (Marriner, 1980 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2530) ที่มองการตัดสินใจใน

รูปของการแก้ปัญหาอย่างเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจทางเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเลือกหนทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

ดังนั้น อาจสรุปความหมายการตัดสินใจได้ว่า คือกระบวนการที่บุคคลคิดพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ

### ทฤษฎีการตัดสินใจ

เฟลด์แมน และอาร์โนลด์ (Feldman and arnold, 1983 อ้างถึงใน รุจิรา อินทรตุล, 2531) ได้แบ่งทฤษฎีทางการตัดสินใจไว้ 3 ทฤษฎีคือ

#### 1. ทฤษฎีการตัดสินใจแบบดั้งเดิม (Traditional theory)

เป็นทฤษฎีการตัดสินใจที่มีสมมติฐานว่า การตัดสินใจนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นเหตุเป็นผล ยึดระเบียบแบบแผนเป็นเกณฑ์ ผู้บริหารมีอำนาจในการตัดสินใจสั่งการอย่างเต็มที่โดยเหตุผล หรือปราศจากเหตุผลอันควรก็ตาม เป็นการตัดสินใจในรูปแบบของการรวมอำนาจ ผู้ตัดสินใจต้องพยายามสรรหาหรือคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อจะนำไปสู่ความสำเร็จให้มากที่สุด

#### 2. ทฤษฎีพฤติกรรมในการตัดสินใจ (Behavioral Theory)

ไซมอนเป็นผู้ที่ได้รับฉายาว่าเป็นบิดาทฤษฎีแห่งการตัดสินใจ ไซมอนและคณะ (Simon, et al.) ให้แนวความคิดไว้ว่า ความสามารถของมนุษย์ในการแก้ปัญหานั้นมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างมีเหตุผล ฉะนั้นในการตัดสินใจของคนนั้นจะต้องอยู่ในสภาพที่มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถหาทางเลือก รวมทั้งไม่สามารถประเมินทางเลือกได้ทุกทาง และไม่สามารถบอกได้ว่าทางเลือกไหนจะให้ประโยชน์สูงสุด กล่าวคือมีข้อจำกัดทางการให้เหตุผล ซึ่งถูกสนับสนุนอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้คนจึงจะประเมินทางเลือกต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่พอใจ และยอมรับได้ นับว่าเป็นการตัดสินใจที่มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมของกลุ่มชนหรือองค์การ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมาก เพราะพฤติกรรมเหล่านี้มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ตัดสินใจจึงจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ มาช่วยในการตัดสินใจมากขึ้น เช่น ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ทางด้านสถิติและการวิจัย เป็นต้น เพื่อให้การตัดสินใจรวดเร็วและประหยัดได้ผลแน่นอนตรงตามวัตถุประสงค์

### 3. ทฤษฎีความขัดแย้งในการตัดสินใจ (Conflict theory of Decision Making)

ลานิสและแมนน์ (Lanis and Mann) ได้พัฒนาแนวความคิดที่ว่า การตัดสินใจนั้น โดยธรรมชาติแล้วจะก่อให้เกิดความกดดันและความขัดแย้งเกิดขึ้น ซึ่งถ้าความกดดันและความขัดแย้งอยู่ในระดับสูงมาก ก็จะใช้กระบวนการนั้นได้เหมาะสม และคุณภาพการตัดสินใจขึ้นอยู่กับกระบวนการในการประมวลและประเมินข้อมูล ความกดดันเกิดได้หลายระดับ และกระบวนการในการประมวลและประเมินข้อมูล จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อความกดดันอยู่ในระดับสูงพอเท่านั้น

#### กระบวนการตัดสินใจ

ปัจจุบัน การตัดสินใจใช้กระบวนการตามหลักวิทยาศาสตร์เพราะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีหลักการและเหตุผล ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้แบ่งกระบวนการตัดสินใจไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

กริฟฟิธส์ (Griffiths) ซึ่งอ้างโดยยูรา (Yura, 1983) ได้วิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจไว้ดังนี้

1. ให้ความสำคัญ ตีความและจำกัดขอบเขตของปัญหา
2. วิเคราะห์ปัญหา
3. สร้างหลักเกณฑ์หรือมาตรฐาน เพื่อประเมินถึงปัญหาใดที่ควรปฏิบัติก่อน-หลัง
4. รวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ของแต่ละปัญหา
5. สร้างข้อปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อจะได้เลือกปฏิบัติต่อไป และศึกษาถึงข้อดี ข้อเสีย และสิ่งที่จะเกิดขึ้น

6. นำข้อปฏิบัติที่เลือกแล้วไปปฏิบัติ

ฟลิปโป (Flippo, 1966) ได้เสนอขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจไว้ 5 ขั้นตอนคือ

1. กำหนดตัวปัญหาและจุดมุ่งหมาย
2. พิจารณาเลือกแนวทางแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่หลาย ๆ ทาง
3. รวบรวมข้อมูลและรายละเอียด เพื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางแก้ปัญหาที่คัดเลือกไว้

4. พิจารณาผลดีและผลเสีย ที่จะเกิดจากการเลือก วิธีแก้ปัญหานั้น โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล รายละเอียดข้อเท็จจริงที่ได้รวบรวมไว้



5. กำหนดวิธีปฏิบัติจากทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการตัดสินใจแก้ปัญหา

เบร์เลย์ และคลอส (Bailey and Claus, 1975) กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจ มีขั้นตอน 10 ขั้นตอนดังนี้

1. ระบุความต้องการทั้งหมด/จุดประสงค์/เป้าหมายในการตัดสินใจ
2. ระบุปัญหา
3. เปรียบเทียบข้อขัดข้องที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจ กับความสามารถ / ทรัพยากรที่มีอยู่
4. การเข้าสู่การแก้ปัญหา โดยใช้หลักเกณฑ์
5. ตั้งจุดประสงค์เฉพาะในการตัดสินใจ และเกณฑ์การปฏิบัติงาน
6. แยกแยะถึงทางเลือกอื่น ๆ
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบแต่ละวิธีอย่างรอบคอบ (เพื่อให้ได้ทางเลือกที่ดีที่สุด)
8. ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุด
9. ควบคุม และกำหนดวิธีการปฏิบัติ
10. ประเมินผลของการปฏิบัติการตัดสินใจ

อดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2527) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจ มี 7 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดปัญหา
2. กำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา
3. กำหนดทางเลือกต่าง ๆ
4. ประเมินคุณค่าของแต่ละทางเลือก
5. ตัดสินใจเลือกทางเลือก
6. ดำเนินการตามทางเลือก
7. ติดตามผล

วิเชียร ทวีลาภ (2534) ลำดับกระบวนการตัดสินใจไว้เป็น 7 ขั้นตอน คือ

1. เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ตั้งปัญหา
3. หาข้อยุติ โดยตั้งสมมติฐานหรือกำหนดวิธีการต่าง ๆ
4. ตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุด
5. ทบทวนวิธีการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจทั้งหมดที่มีอยู่ก่อนนำไปสั่งการ เพื่อปฏิบัติ
6. ดำเนินการและกำหนดวิธีการปฏิบัติ

## 7. ติดตามผลการปฏิบัติ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2530) กล่าวถึง ขั้นตอนในกระบวนการตัดสินใจ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การพิจารณาถึงตัวปัญหา
  - การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดตัวปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือก
  - วิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่
3. การประเมินผลทางเลือก
  - วิเคราะห์ ประเมินผลทางเลือกที่ดีและเหมาะสม
4. การตัดสินใจเลือกทางเลือก
  - ใช้ดุลยพินิจ ตัดสินใจเลือกทางเลือก
5. การตกลงใจออกคำสั่งเพื่อปฏิบัติ
  - การตกลงใจสั่งการปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ  
ประเมินผลการตัดสินใจ

พวงรัตน์ บุญญารักษ์ (ม.ป.ป.) ได้กล่าวถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจ มีอยู่ 3 ประการ คือ

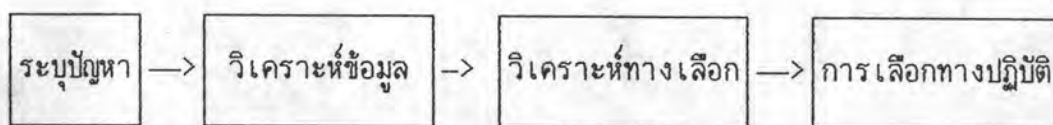
1. กระบวนการหรือขั้นตอนของการตัดสินใจ ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้
  - 1.1 กำหนดจุดมุ่งหมายและให้ลำดับความสำคัญ
  - 1.2 รับรู้ว่ามีปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจ
  - 1.3 บ่งชี้ปัญหาให้ชัดเจนจากการวิเคราะห์สถานการณ์รวบรวมข้อมูลสำคัญทุกด้าน
  - 1.4 สร้างเกณฑ์ เพื่อใช้เป็นหลักในการเลือกข้อตัดสินใจ
  - 1.5 แสวงหาแนวทางปฏิบัติ
  - 1.6 กำหนดผลดี-ผลเสีย ของแต่ละข้อตัดสินใจ
  - 1.7 ตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติที่ดีที่สุด
  - 1.8 ตรึงตรองถึงข้อผูกพันหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแนวทางที่เลือกปฏิบัติ
  - 1.9 ปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก
  - 1.10 ประเมินผลการปฏิบัติ
2. ผู้ตัดสินใจอาจเป็นคน ๆ เดียวหรือกลุ่มคนก็ได้ จะต้องใช้ความสามารถใน

การวิเคราะห์ตนเองเข้าช่วย เมื่อจะได้เข้าใจตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่ข้อตัดสินใจและการปฏิบัติตามข้อตัดสินใจ ด้วยความมีเหตุผลมากขึ้น

3. ข้อตัดสินใจ คือ ข้อเลือกต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น จะต้องมึลักษณะสำคัญคือ
  - 3.1 บ่งบอกการปฏิบัติชัดเจน แม่นตรง วัดได้ สื่อสารถึงผู้อื่นได้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ
  - 3.2 ผลที่ต้องการได้รับ ต้องการเต็มทีหรือในปริมาณเท่าใด
  - 3.3 ข้อปฏิบัตินั้น ๆ ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ต่อการใช้เวลา และการใช้ทรัพยากรอื่นไว้มากน้อยเพียงใด

จากแนวความคิดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปการตัดสินใจซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา เป็นการพิจารณาประมวลเหตุการณ์วิเคราะห์เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง
  2. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลตลอดจนหลักฐาน ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะอธิบายถึงปัญหา และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา
  3. การวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการพิจารณาเปรียบเทียบผลดีผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง เพื่อหาทางเลือกที่ดีและเหมาะสมที่สุด
  4. การเลือกทางปฏิบัติ เป็นขั้นตอนสุดท้าย ที่ต้องใช้ดุลยพินิจตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติ
- หรือเขียนเป็นแผนภูมิขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจ

ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการตัดสินใจ มีสาระโดยละเอียดดังนี้

#### ขั้นระบุปัญหา

การกำหนดปัญหา หรือสามารถระบุได้ถึงปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญประการแรกของการตัดสินใจ (วิเชียร ทวีลาภ, 2534 พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, ม.ป.ป.) โดย

เฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่ควรพิจารณาคือ อะไรเป็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจ และเป็นปัญหาที่แท้จริงหรือไม่ ควรมีการกำหนดขอบเขตปัญหา เพื่อมิให้กว้างเกินไปหรือแคบเกินไป เช่น ควรแยกลักษณะปัญหา เป็นปัญหาเฉพาะหน้า และปัญหารอง

ปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหาเร่งด่วน คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นปัจจุบันทันทีและต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ปัญหารอง คือ ปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุหรือไม่เป็นสาเหตุของปัญหาเฉพาะหน้า ที่อาจต้องใช้เวลานาน และคุณลักษณะพิจารณาไตร่ตรองรอบคอบในการตัดสินใจ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2530)

สิ่งที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการตัดสินใจ ก็คือ การที่ผู้ตัดสินใจไม่สามารถค้นหา และกำหนดตัวปัญหาที่แท้จริงได้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2530)

ดังนั้น การระบุปัญหา จึงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการค้นหาปัญหาจะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะต่าง ๆ เช่น การสังเกต การฟัง ความรอบรู้ในสถานการณ์ เพื่อช่วยพิจารณาปัญหาและต้องมีความรู้สึกต่อปัญหาด้วย

#### ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล

การตัดสินใจจำเป็นต้องมีหลักการและอาศัยข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาโดยใช้วิจารณ์ญาณและความรอบคอบ มีเหตุผลมากขึ้น (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530)

พิจิต สุขเจริญพงษ์ (2532) กล่าวถึงประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจมองเห็นปัญหาและโอกาสในการแก้ปัญหาได้รวดเร็ว
  2. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจมีเวลาสำหรับการวางแผนได้มาก เพราะมีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ สอดคล้องกับความต้องการ ไม่เสียเวลา
  3. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจใช้เวลาในการพิจารณา ปัญหาที่มีความซับซ้อนได้มาก พิจารณาข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้ในการประเมินทางเลือก สำหรับการตัดสินใจแก้ปัญหาได้มากขึ้น พิจารณาตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญของแต่ละทางเลือก สามารถถูกนำมาพิจารณาได้มาก ทำให้การตัดสินใจทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้เวลาในการแก้ปัญหาน้อยลง
  4. ช่วยให้ผู้ตัดสินใจประเมินผลการดำเนินการได้ดีขึ้น
- ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลไว้ก่อน แล้วจึงจะวิเคราะห์ว่าข้อมูลใดจำเป็นหรือมีประโยชน์ที่จะต้องนำมาใช้หรือไม่ใช้
- วิเชียร ทวีลาภ (2534) กล่าวถึง การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ



ความจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้น และมีหลักฐานแน่นอน ซึ่งได้มาจากการสืบสวนอย่างละเอียดรอบคอบ หรือประสบด้วยตนเอง และความเห็นซึ่งพิจารณาจากลึนกรองมาจากข้อมูลที่มีอยู่

ข้อพึงระวังในการรวบรวมข้อมูลคือ ไม่มีเวลาพอที่จะรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมไว้ล้าสมัย หรือรวบรวมจากแหล่งที่เชื่อถือไม่ได้ จะก่อให้เกิดปัญหาได้ (สูลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530) อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) จึงได้ย้ำว่า นอกจากการมีข้อมูลที่ดีแล้ว การตัดสินใจที่มีคุณภาพยังขึ้นอยู่กับ การพยายามฝึกตนเองให้มีการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบ เพราะปัญหาบางชนิดมีความสลับซับซ้อนมาก ถ้าผู้ตัดสินใจไม่มีระบบการวิเคราะห์ที่ดีแล้ว แม้ว่าจะมีข้อมูลครบถ้วนก็อาจจะตัดสินใจผิด ๆ ได้

การนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ต้องใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีเหตุผลในการพิจารณา กิลฟอร์ด (Guildford, 1976) กล่าวถึง การคิดว่า เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความสามารถด้านการจำ การรับรู้ การประเมินค่า การคิดแบบเอกนัย (Convergent thinking) และการคิดแบบอเนกนัย (Divergent thinking) โดยความสามารถเหล่านี้จะปฏิบัติร่วมกันเป็นขั้นตอน

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ข้อมูลได้นั้นต้องมีการรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร ที่จะช่วยอธิบายถึงสาเหตุแห่งปัญหาได้ชัดเจน ยังมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับตัวปัญหามากเท่าใด ก็จะสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยความสามารถของผู้ตัดสินใจ การคิดที่มีความละเอียดรอบคอบเพื่อจะได้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ นำมาช่วยในการตัดสินใจ

### ขั้นวิเคราะห์ทางเลือก

การวิเคราะห์ทางเลือก หมายถึง การเลือกหาทางแก้ไขที่จะแก้สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุดและเมื่อมีแนวทางหลายทางมาพิจารณา ก็จะได้วิธีที่ดีมา 1-5 วิธี นำมาเรียงลำดับก่อนหลัง ทางไม่เหมาะสมก็ตัดทิ้งไปนำเอาทางเลือกที่ดีที่สุดมาใช้โดยพิจารณาถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้น ต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับส่วนรวมเหมาะสมกับสถานการณ์สามารถปฏิบัติได้ และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม (สูลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530) จึงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั่นเอง (วีระพล สุวรรณันต์, 2534) และดรักเกอร์ (Drucker, 1954) ได้กำหนดมาตรการพิจารณาเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดไว้ดังนี้คือ

1. จะต้องพิจารณาถึงการเสี่ยงภัยของปัญหาที่เกี่ยวข้อง
2. จะต้องพิจารณาเลือกทางเลือกที่ง่ายในแง่ของการปฏิบัติการ
3. จะต้องคำนึงถึงจังหวะเวลาที่เหมาะสมของการตัดสินใจแก้ปัญหา
4. จะต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด

ข้อลุ่มเหลวในการหาทางเลือก (วีระพล สุวรรณรัตน์, 2534) ได้แก่

1. พบทางเลือกเพียง 2-3 ชุดทางเลือกก็พอแล้ว ไม่พยายามเสาะแสวงหาชุดทางเลือกต่อไป
  2. หลงประสบการณ์ หาชุดทางเลือกเฉพาะที่เคยนำไปใช้ในการแก้ไขอดีต
  3. หลงวิชาการ หาทางเลือกโดยเน้นเฉพาะวิชาการ โดยไม่ได้มองถึงความเป็นไปได้ หรือข้อจำกัดอันเกิดจาก ขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนา กฎหมาย ระบบนโยบาย ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมอื่น ๆ
- สรุป การวิเคราะห์ทางเลือก ประกอบด้วย ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระดมพลังสมองในการคิดร่วมกันแก้ปัญหา ศึกษาถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกที่มีอยู่ และศึกษาวิเคราะห์ดูความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ตลอดถึงสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่

### ขั้นการเลือกทางปฏิบัติ

การเลือกทางปฏิบัติ มีความเกี่ยวพันกับการวิเคราะห์ทางเลือก โดยศึกษาเปรียบเทียบแนวทางต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์ที่สำคัญหลายชนิด เช่น การจัดลำดับทางเลือกที่ชอบที่สุด ระบบค่านิยมส่วนตน การเปรียบเทียบถึงผลประโยชน์ หรืออำนาจในการตัดสินใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับตัวผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญ ฉะนั้น ผู้ตัดสินใจจะต้องพิจารณาตนเอง โดยยึดมั่นการเลือกทางปฏิบัติจะต้องให้เกิดประโยชน์กับองค์กร หรือสถาบัน มิใช่มุ่งประโยชน์ของตนเอง (ประชุม รอดประเสริฐ, 2535) ต้องยึดวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นหลัก (ธงชัย สันติวงษ์, 2530)

### อุปสรรคของการตัดสินใจ

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2527) และสุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2530) ได้แบ่งอุปสรรคของการตัดสินใจเป็น 2 ประการ คือ อุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ตัดสินใจเอง และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ

1. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับผู้ตัดสินใจ หรือสาเหตุที่ทำให้ตัดสินใจผิดพลาด ได้แก่
  - 1.1 ขาดความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องตัดสินใจ จึงตัดสินใจในลักษณะเดามากกว่า หรือตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์ในอดีต
  - 1.2 ขาดความกล้าที่จะเสี่ยงต่อการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจในการ

ให้บริการแก่ผู้ป่วย ถ้าเกิดการผิดพลาดอาจเป็นผลร้ายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

1.3 ไม่ได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่

1.4 ลักษณะนิสัยส่วนตัว เช่นชอบทำอะไรง่าย ๆ ไม่รอบคอบ ไม่กระตือรือร้นหรือเป็นผู้ที่ชอบปฏิบัติงานตามสั่ง ไม่ชอบการตัดสินใจเอง เพราะต้องรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเป็นผู้ที่เฉื่อยชา ชอบเก็บงาน นอกจากนี้ การตัดสินใจที่ผิดพลาด มักมาจากการตัดสินใจด้วยอารมณ์การถือความเห็นส่วนตัวเป็นสำคัญ หรือการนำผลประโยชน์ส่วนตัวมาเกี่ยวข้อง เป็นต้น

2. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ได้แก่

2.1 ขาดข้อมูลข่าวสารที่จะนำมาประกอบการพิจารณา เพื่อการตัดสินใจ

2.2 ในกรณีที่เร่งด่วนไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ทำให้ขาดการพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลให้รอบคอบ การตัดสินใจอาจไม่ถูกต้องเหมาะสม

2.3 การตัดสินใจโดยเห็นแก่หน้าผู้ใหญ่ มีเจตนาจะยอมรับไว้ก่อน โดยไม่ได้พิจารณาทำให้ขาดหลักการและเหตุผล ถ้าความเห็นไม่ตรงกัน ทำให้การตัดสินใจช้าไม่ทันการ

แนวทางในการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจ

การพัฒนาทักษะในการตัดสินใจด้วยตนเอง สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (253๐) กล่าวว่าต้องอาศัยองค์ประกอบต่อไปนี้ ได้แก่

1. สติปัญญา ซึ่งถือเป็นความสำคัญสูงสุดต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้เพราะการคิดริเริ่ม การวางแผน การเห็นการณ์ไกลและความเป็นเหตุเป็นผล ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาทั้งสิ้น พยาบาลทุกคนจึงต้องฝึกการสังเกตและคิดอย่างมีเหตุมีผลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ อยู่ตลอดเวลา

2. ความรู้รอบ ในเรื่องเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาอื่น ศาสตร์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสตร์ทางการแพทย์ สำหรับพยาบาลต้องอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และเทคนิคการพยาบาลทั้งหมด มาประกอบการใช้สติปัญญา เพื่อกำหนดแนวความคิดให้เป็นเหตุเป็นผล จึงจะเป็นหลักประกันการตัดสินใจทางการแพทย์ทุกอย่างได้

3. วุฒิภาวะทางจิตอารมณ์ของบุคคล ในที่นี้หมายถึงพยาบาลต้องพัฒนาวุฒิภาวะของตนเองให้สมบูรณ์ ละออง หุตางกูร อธิบายว่า บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีเหตุผล ไม่หวั่นไหวง่ายมักทำงานด้วยสติและปัญญาที่สุขุมรอบคอบ ดังนั้น ความมีวุฒิภาวะจะช่วยให้พยาบาลสามารถทำการตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น พยาบาลสามารถเรียนรู้ กระบวนการตัดสินใจโดยวิธีต่อไปนี้ คือ

1. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจจากหนังสือ ตำรา และวารสารทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหา ไม่เข้าใจควรซักถามจากผู้รู้หรือหัวหน้างาน
  2. ฝึกหัดการตัดสินใจตามขั้นตอนที่ได้เรียนรู้ โดยฝึกหัดการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางการแพทย์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ตามบทบาทที่ตนแสดงอยู่ เช่น นักปฏิบัติการ นักการศึกษา หรือนักบริหารการพยาบาล
  3. สังเกตผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานกระทำการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ พยายามวิเคราะห์ ประเมินการใช้ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการตัดสินใจ การพัฒนาทักษะในการตัดสินใจด้วยตนเองจะได้ผลดี หากพยาบาลมีความตั้งใจ ปฏิบัติอย่างจริงจัง มีความเชื่อ เห็นคุณค่าของการตัดสินใจ และเต็มใจยอมรับภาระในการตัดสินใจในการพยาบาล
- ดังนั้น พยาบาลควรจะปรับปรุงตนเองให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการตัดสินใจ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยใช้การตัดสินใจเป็นกระบวนการ หรือขั้นตอน เป็นที่ยอมรับกันว่าการตัดสินใจด้วยการวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผล ตามหลักวิทยาศาสตร์เป็นการตัดสินใจที่ดีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับวิชาชีพพยาบาล

### ปัญหาทางการแพทย์พยาบาล

ในวิชาชีพพยาบาล ได้นำกระบวนการแก้ปัญหาผู้ป่วยมาเป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับความหมายของปัญหาทางการแพทย์พยาบาลได้มีนักศึกษพยาบาลอธิบายไว้ดังนี้ คือ

จอห์นสัน (Johnson, 1980) ได้ให้ความหมายของปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ว่าเป็นความพยายามของพยาบาล ในการช่วยผู้ป่วยได้แก้ปัญหาของตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางด้านความต้องการพื้นฐาน เพื่อแก้ไขภาวะไม่สมดุล และเพื่อยับยั้งสิ่งรบกวนต่อสมดุล

แอบเดลลาห์ (Abdellah, 1964) ได้ให้ความหมายของปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ว่าเป็นภาวะปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญอยู่ ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความช่วยเหลือโดยหน้าที่แห่งวิชาชีพ

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) ได้กล่าวอธิบายความหมายของปัญหาทางการแพทย์พยาบาลไว้ว่า เป็นคำถามที่พยาบาลและทีมพยาบาลตั้งขึ้นและต้องตอบเพื่อหาทางแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป้าหมาย เพื่อมุ่งให้การป้องกันระงับหรือบรรเทา และขจัดปัญหาของผู้ป่วย



เช่น เราจะดำรงความสมดุลของความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างไร  
เราจะแก้ไขความไม่สมดุลได้อย่างไร

เราจะช่วยลดหรือให้ผู้ป่วยบรรเทาความไม่สุขสบายได้อย่างไร

คำถามที่ตั้งขึ้นจะนำไปสู่การกำหนดความหมายและวิธีการพยาบาล

จากแนวความคิดเห็นดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ปัญหาทางการพยาบาล หมายถึง เหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการที่จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งนักศึกษานพยาบาลสามารถเข้าไปให้การดูแลตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้อย่างปลอดภัย

#### ความสำคัญของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล นับเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล ดังความคิดเห็นของลาร์กินและแบเกอร์ (Larkin and Backer, 1977) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสำคัญมากต่อวิชาชีพพยาบาล เพราะความรู้ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้เรียนมาจากโรงเรียนพยาบาลนั้น ภายในเวลาไม่นานนักก็จะไม่พอเพียงสำหรับการปฏิบัติงาน ถ้าปราศจากความสามารถในการแก้ปัญหา พยาบาลก็จะทำงานโดยอาศัยการท่องจำ ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความรู้นั้นไม่นานก็หมดไป

ฟาริดา อิบราฮิม (2525) และสมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวถึง ความสำคัญของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ว่าช่วยให้พยาบาลนำความรู้และทักษะมาใช้แต่ละเหตุการณ์ได้เหมาะสม ช่วยให้การปฏิบัติพยาบาลเป็นระบบและเป็นเครื่องมือที่จะบ่งบอกถึงความจำเป็นในการเสาะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ที่ยังขาดอยู่ ผู้แก้ปัญหาย่อมเกิดความพอใจและภาคภูมิใจ เพราะมองเห็นเป้าหมายของงานที่ทำอยู่ และสร้างสมรรถภาพของงานให้เป็นที่ยอมรับต่อสังคมพยาบาล สังคมที่มสุขภาพ และสังคมภายนอก

ศิริพร ชัมภลลิขิต (2532) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. ต่อผู้บริการ การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ในการดูแลผู้รับบริการช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการมีคุณภาพสูงขึ้น เนื่องจากช่วยตอบสนองความต้องการของผู้บริการเฉพาะรายและเป็นการดูแลครอบครัวหรือชุมชน และช่วยส่งเสริม แนะนำ ให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการปฏิบัติตน หรือในการดูแลตนเองให้อยู่ในภาวะสมดุลได้

2. ต่อพยาบาล โดยจะฝึกให้พยาบาลรู้จักทำงานอย่างเป็นระบบ จัดรูปแบบ

ความคิดของตนเองให้เป็นกระบวนการ (Yura and Walsh, 1983) ใช้ความรู้ ความสามารถในการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ และต้นตอที่จะเรียนรู้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ ค้นหาวิธีการในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ฝึกให้เป็นผู้มีเหตุผลในการปฏิบัติ การพยาบาลทุกครั้ง มิใช่ทำตามกิจวัตรหรือคำสั่ง นอกจากนี้ยังช่วยให้การปฏิบัติการเป็นทีมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ต่อวิชาชีพ หากมีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลอย่างแพร่หลาย จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น มีการยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพมากขึ้น คือกำหนดขอบเขตของวิชาชีพได้ชัดเจนขึ้น และส่งเสริมให้การคิดค้นการทำวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้ทางการพยาบาลมีความกว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น

#### กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนาเรื่อยมานับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยนักการศึกษาพยาบาล ฟาริดา อิบราฮิม (2525) ได้กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลก็คือกระบวนการแก้ปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล (2537) คือ กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการวิทยาศาสตร์หรือระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ที่เรียกเช่นนี้ เพราะทุกขั้นตอนของกระบวนการที่เชื่อมโยงกันอย่างมีเหตุผล และมีหลักฐานพิสูจน์ได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลกับกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์แล้ว จะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นสิ่งเดียวกัน

แผนภูมิที่ 2 เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์

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

เพ็ญศรี ระเบียบ (2528) ได้กล่าวว่ามีแนวการแบ่งขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลออกเป็น 2 แนวคิดคือ

แนวคิดของโดโลเรส ลิตเติล และ ดอริส คาร์เนวาเลีย (Dolores Little and Doris Carnevali) ได้จำแนกกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลออกเป็น 4 ขั้นตอน คือการประเมินสภาพบุคคลและการกำหนดปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งนักการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยและจำแนกกระบวนการพยาบาลตามแนวนี้ อาทิ เลียนาร์ด และ เรดแลนด์ (Leonard and Redland, 1981) ยูราและวอลส์ (Yura and Walsh, 1973)

อีกแนวคิดของดอริส บล็อก (Doris Block, 1974 cited by Stelzer and others, 1982) เห็นว่าการประเมินสภาพบุคคลร่วมกับการวินิจฉัยปัญหานั้น ทำให้ไม่สะดวกกับระบบการบันทึกโดยใช้ปัญหา ดังนั้น เพื่อให้แต่ละขั้นตอนชัดเจนขึ้นจึงได้แบ่งกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลออกเป็น 5 ขั้นตอน คือการประเมินสภาพบุคคล การกำหนดปัญหาหรือการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจาก รอย (Roy) มันทินเจอร์และเจอร์รอน (Mundinger and Jouron) แอสไพนัล (Aspinall) ซันดีนและคณะ (Sundeen and Co-workers)

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล

#### 1. ทฤษฎีระบบ (General System Theory)

ระบบ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กระบวนการ และเนื้อเรื่องที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์คือ สิ่งที่ต้องการให้สำเร็จ เนื้อเรื่องคือส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นระบบ และกระบวนการ คือการกระทำหน้าที่ของแต่ละส่วน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

ทฤษฎีระบบเสนอเป็นครั้งแรกโดย เบอ์ทาเลนฟลี (Bertalanfly) ซึ่งได้อธิบายการทำงานของระบบไว้ว่า

1.1 เป็นการผสมผสานเอาวิทยาศาสตร์สาขาต่าง ๆ เข้าไว้ในกลุ่มหลักการด้วยกัน

1.2 ระบบจะประกอบด้วยระบบย่อย ซึ่งแต่ละระบบก็จะถูกกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่วัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่ระบบใหญ่ต้องการให้สำเร็จ การปฏิบัติการพยาบาลอยู่ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพ จึงพิจารณาได้ว่าเป็นระบบย่อยระบบหนึ่ง ด้วยระบบการดูแลสุขภาพจะต้องทำงานภายในสิ่งแวดล้อมใหญ่คือ สังคม

1.3 ระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ กระบวนการและเนื้อเรื่องของตนเองภายใต้ระบบใหญ่นี้ ยังมีระบบต่าง ๆ ร่วมงานอีก เช่น ทางสังคม การศึกษา การเมืองและการอุตสาหกรรม เป็นต้น ภายในระบบการดูแลสุขภาพ ก็มีระบบย่อยอีก ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาล การแพทย์ ทันตกรรมและเภสัชกรรม

1.4 ระบบการพยาบาล ซึ่งเป็นระบบย่อยของกระบวนการดูแลสุขภาพ โดยทฤษฎีระบบ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาการพยาบาล มโนทัศน์ และหลักการ โดยใช้โครงสร้างการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการต่าง ๆ คือ การรวบรวมข้อมูล การวางแผนการปฏิบัติ การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งก็คือหลักอันเดียวกับวิธีแก้ปัญหา

1.5 ข้อมูลย้อนกลับของระบบใหญ่มีความจำเป็นมาก ต้องสอดคล้องและทำให้มีชีวิตอยู่เสมอ

จะเห็นได้ว่า มโนทัศน์ของทฤษฎีระบบเป็นระบบเปิด ในลักษณะมีการแลกเปลี่ยน ข่าวสาร พลังงานถึงกันภายในสิ่งแวดล้อมนั้น บุคคลที่อยู่ในระบบก็ถือว่าเป็นระบบพฤติกรรมที่มีชีวิต หมายถึงพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งมีระบบย่อยจะทำงาน เพื่อสนองวัตถุประสงค์ใหญ่ โดยระบบเปิดจะยังคงทำงานไปตามปกติ จากการที่สิ่งนำเข้าสู่ระบบและนำออกจากระบบ ที่จะทำให้การทำงานแบบระบบมีการต่อเนื่องกัน

## 2. ทฤษฎีข่าวสาร (Information Theory)

ยูรา (Yura, 1983) ได้อ้างคำกล่าวของ แอคคอฟ (Ackoff) ว่าการได้รับข่าวสารที่มากพอทำให้สามารถเลือกได้ และจะเป็นการเลือกที่ต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ การเลือกก็เป็นการตัดสินใจนั่นเอง ข่าวสารทางสังคมจะทำให้เกิดประโยชน์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเข้าใจตัวของเขาตลอดจนส่วนรวม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นให้ดีขึ้นด้วย

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ก็เช่นเดียวกันผู้ป่วยแล้วอาการต่าง ๆ แก่พยาบาล พยาบาลเป็นผู้รับฟัง พร้อมทั้งมีการสังเกตในสิ่งที่ฟังแล้วนำมาพิจารณา วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลก็ต้องให้ข่าวสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เขาเกิดความเข้าใจได้ถูกต้อง ในอาการและปัญหาต่าง ๆ ของเขา ก็จะเป็นการทำงานที่ต่อเนื่องและเป็นกระบวนการ คือ เมื่อพยาบาลได้รับข่าวสารจากผู้ป่วยอีกว่าเป็นอย่างไร มีอาการดีขึ้นหรือไม่ ปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ว่าเกิดความสำเร็จหรือไม่

## 3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory)

การติดต่อสื่อสาร มีความจำเป็นต่อความสัมพันธ์ในระหว่างระบบมโนทัศน์



ของการติดต่อมี 2 ส่วน คือ ผู้ส่งและผู้รับ องค์ประกอบของระบบติดต่อสื่อสาร ได้แก่ แหล่งข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางส่งข่าวผู้รับหรือจุดหมายปลายทาง

เมื่อพิจารณาถึงการพยาบาลที่มุ่งศึกษาปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องแสวงหา ข่าวสารข้อมูลมา เพื่อช่วยในการเลือกข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และมีวิธีการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน เมื่อข้อมูลเหล่านั้นมาถึงผู้รับ จำเป็นต้องพิจารณาผู้รับด้วย และวิเคราะห์ให้ถูกต้อง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของผู้รับ เมื่อได้ข้อตัดสินใจและปฏิบัติแล้วก็จะมีการประเมินผล กระบวนการเช่นนี้ก็คือ กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลนั่นเอง

#### 4. ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory)

ทฤษฎีการตัดสินใจเป็นลักษณะของการแก้ปัญหา เป็นข้อหนึ่งที่ใช้อยู่ใน กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ดังรายละเอียดในเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ

เมื่อพิจารณากระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลก็จะตรงกับโครงสร้างของทฤษฎีการตัดสินใจ เซฟเฟอร์ (Schaefer, 1974) ได้เขียนเปรียบเทียบ กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลกับทฤษฎีการตัดสินใจไว้อย่างละเอียดทุกขั้นตอน เริ่มด้วยวัตถุประสงค์ที่ทั้งสองต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ คือคุณภาพด้านสุขภาพที่ดี และทั้งสองเป็นการปฏิบัติงานแบบกลไกไม่หยุดนิ่ง ซึ่งต้องการข้อมูลและข้อตัดสินใจหรือหาทางเลือกในการปฏิบัติ เช่นเดียวกัน และเมื่อประเมินการปฏิบัติก็คือ การรวบรวมข้อมูลใหม่ เพื่อหาปัญหาและแนวทางปฏิบัติต่อไป

#### 5. ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

ในแง่ของทฤษฎีการรับรู้ หมายถึง กระบวนการภายในของมนุษย์ ที่จะตอบสนองต่อพฤติกรรม จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม ต่อบุคคล ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งการตัดสินใจของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม และตามการรับรู้ของเขา สิ่งที่เขาตัดสินใจนั้น จะต้องทำให้เขาเกิดความพึงพอใจด้วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระบบพฤติกรรมของตัวเองที่แตกต่างกัน เหตุที่เป็นเช่นนั้นก็เชื่อว่าเกิดจากการรับรู้ของคนที่แตกต่างกัน นั่นเอง

เมื่อพิจารณากระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีการรับรู้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ระบบอื่น ๆ ได้รับความสำเร็จ เพราะพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่รับรู้ในการติดต่อกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ป่วย การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความรู้ ถ้าพยาบาลมีความรู้ดี และมีความชำนาญมาก ก็จะทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ดีและประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา

## การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

วิชาชีพพยาบาล ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อสนองความต้องการของสังคมในเรื่องสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องดัดแปลงและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ในขั้นตอนของการแก้ปัญหาจำเป็นต้องใช้ทักษะการตัดสินใจ พยาบาลทุกคนจึงต้องเป็นผู้แก้ปัญหาหรือแก้ตัดสินใจที่ดี มีประสิทธิภาพเพื่อนำงานไปสู่ความสำเร็จ คือให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิต และประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย

กระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จึงแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นระบุปัญหา

ความต้องการของบุคคล จะต้องได้รับการตอบสนองมิเช่นนั้นจะก่อให้เกิดการเสียสมดุลและการเสียสมดุลนี้ทำให้เกิดปัญหา ปัญหาของผู้ป่วย หมายถึง มีการรบกวนหรือมีอันตรายต่อภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525) เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรต่าง ๆ ทางการแพทย์จะช่วยกันค้นหาปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหานั้น ๆ

เมื่อพิจารณาจากแนวคิดในเรื่องปัญหาทางการพยาบาล จะพบว่าในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย และการเกิดปัญหาของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้เสียก่อน ซึ่งฟางรัตน์ บุญญาภิรักษ์ (ม.ป.ป.) กล่าวถึง ประเด็นสำคัญของการกำหนดปัญหาให้ได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้สึกต่อปัญหานั้นด้วย ซึ่งในเรื่องนี้พอสรุปได้ดังนี้คือ

#### ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย

ในการให้การพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ความต้องการนี้มีทั้ง ความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลซึ่งคล้ายคลึงกัน โดยไม่จำกัด เพศ อายุ ศาสนา ความเชื่อ ลัทธิทางการเมือง และฐานะทางเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองทั้งในยามปกติ และในยามเจ็บป่วย ซึ่งแอบเดลลาห์ (Abdellah, 1960 Cited by Johnson and

Others, 1980) ได้จำแนกความต้องการของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ความต้องการความสบาย (Physical Comfort)
2. ความต้องการมีกิจกรรมที่เหมาะสม (Optimal Activity)
3. ความต้องการความปลอดภัย (Safety)
4. ความต้องการท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เหมาะสม  
(Correct body alignment and satisfactory body mechanics)
5. ความต้องการออกซิเจน (Oxygen)
6. ความต้องการอาหาร (Nutrients)
7. ความต้องการขับถ่ายของเสีย (Elimination of waste products)
8. ความต้องการปฏิบัติหน้าที่ของตน (Regularly function)
9. ความต้องการความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ (Fluid and electrolyte balance)
10. ความต้องการมีการรับรู้ของประสาทสัมผัส (Sensory and Motor function)
11. ความต้องการแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึก (Expression of feelings and reacting)
12. ความต้องการติดต่อสื่อสาร (Effective means of Communication)
13. ความต้องการความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Productive relationships with others)
14. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Achievement of spiritual goals)
15. ความตระหนักรู้ว่าตนเป็นบุคคลหนึ่ง (Awareness of self as an individual)

ในการแก้ปัญหาของพยาบาลนั้น นอกจากการเรียนรู้ถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลแล้ว ยังจำเป็นต้องเรียนรู้การจัดลำดับความต้องการด้วย ทั้งนี้เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมซึ่งในบางครั้งจะพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการหลาย ๆ อย่างพร้อม ๆ กัน

สิ่งที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งก็คือ ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ป่วย ความรู้ในเรื่องนี้จะเป็นตัวชี้แนะให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นไปตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งจอห์นสัน และคณะ (Johnson and Others, 1980) ได้รวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความต้องการของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. พยาธิสภาพ (pathology) พยาธิสภาพที่มีผลต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่

1.1 ชนิดของพยาธิสภาพ (Type of pathology) ชนิดของพยาธิสภาพที่บุคคลประสบอยู่นี้จะก่อให้เกิดปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น การเกิดภาวะติดเชื้อมีผลให้เกิดอาการ ไข้ ความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ ความไม่สุขสบาย การเคลื่อนไหวลำบาก ในขณะที่เกิดมะเร็ง (การเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ) จะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การขาดอาหารหรือได้รับอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนแอ เป็นต้น

1.2 บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ (The location of the pathology) จะส่งผลต่อ ระดับความต้องการของผู้ป่วยต่าง ๆ กัน เช่น ถ้ามีพยาธิสภาพที่บริเวณสมองย่อมส่งผลกระทบต่อระบบของร่างกาย

1.3 ความรุนแรงของพยาธิสภาพ (The extent of the pathology) ความรุนแรงของพยาธิสภาพก็เป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง ถ้าความรุนแรงน้อย ความต้องการก็ไม่มาก แต่ถ้าพยาธิสภาพรุนแรงมาก ความต้องการก็จะเพิ่มมากขึ้น

2. ระดับของสุขภาพ (Level of wellness) การเจ็บป่วยนั้นแบ่งออกเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความต้องการจะหมดไปในเวลาอันสั้น แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความต้องการตอบสนองก็จะคงอยู่นาน

3. การรักษา (Therapy) ชนิด ขนาด ระยะเวลา และผลของการรักษา จะส่งผลต่อความต้องการของคน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ก็จะต้องมีการดูแลเรื่องการรักษาสมดุล

4. อายุ (Age) อายุจะทำให้เกิดความต้องการที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุจะมีความต้องการแคลอรีต่ำกว่าคนในวัยหนุ่มสาว หรือในเด็กต้องการการพักผ่อนมากกว่าผู้ใหญ่

5. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ (Growth and Development) ถ้าคนเราได้รับการตอบสนองความต้องการตั้งแต่ยังเล็ก จะทำให้สภาวะจิตใจและอารมณ์พัฒนาไปอย่างดีและสามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในขณะที่อายุมากขึ้น ดังนั้น อาจพบได้ว่า ผู้ป่วยบางคนมาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคทางกาย แต่แท้ที่จริงแล้วเป็นอาการทางกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางใจ โดยมีสาเหตุมาจากการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจ ในวัยเด็กไม่สมบูรณ์ มีการบกพร่องบางอย่างเกิดขึ้น

6. ทักษะ (Skills) ในการจะตอบสนองความต้องการหลาย ๆ อย่างของตนเองนั้นบุคคลจะต้องมีความสามารถ มีสติปัญญา และอารมณ์ที่มั่นคง ถ้าหากบุคคลนั้นมี



ความพิการหรือเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา เขาก็จะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในสถานการณ์เช่นนี้ก็ต้องมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือดูแล

7. ทรัพยากร (Availability of Need Items) บางคนมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองได้ แต่ขาดทรัพยากรที่จะนำมาใช้ เช่น คน ๆ หนึ่ง รู้สึกหิวมากและปรุงอาหารเป็นแต่ไม่มีอาหารที่จะนำมาปรุง

### การเกิดปัญหาของผู้ป่วย

จอห์นสัน และคณะ (Johnson and Others, 1980) ได้กล่าวถึงคำต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการระบุปัญหาของผู้ป่วย มักจะออกมาในรูป คำว่า การขาด การได้รับมากเกินไป อันตราย และพฤติกรรม

การขาด (Deficiency) หมายถึงการที่ไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการอย่างเพียงพอ เช่นการขาดเลือด การขาดความไว้วางใจ การขาดการติงตัวของกล้ามเนื้อ

การได้รับมากเกินไป (Overload) หมายถึง การได้รับสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป จนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงการตอบสนองออกมา อาจเป็นทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล การมีเลือดมาเลี้ยงมากเกินไป

อันตราย (Danger) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียแก่บุคคล เช่นอันตรายจากแผลกดทับ อันตรายจากการติดเชื้อ

พฤติกรรม (Behavior) เป็นการตอบสนองของร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการ หรืออาการแสดง เช่น

อาการหน้าเขียว..... เพราะขาดเลือดมาเลี้ยง

มีไข้..... เพราะร่างกายได้รับความร้อนมากเกินไป

การที่พยาบาลจะสามารถแก้ปัญหาตามที่กล่าวมาได้นั้น พยาบาลจะต้องตอบคำถามตนเองว่า

ทำอย่างไรถึงจะสามารถลดความผิดปกตินั้นลงได้

ทำอย่างไรถึงจะสามารถทำให้เกิดความสมดุลได้

ทำอย่างไรถึงจะสามารถลดหรือป้องกันพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้

## การวินิจฉัยการพยาบาล

กอร์ดอน (Gordon, 1979) เน้นว่าการประเมินปัญหา คือกระบวนการวินิจฉัย เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ ซึ่งเนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ และกำหนดเป็นข้อความที่บ่งชี้ปัญหาที่เรียกว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และย้ำว่าการวินิจฉัยการพยาบาล ถือได้ว่าเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาลที่ต้องกระทำ (Lash, 1978 Gordon, 1982)

วิชาชีพพยาบาลจึงมีการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวในการปฏิบัติที่สำคัญ ด้วยเหตุผลดังนี้ การวินิจฉัยการพยาบาลช่วยกำหนดระบบความรู้ทางการพยาบาล (Carpenito, 1983) ช่วยสื่อให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเข้าใจวัตถุประสงค์ แนวปฏิบัติของการพยาบาลได้ตรงกัน (Gobbie, 1984) ทำให้เกิดความเข้าใจในลักษณะงาน และขอบเขตของการพยาบาลชัดเจนขึ้น (Dodge, 1975) นอกจากนี้ยังเป็นแนวปฏิบัติที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ ตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลได้ (Baer, 1984)

โดยสรุป การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นสิ่งกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ที่มุ่งเป้าหมายของการแก้ปัญหา (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525)

กระบวนการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ หรือการตอบสนองของผู้รับบริการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหานั้น ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยา การรักษา ภาวะ และสถานการณ์ โดยที่ปัญหาสุขภาพหนึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างก็ได้ การค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหานี้มีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้พยาบาลทราบว่าสามารถให้การพยาบาลได้โดยอิสระหรือไม่ และจะเป็นสิ่งช่วยบอกแนวทางในการสั่งการดูแลทางการพยาบาลในปัญหานั้น ๆ ได้อย่างถูกต้อง

การวินิจฉัยการพยาบาล จึงเป็นการตัดสินใจทางคลินิก เกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน เฉพาะเจาะจง กระตือรือร้น และครอบคลุม ของการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ลักษณะเฉพาะของการวินิจฉัยการพยาบาล (Gordon, 1983) มีดังนี้

1. เป็นการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของอาการและอาการแสดง ที่มีต่อพยาธิสภาพของโรค หรือต่อสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่
2. เป็นข้อความที่มีความสัมพันธ์กันเชิงปัญหาและสาเหตุ หรือที่มาของปัญหา
3. อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลจะทำการแก้ไข หรือช่วยเหลือได้อย่างมีอิสระตามหน้าที่ รับผิดชอบ และตามที่กฎหมายกำหนดไว้
4. เป็นข้อความที่แนะแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู และการรักษา

### แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

คาร์ลสัน (Carlson, 1982) ได้กล่าวถึงการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การวินิจฉัยการพยาบาลมีเอกลักษณ์ เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ มีลักษณะ ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนแรกบ่งถึง ปฏิกริยาหรือผลที่เกิดขึ้น หรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้น และ ส่วนที่สอง บ่งชี้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกตินั้น

2. ควรเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ชัดเจน ใช้ศัพท์ที่พยาบาลและสมาชิกในทีม สุขภาพเข้าใจ

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรมีความเฉพาะที่จะแนะแนวทางในการจัดการ ทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม

กอร์ดอน (Gordon, 1987) ได้กล่าวถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยเขียนข้อความการวินิจฉัยการพยาบาลในปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual problem) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ปัญหา สาเหตุ อาการและอาการแสดง เชื่อมโยงระหว่างปัญหา และสาเหตุ ควรใช้คำว่า เนื่องจาก (Related to) และใช้คำว่า แสดงโดย (As manifested by) เชื่อมโยงเพื่ออธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด

ตัวอย่าง การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ไม่มีแรงไอ และเจ็บแผล ผ่าตัด แสดงโดย ไอเบา ๆ และร้องเจ็บแผลเวลาไอ

ส่วนปัญหาที่ยังไม่ปรากฏขึ้น ซึ่งได้แก่ ภาวะเสี่ยง และปัญหาที่มีโอกาสเกิด จะยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง ดังนั้น ปัญหาในลักษณะนี้จึงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ปัญหา และสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง เสี่ยงต่อการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก การสูบบุหรี่

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) ได้อธิบายถึงการเขียนควรมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. บ่งบอกถึงลักษณะของปัญหา
2. บ่งบอกถึงสาเหตุของปัญหาถ้าทราบ หรือมีข้อมูลที่เชื่อถือได้
3. บอกขอบเขตของปัญหา
4. ปัญหานั้นมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
5. ระยะเวลาของการเกิดปัญหา
6. อาการแสดงของปัญหา

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาก และวิพร เสนารักษ์ (2534) ได้กล่าวถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้น สามารถกระทำได้ 3 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยส่งเสริม)

ตัวอย่าง มีการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เนื่องจาก ต้องการมีสุขภาพที่ดี

รูปแบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยเสี่ยง)

ตัวอย่าง เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขน-ขา

ข้างซ้ายได้

รูปแบบที่ 3 ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้ว

ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยที่ทำให้เกิด)

ตัวอย่าง ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขน - ขา

ข้างซ้ายอ่อนแรง

จากการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบบต่าง ๆ พอจะสรุปได้ว่า เริ่มต้นด้วยการกำหนดภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพและตามด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลสามารถกำหนดวิธีปฏิบัติได้ดังนี้

1. ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไม่ใช่ความต้องการการรักษายาบาล

ความต้องการการรักษายาบาล เช่น " ต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น "

"ต้องการไอและหายใจลึก ๆ" ไม่ใช่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะไม่ใช่ข้อสรุปถึงภาวะสุขภาพ แต่เป็นการบ่งบอกกิจกรรมการพยาบาล ในที่นี้อาจปรับเป็น "ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ" "ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง" ตามลำดับ ซึ่งขึ้นกับข้อมูลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ

2. ใช้ "เนื่องจาก" เชื่อมข้อความทั้งสองของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งสองส่วนควรเชื่อมต่อกันด้วยข้อความ"เนื่องจาก"

(related to) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของมนุษย์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่มิได้หมายความว่า ข้อความหลังคำว่า "เนื่องจาก" เป็นสาเหตุโดยตรงของข้อความส่วนหน้า เพราะมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้น ๆ

3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย

ไม่ควรใช้ข้อความที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย เช่น

"เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายเนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว" และ "ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง เนื่องจากไม่ค่อยได้รับการดูแล" ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่และการพยาบาลที่เหมาะสม อาจปรับเป็น "เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ดีเพราะเป็นอัมพาตครึ่งซีก" และ "ขาดประสิทธิภาพใน



การทำทางเดินหายใจให้โล่งเนื่องจากฤทธิ์ของยาดมสลบและปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง"

4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล อย่างนำเอาคุณค่าและมาตรฐานของตัวเอง มามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีพื้นฐานจากข้อมูลปรนัย ข้อมูลอัตนัยที่รวบรวมจากผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมืออย่างดี หรือจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ นำมาเปรียบเทียบกับคุณค่าและมาตรฐานที่สอดคล้องและเหมาะสมกัน ต้องไม่ใช่คุณค่าและมาตรฐานส่วนตัวของพยาบาล ตัวอย่างเช่น "การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา"

5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

แนวการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือข้อความแรกเป็นภาวะสุขภาพ ข้อความหลังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ อย่างสลับตำแหน่งกัน เช่น "ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากทนต่อกิจกรรมลดลง" ควรเปลี่ยนเป็น "ทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง" เพราะการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดความทนต่อกิจกรรมลดลง

6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดง เป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

อาการและอาการแสดงเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่การวินิจฉัยการพยาบาล เช่น พบว่าผู้รับบริการมีอาการ "กระสับกระส่าย" แล้วไปเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่า "กระสับกระส่ายเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว" อย่างนี้ไม่ได้ เพราะจริงแล้วอาการ "กระสับกระส่าย" บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของมนุษย์ได้หลายอย่าง เช่น เกี่ยวกับความกลัว เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต

7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน

ในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรทบทวนดูว่า ข้อความในส่วนแรกและส่วนที่สองต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เนื่องจากมีปัญหาในการรับประทานอาหาร" ควรปรับเป็น "ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเนื่องจากปวดนิ้วมือทั้งสองข้าง"

8. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่พยาบาลสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือส่งเสริมได้ เช่น "การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจาก แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง" ซึ่งเราไม่สามารถให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะ แขน ขา ข้างซ้าย อ่อนแรง ที่เกิดจาก

พยาธิสภาพของโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ควรปรับเป็น "การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากยังไม่รู้วิธีและพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ" ที่พยาบาลสามารถวางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

#### 9. ควรหลีกเลี่ยงไม่ใช้การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ไม่ควรใส่การวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ภายใต้ขอบเขตของพยาบาล แต่ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องใส่การวินิจฉัยโรคในข้อความที่สองของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงขึ้น ในกรณีนี้เราจะใส่การวินิจฉัยโรคต่อท้ายข้อความที่สอง เชื่อมด้วยคำว่า "เพราะ" เช่น "ความสามารถในการติดต่อสื่อสารลดลงเนื่องจากลิ้นแข็ง เพราะเป็นอัมพาตครึ่งซีก"

ไซเกลอร์ และ เออเลน (Ziegler and Erlen, 1986) ได้ใช้เกณฑ์ในการประเมินข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ผลลัพธ์ที่ได้จากการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้คือ

มีทั้งข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพและข้อความที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

มีคำว่า "เนื่องจาก" เชื่อมต่อข้อความทั้งสอง

ข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพเขียนก่อน และข้อความที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องเขียนตามมาทีหลัง

ข้อความทั้งสองส่วนต้องไม่ใช่ข้อความเดียวกัน หรือมีความหมายเหมือนกัน

ลักษณะปัญหาสุขภาพ มีดังนี้

เป็นข้อความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอย่างชัดเจน หรือเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ

ในข้อวินิจฉัยการพยาบาลหนึ่งมีเพียงปัญหาสุขภาพเดียวเท่านั้น

ข้อความบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

ข้อความไม่เสี่ยงต่อความผิดกฎหมาย และสามารถตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกับผู้รับบริการได้

ลักษณะของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

มีเพียงปัจจัยเดียวและบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้

สาเหตุของปัญหาสามารถให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติอย่างอิสระ และ

ถูกต้องตามกฎหมาย

### กระบวนการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาเป็นผลตามหลักทฤษฎี ไม่ได้นำคุณค่าหรือมาตรฐานของพยาบาลมามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลจัดว่าเป็นทักษะใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จึงต้องอาศัยทักษะทางความคิดที่ต้องฝึกบ่อย ๆ เมื่อชำนาญขึ้นก็จะสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ง่าย

### 2. ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลเพื่อให้ทราบลักษณะความผิดปกติในแบบแผนต่าง ๆ สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบต่อแบบแผน ในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละแบบแผนสุขภาพ จึงอาจแบ่งได้เป็นการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันบ้าง

การเก็บข้อมูลกระทำได้โดยการซักประวัติ การสังเกต และการตรวจร่างกาย การดูแลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลแต่ละแบบในผู้ใหญ่ที่ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปบ้าง จากรายละเอียดเหล่านี้ก็สามารถนำมากำหนดเป็นหัวข้อในการรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ในการกำหนดขอบเขตข้อมูลมากน้อยละเอียดเพียงใด ขึ้นกับความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นสำคัญ คาร์ลสัน (Carlson, 1982) กล่าวถึง

#### เทคนิคการรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่จะให้ข้อมูลทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ป่วย รายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องทดลอง แผนการรักษา รายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีโอกาสได้ติดต่อกับผู้ป่วย

2. ใช้แบบแผนการรวบรวมข้อมูล เป็นแนวทางรวบรวมข้อมูลเพื่อป้องกันการรวบรวมข้อมูลที่ซ้ำซ้อนหรือรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ซึ่งโดยเนื้อหาของแบบการรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานในส่วนของ สรีระ จิตสังคม ของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วย หรือเอื้ออำนวยต่อการรักษาพยาบาล

3. ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การรวบรวมไม่ว่าจะด้วยวิธีสัมภาษณ์ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือวิธีอื่น ๆ ควรวางแผนแนวการรวบรวมข้อมูลอย่างคร่าว ๆ เสียก่อนว่าต้องการข้อมูลอะไร ซึ่งจะทำโดยพิจารณาจากสภาพที่เป็นปัญหา ระดับความรุนแรงของความผิดปกติ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จึงเริ่มการรวบรวมข้อมูลด้วย



การแนะนำตัว บอกจุดมุ่งหมายเพื่อขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและเก็บข้อมูลตามระเบียบของวิธีนั้น ๆ ด้วยลักษณะท่าทีที่สุภาพ ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ตามความเป็นจริง

4. เลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูลที่ให้ความเหมาะสมกับสถานการณ์ ความเป็นความรีบด่วนของสภาพปัญหา

การรวบรวมข้อมูล ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการระบุปัญหาทางการพยาบาล เพราะการระบุปัญหาการพยาบาลต้องใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐาน โดยข้อมูลนั้นต้องมีความตรงและเชื่อถือได้และในการที่จะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถรวบรวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใหม่อยู่เสมอ ตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ (Lamonica, 1985)

คาร์เนวาลี (Carnevali, 1984) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูล โดยมีความเชื่อว่า บุคคลจะมีสุขภาพดีจะต้องมีความสมดุลระหว่างความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การดำรงชีวิตประจำวัน และภาวะสุขภาพ (Daily Living and Functional Health Status)

การดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่

กิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ความต้องการในชีวิตประจำวัน

สิ่งแวดล้อม

ค่านิยมและความเชื่อ

สภาวะสุขภาพ ได้แก่

อายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคคล

ความสำเร็จในการทำงาน

พยาธิสภาพ ที่มีผลต่อการวินิจฉัยของแพทย์และการรักษา

พยาบาล จะต้องพิจารณาถึงทรัพยากรทั้งภายในและภายนอก ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความสมดุล ซึ่งเป็นจุดเน้นที่คาร์เนวาลีได้เสนอไว้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล

นอกจากนั้น ไชเกลอร์ และคณะ (Ziegler et al., 1986) ได้กล่าวถึงการรวบรวมข้อมูลไว้ ดังนี้

มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการระบุปัญหาทางการพยาบาล และบอกถึงการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาล หรือบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลจะต้อง



กระทำร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ๆ

ขึ้นอยู่กับกรอบทฤษฎี แนวทาง หรือรูปแบบที่พยาบาลมีความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลว่าอย่างไร เช่น เชื่อว่าคนประกอบด้วยกายภาพ สรีระและจิตสังคม การประเมินจะต้องประเมินทั้งกาย จิต และสังคม ถ้าเชื่อว่าคนมีความต้องการ การรวบรวมข้อมูลจะประเมินตามความต้องการของบุคคล เป็นต้น ต้องครอบคลุมและเที่ยงตรง จะต้องได้ข้อมูลทั้งอัตนัยและปรนัย แหล่งรวบรวมข้อมูล คือผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบันทึกรายงานต่าง ๆ ของผู้รับบริการ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธีร่วมกัน ข้อมูลจะต้องบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการ

การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพมีขอบเขตของข้อมูล คือการรับรู้สุขภาพตนเอง การป้องกันความเจ็บป่วยของตนเอง ของผู้ที่ตนรับผิดชอบ การส่งเสริมสุขภาพตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ พฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ในบุคคลที่เจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วย ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ การรักษายาบาล การดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองขณะเจ็บป่วย

ข้อมูลที่ต้องการคือ การรับรู้สุขภาพตนเอง โดยทั่วไปในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน การตรวจร่างกายที่จำเป็นโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับเพศและวัยของผู้รับบริการ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ชนิดความถี่ ระยะเวลา พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เสพสารเสพติดต่าง ๆ และยา ชนิดปริมาณ ระยะเวลา เหตุผลในการใช้ พฤติกรรมอื่นที่ทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพ เช่น การขับรถเร็ว การทำงานอาชีพที่เสี่ยงต่ออันตรายบาดเจ็บ ได้รับสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการดูแลรักษา การแพ้สารต่าง ๆ อาการ การแก้ไข การดูแลสภาพแวดล้อมทั่วไป การสังเกตลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการในความแข็งแรง อ่อนเพลีย ความพิการของอวัยวะต่าง ๆ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย

ในบุคคลที่เจ็บป่วย ข้อมูลของแบบแผนนี้ คือ การวินิจฉัยโรค และความเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพตนเองก่อนและขณะเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษายาบาล การรักษาที่ผ่านมา เหตุผลที่มารับการรักษา การดูแลที่ได้รับขณะเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการดูแลรักษาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษายาบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

จุดสนใจที่มุ่งศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 แบบ ได้แก่ การศึกษาที่มุ่งสนใจกระบวนการทางชีววิทยาในการวิเคราะห์ข้อมูล และการศึกษาที่มุ่งเน้นการตัดสินใจ

ในการวิเคราะห์ คาร์เนวาเลียและคณะ (Carnevali and Others, 1984) ได้ให้ความเห็นว่าการศึกษาที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ควรมุ่งเน้นที่กระบวนการทางเข้าใจปัญหา ศึกษาการจัดกระทำข้อมูลในการวิเคราะห์ ศึกษาผลการคิดที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรม เพราะเป็นวิธีศึกษาที่ไม่ให้กระบวนการและเนื้อหาของความคิดแปรผิดไปจากธรรมชาติที่เกิด ซึ่งทดสอบได้ด้วยการพูดตอบแสดงการวินิจฉัย และการจัดการต่อสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค Twenty Questions in Basket Approach, Tab Item Method หรือ A Series of Cards แต่แมคไกว (Mcguire, 1976 Quoting Wenk, 1981) มีความเห็นว่า การทดสอบด้วยการพูดตอบเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เพราะการทดสอบที่ใช้การพูดตอบ ต้องอาศัยการตัดสินใจในระยะเวลาอันสั้นของผู้ประเมินคำตอบ ซึ่งอาจเกิดความไม่ยุติธรรมในการตัดสินใจและเป็นวิธีที่สิ้นเปลืองเสียเวลามาก จึงเสนอให้ใช้แบบทดสอบชนิดเขียนตอบที่เรียกว่าแบบจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (Patient Management Problem Test: PMP) เพราะในการตรวจให้คะแนนมีความเที่ยงมากกว่า ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาที่ใช้ในการทดสอบ สามารถทำเป็นกลุ่มได้ และใช้แบบทดสอบลักษณะนี้ เขาได้ศึกษาแล้วว่าให้ผลการทดสอบที่ใกล้เคียงกับความสามารถในการตัดสินใจ การวินิจฉัยหรือทักษะทางคลินิกของผู้ตอบมีอยู่ (McGuire, 1965) และมีประโยชน์ต่อการประเมินความสามารถทั้งในกระบวนการและผลของการปฏิบัติอีกด้วย (Williamson, 1965) ผู้วิจัยจึงใช้ลักษณะแบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย ในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก่ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 2 ขั้นตอนคือ ขั้นระบุปัญหาและขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ลักษณะของแบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย

แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยมีรูปแบบและขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยนั้น ใช้สถานการณ์จำลองปัญหาตามที่มีจริง เป็นแกนจัดเป็นชุดคำถามและตัวเลือกตอบ
2. ลำดับชุดคำถามตัวเลือกตอบตามความเกี่ยวเนื่องของการตัดสินใจ กระทำตั้งแต่เริ่มเผชิญสถานการณ์ปัญหา โดยจัดตัวเลือกตอบไว้ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่ผู้ตอบต้องการเลือก
3. มีการให้ทราบผล หรือรายละเอียดที่ได้จากการเลือกตัวเลือกนั้น ๆ ในลักษณะคล้ายจริง
4. ใช้เกณฑ์การยอมรับของผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจ ให้คะแนนการเลือกผู้ตอบ โดยพิจารณาจากกิจกรรมในแต่ละตัวเลือกและกำหนดค่าคะแนนประจำไว้ ซึ่งมีทั้งค่าคะแนนบวก

ไปจนกระทั่งค่าคะแนนลบตามลักษณะของกิจกรรมที่ควรกระทำ ไม่ควรกระทำ หรือเป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ไม่เกิดประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาหรือเป็นกิจกรรมที่อาจจะละไว้ได้

#### 5. ตัดสินความสามารถของผู้ตอบจากดัชนีต่าง ๆ ดังนี้

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

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

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

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

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

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

6. วิเคราะห์แบบคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ได้จากการตอบแบบทดสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษาแนะนำ การเพิ่มพูนการเรียนรู้และ ประสบการณ์ในอนาคต แมคไกว (Mcguire, 1963 Quoting Wenk, 1981) ได้จำแนกแบบการคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา จากรูปแบบของคะแนนการตอบแบบทดสอบ การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ดัชนีประสิทธิภาพ (EI) ดัชนีความคล่อง (PI) คะแนนผิดเนื่องจากไม่เลือก (Errors of Omission = EO) และคะแนนผิดเนื่องจากการเลือกผิด (Errors of Comission = EC)

โดยที่คะแนนผิดเนื่องมาจากไม่เลือก หมายถึง ร้อยละของการละเลยการเลือกตัวเลือกชนิดที่เป็นประโยชน์ ซึ่งคำนวณได้จาก

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

คะแนนผิดเนื่องจากการเลือกผิด (EC) หมายถึง ร้อยละของการเลือกตัวเลือกที่ไม่เป็นประโยชน์ไม่ควรเลือกซึ่งคำนวณได้จาก

$$EC = \frac{\text{จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่ไม่เป็นประโยชน์ที่ผู้ตอบเลือก}}{\text{จำนวนข้อตัวเลือกชนิดที่ไม่เป็นประโยชน์ที่มีในแบบทดสอบ}} \times 100$$

แมคไควว์ได้จำแนกแบบการคิดในการเผชิญสถานการณ์ปัญหาด้วยการพิจารณา รูปแบบของคะแนนการตอบแบบทดสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยออกเป็น 4 ลักษณะดังนี้

6.1 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยใช้การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ หมายถึง การเผชิญปัญหาด้วยการกระทำที่ได้ผ่านการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วว่ามีเหตุผลสมควร เหมาะสม โดยได้คะแนนการตอบแบบทดสอบในลักษณะดังนี้

EI และ PI สูง EO และ EC ต่ำ

6.2 การเผชิญสถานการณ์ปัญหา โดยใช้การคิดแบบรีบด่วนให้ข้อสรุป (Shotgun) หมายถึง การเผชิญปัญหาโดยรีบตัดสินใจในระยะเวลาสั้น ๆ ขณะที่ยังไม่สามารถจำแนกได้อย่างถ่องแท้ว่ามีเหตุผลเหมาะสมหรือสมควร ผู้ที่ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบได้คะแนนในลักษณะดังนี้

EI ต่ำ PI ในระดับต่ำ หรือปานกลาง EC สูง และ EO ต่ำ

6.3 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยใช้การคิดในวงแคบ (Constrict) หมายถึง การเผชิญปัญหาโดยเลือกกระทำตามแนวเพียงไม่กี่วิธีที่เชื่อและมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาได้ ซึ่งผู้ที่ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบได้คะแนนต่าง ๆ ลักษณะดังนี้

EI และ PI ต่ำ EC และ EO สูง

6.4 การเผชิญสถานการณ์ปัญหาโดยการคิดอย่างไม่มีหลักการ (Random of indiscriminating) หมายถึง การเผชิญปัญหาโดยกระทำด้วยไม่สามารถคิด หรือไม่คิดพิจารณาใคร่ครวญ หาเหตุผลความเหมาะสมหรือความสมควรเสียก่อน ผู้ที่ใช้การคิดแบบนี้จะทำตอบแบบทดสอบ ได้คะแนนต่าง ๆ ที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน



### 3. ชั้นวิเคราะห์ทางเลือก

ในการวิเคราะห์ให้ได้ทางเลือกที่ดีที่สุดนั้น จำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสียในแง่ต่าง ๆ อย่างละเอียด ซึ่งโดยปกติแล้ว จะไม่มีทางเลือกใดที่จะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดเพราะแต่ละทางเลือกจะมีข้อดี ข้อเสียต่างกันบางอย่าง

การวิเคราะห์ทางเลือกนั้น เบร์เลย์และคลอส (Bailey and Claus, 1975) ได้เสนอพอที่จะสรุปได้ดังนี้คือ การวิเคราะห์ทางเลือก สิ่งสนับสนุนที่สำคัญและจำเป็นก็คือ การทดสอบข้อมูล และการใส่ข้อมูลที่แสดงถึงการเปรียบเทียบลงในรูปแบบที่กำหนดให้ ทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การบรรจุข้อมูลลงใน Matrix form ดังแสดงให้เห็นในแผนภูมิที่ 3 ทางเลือกจะใส่ในตารางซ้ายมือแต่ละทางเลือกจะมีคะแนน หรือเรียงลำดับคะแนนไว้ และจะกำหนดเกณฑ์การวัดของแต่ละทางเลือกด้วย ซึ่งเกณฑ์จะเขียนไว้บรรทัดบนสุดของหัวกระดาษ เกณฑ์ที่แสดงถึงวิกฤตจะเขียนไว้ก่อนเป็นอันดับแรก คะแนนที่กำหนดให้แต่ละทางเลือก ซึ่งต่างก็มีเกณฑ์ในการวัดไว้ อาจกำหนดค่าเป็นตัวเลข หรือแสดงการประเมินโดยใช้ค่าที่ใช้กันทั่วไป เช่น สูง ปานกลาง หรือต่ำ ใช้การเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้หรือเป้าหมายของการตัดสินใจ บรรทัดสุดท้ายสามารถที่จะบ่งชี้ถึงคุณค่าว่า สิ่งเหล่านั้นเป็น "อุดมคติ" หรือเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจต้องการให้เกิดขึ้น

แผนภูมิที่ 3 ตัวอย่างรูปแบบผลลัพธ์ของทางเลือก ดัดแปลงจากเบร์เลย์และคลอส (1975)

ทางเลือก	ภาวะวิกฤต			ภาวะไม่วิกฤต		คะแนน
	ต้นทุน	ความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติจริง	ความเสี่ยง	ความสบาย	การดึงดูดใจ	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
อุดมคติ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-สูง	

การพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุด เมื่อได้ใช้วิธีการตามที่ได้อธิบายไว้ข้างบนแล้ว  
อันดับต่อไป คือการขีดวงกลมล้อมรอบคะแนนที่ให้ใน matrix ซึ่งจะแสดงถึงความคิดใน  
อุดมคติหรือผลที่ออกมาจะใส่ลงไว้ในบรรทัดข้างล่าง แผนภูมิที่ 4 ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงวิธี  
การลงคะแนน

แผนภูมิที่ 4 ตัวอย่างที่แสดงผลลัพธ์ในการประเมินทางเลือกการเล่นเกมส์ โดยใช้แบบฟอร์ม  
แมทริกซ์ ดัดแปลงจากเบร์เลย์ และคลอส (1975)

ทางเลือก	ภาวะวิกฤต			ภาวะไม่วิกฤต		คะแนน
	ต้นทุน	ความต้องการ ความรู้ในการเล่น	ความเสี่ยง	ความสบาย ของผู้เล่น	การดึงดูดใจ	
Tiddly wink	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	4
Poker	สูง	กลาง	สูง	ต่ำ	สูง	1
Scrabble	ต่ำ	กลาง	ต่ำ	กลาง	กลาง	4
Canasta	กลาง	กลาง	กลาง	กลาง	กลาง	2
monopoly	ต่ำ	ต่ำ	กลาง	กลาง	สูง	4
อุดมคติ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	กลาง-สูง	กลาง-สูง	

การรวมจำนวนคะแนนที่ได้จากวงกลมตัวเลข จะบ่งชี้ถึงจำนวน คอลัมน์ที่เลือก  
ทั้งหมดการตรวจสอบคะแนน จะทำให้ผู้ที่ตัดสินใจ พิจารณาทางเลือกได้เร็วขึ้น ซึ่งจะ เป็น  
วิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ดังในแผนภูมิที่ 4 แสดงถึงวิธีการที่ทำ

ถึงแม้ว่า วิธีการข้างบน ที่ดูแล้วว่าจะทำได้ง่าย แต่มีข้อว่ากระบวนการสิ้นสุดลง ผู้  
ที่ตัดสินใจจะต้องพิจารณาคะแนนหรือสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในแต่ละทางเลือกนั้น ๆ

ภายหลังจากที่พิจารณาหาทางเลือกหรือวิธีต่าง ๆ สำหรับแก้ปัญหาได้หลาย ๆ  
วิธีแล้วจะต้องประเมินผลวิธีเหล่านั้น เพื่อให้ได้วิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้รับบริการ  
โดยอาศัยข้อมูลและดุลยพินิจอย่างรอบคอบ ในการประเมินผลควรมีการเปรียบเทียบให้เห็น  
ว่า แต่ละวิธีนั้นมีผลดีและผลเสียอย่างไร เพื่อจะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจ

การประเมินทางเลือกนี้ความจริงแล้วเป็นขั้นตอนหนึ่งของการวางแผน ส่วนในการปฏิบัติซึ่งใช้ข้อมูลต่าง ๆ เป็นปัจจัยช่วยพิจารณา และปัจจัยเหล่านั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์แวดล้อม จึงเป็นการยากที่จะได้ผลดังที่ประเมินไว้ อย่างไรก็ตามการประเมินทางเลือกควรยึดหลักที่จะทำให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการสูงสุด

การวิจัยในชั้นวิเคราะห์ทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล สิ่งที่เป็นข้อจำกัดและความเป็นไปได้ที่ผู้วิจัยอาศัยรูปแบบ Matrix Form ของ เปรี่เลย์และคลอส

#### 4. การเลือกทางปฏิบัติ

เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหา หาทางแก้ปัญหาและประเมินทางเลือกที่เหมาะสมไว้หลาย ๆ ทาง และจัดลำดับความสำคัญของทางเลือกไว้แล้ว นักศึกษาพยาบาลต้องทำการตัดสินใจขั้นสุดท้าย คือเลือกทางที่เหมาะสมไว้ปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น ๆ

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2534) ได้อธิบายถึง การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดเทคนิคหรือวิธีปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่บ่งบอกไว้ในจุดมุ่งหมายการพยาบาล

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องอาศัย ความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ของแต่ละเทคนิคการพยาบาล เพื่อตัดสินใจว่าเทคนิคการพยาบาลหรือวิธีพยาบาลใดเหมาะสมในการแก้ปัญหาแต่ละเรื่อง หลักการทางวิทยาศาสตร์จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ เมื่อเกิดปัญหานำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ ตลอดจนส่งเสริมให้มีการริเริ่มเทคนิคหรือวิธีการพยาบาลใหม่ ๆ

ในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะต้องยึดหลักที่ว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพปลอดภัย รวดเร็ว ประหยัดอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บรรลุจุดมุ่งหมายการพยาบาล และมุ่งประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ในขณะเดียวกันจะต้องคำนึงถึงนโยบายของสถาบันที่ให้บริการทางด้านสุขภาพนั้น ๆ ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม มาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือการพยาบาลที่มีอยู่ ตลอดจนปัจจัยทางด้านตัวพยาบาลเอง ได้แก่ ค่านิยม ความรู้ความสามารถ และความกระตือรือร้นในการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### หลักการในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ต้องคำนึงถึงหลักการต่าง ๆ ดังนี้

1. ใช้หลักการหรือแนวคิดในทฤษฎีและศาสตร์ต่าง ๆ เป็นพื้นฐานนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อประกอบการตัดสินใจ
2. มีความสอดคล้องกับกิจกรรมการรักษา หรือแผนการดูแลรักษาของบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. คำนึงถึงความจำเป็นปัจเจกบุคคลและสิทธิในการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเองของผู้รับบริการจะต้องเลือกกิจกรรมที่จำเพาะกับความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งมีแนวทาง ดังนี้
  - 3.1 ยึดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและจุดมุ่งหมายการพยาบาลเป็นหลัก
  - 3.2 พิจารณาจุดเด่นและจุดด้อยของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัจจัยอื่น ๆ
  - 3.3 พิจารณาความรีบด่วน และความรุนแรงของปัญหา เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อตัวผู้รับบริการ
  - 3.4 ตระหนักถึงสิทธิและอิสรภาพของผู้รับบริการ
4. ต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม คงไว้ และรักษาสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ
5. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน
6. ให้แหล่งทรัพยากรที่เหมาะสม โดยครอบคลุมทรัพยากรทางด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และแหล่งทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจกับปัญหาทางการพยาบาล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจกับปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผลการเรียน อัตมโนทัศน์ และสภาพแวดล้อมทางคลินิก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา พฤติกรรมการนิเทศของอาจารย์ บรรยากาศกลุ่มเพื่อน และบรรยากาศในการทำงานของทีมการพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้



## ผลการเรียน

การศึกษานายบาล เป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนการสอน โดยการผสมผสานความรู้ทั่วไปไปพร้อมกับความรู้ทางด้านวิชาชีพ เพื่อเตรียมคนให้เป็นนายบาลที่สามารถปฏิบัติการนายบาลทั่วไปได้อย่างมีคุณภาพ มีความรับผิดชอบต่อตนเองต่อวิชาชีพและต่อสังคม มีความสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ในการจัดการศึกษานายบาล หลักสูตรนายบาลศาสตร์ได้กำหนดให้มีการจัดการศึกษา 2 ส่วน คือ การศึกษาภาคทฤษฎี และการศึกษาภาคปฏิบัติ สำหรับสถาบันการศึกษานายบาล ในวิทยาลัยนายบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบในการผลิตบัณฑิตนายบาล เพื่อสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วประเทศ มีวิทยาลัยนายบาลตั้งอยู่ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 34 แห่ง กระจายอยู่ทุกภูมิภาค จึงได้มีการสัมมนาเพื่อปรับปรุงประมวลรายวิชา สำหรับหลักสูตรประกาศนียบัตรนายบาลศาสตร์ที่เน้นชุมชน เพื่อใช้เป็นแม่บทจัดโปรแกรมการศึกษาให้สอดคล้องกันทุกแห่ง (กองงานวิทยาลัยนายบาล, 2528)

ด้วยข้อจำกัดของแต่ละวิทยาลัยนายบาล จึงไม่สามารถจัดโปรแกรมการศึกษาได้ตามแผนแม่บททุกภาคการศึกษา แต่ทุกวิทยาลัยนายบาลจะจัดโปรแกรมการศึกษา หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพและหมวดวิชาชีพ เป็นลำดับตามโปรแกรมการศึกษา กล่าวคือ การจัดการเรียนการสอนให้มีการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพเป็นลำดับวิชา เริ่มหมวดวิชาชีพพยาบาลอันดับแรก คือ วิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน จำนวนหน่วยกิต 10 หน่วยกิตมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาคละ 5 หน่วยกิต เริ่มศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีที่ 1 เสร็จสิ้นการเรียนวิชานี้ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีที่ 2 ลักษณะวิชาเน้นความเข้าใจพื้นฐาน ทฤษฎี และหลักการพยาบาลต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และงานของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ การใช้ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และกลุ่มชนที่มีปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจสังคม เป็นกระบวนการวิชาที่ให้ความสำคัญแก่นักศึกษานายบาลในการนำความรู้ที่ได้จากทฤษฎีไปประยุกต์ในการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ร่วมกับความรู้ในหมวดพื้นฐานวิชาชีพที่จะสนับสนุนให้มีความเข้าใจ และนำไปใช้ได้อย่างมีเหตุผล เช่นการนำความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผลต่อสุขภาพ มาอธิบายในเรื่องการดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีคุณค่า ความรู้เกี่ยวกับชนิดของยา มาอธิบายให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งในระหว่างการดูแลผู้ป่วย นักศึกษานายบาลต้องรู้จักใช้ข้อมูล ด้านอนามัยมาประยุกต์ในการพยาบาล ล้วนแต่เป็นวิชาพื้นฐานวิชาชีพ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในระหว่างการพยาบาลได้อย่างดี

ความสามารถของนักศึกษานายบาลที่เกิดจากการเรียนการสอน ส่วนมากใช้ผลการเรียนหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นเครื่องวัดความสามารถนี้ ไนศาล หวังพานิช (2523) ให้ความหมายของผลการเรียน หมายถึง คุณลักษณะและความสามารถ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการอบรมหรือการสอน การวัดผลสัมฤทธิ์ จึงเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถ หรือความสัมฤทธิ์ผลของบุคคล ว่ามีความสามารถชนิดใด เรียนแล้วรู้เท่าไร และอนันต์ ศรีโสภา (2524) ได้อธิบายการเทียบผลการเรียนให้อยู่ในหน่วยเดียวกัน และมีการแจกแจงคล้ายการแจกแจงคะแนนดิบกระทำได้โดย การนำผลการเรียนจากคะแนนดิบมาแปลงเป็นคะแนนที (T-Score) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เท่ากับ 10

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

นักศึกษานายบาลที่มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล คือผู้ที่บรรลุผลสำเร็จได้ตามจุดมุ่งหมาย แต่นักศึกษานายบาลมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น แตกต่างกันในด้านสติปัญญา แตกต่างกันด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลจึงแตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล ดังเช่น

ธงชัย สันติวงษ์ (2530) ได้กล่าวว่าถึงองค์ประกอบในการตัดสินใจ ถึงแม้บุคคลที่ต่างเพศกับลักษณะปัญหาเดียวกันต่างก็จะมีวิธีการตัดสินใจ หรือการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหามาไม่เหมือนกัน ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากแต่ละคนมีทัศนคติการมองปัญหาต่างกัน การจัดระเบียบเรื่องราวต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา และการมีความเข้าใจในสภาวะแวดล้อมแตกต่างกัน ข้อแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ สาเหตุเป็นเพราะแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์การทำงาน พื้นฐานการศึกษา ค่านิยมและทัศนคติ รวมทั้งความนึกคิดทางจิตวิทยาแตกต่างกัน สำหรับบุคคลที่มีระดับสติปัญญาและความรู้ความสามารถสูงจะสามารถตัดสินใจได้รอบคอบและรัดกุม โดยจะมีความสามารถในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันนำมาใช้แก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากได้ นอกจากนี้ต้องเน้นถึงหลักเหตุผลและสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อที่จะให้สามารถตัดสินใจได้อย่างสมเหตุสมผล ปราศจากอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องโดยมีการวิเคราะห์ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกขั้นตอน ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีทัศนคติแคบ มักจะสามารถตัดสินใจได้เร็ว "แบบล่งเดช" โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่อยู่ในกรอบแคบ ๆ และขาดความสมบูรณ์ มักจะมีผลทำให้การตัดสินใจต่าง ๆ ขาดความคล่องตัว ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์และสถานการณ์

สโตนเบิร์ก (Stollberg, 1956) ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับ

1. ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
2. วุฒิภาวะทางสมอง
3. สภาพการณ์ที่ต่างกัน
4. กิจกรรม หรือความสนใจของแต่ละคนที่มีปัญหานั้น

ส่วน มอร์แกน (Morgan, 1978) สรุปว่าวิธีแก้ปัญหาของบุคคลแตกต่างกัน ทำให้ความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับ

1. สติปัญญา (Intelligence) ผู้มีสติปัญญาดี จะแก้ปัญหาได้ดี
2. แรงจูงใจในการที่จะทำให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหา
3. ความพร้อมในการแก้ปัญหาใหม่ โดยทันทีทันใด จากประสบการณ์ที่มีมาก่อน
4. การเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กาเย่ (Gagne, 1965) กล่าวว่า การแก้ปัญหาเป็นเหตุการณ์ชุดหนึ่งที่มีมนุษย์ใช้หลักการต่าง ๆ เป็นแนวทางเพื่อบรรลุเป้าประสงค์บางประการ และผลจากการใช้หลักการในการแก้ปัญหา ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเป้าประสงค์เท่านั้น อาจเพื่อความพอใจของผู้คิดแก้ปัญหาก็ได้ เนื่องจากเมื่อบรรลุผลในการแก้ปัญหาแล้วทำให้ผู้คิดเกิดการเรียนรู้อะไรบ้างอย่างด้วย และความสามารถของบุคคลนั้น ก็เปลี่ยนแปลงไปไม่มากนัก นอกจากสิ่งที่ได้จากการแก้ปัญหา ก็คือการเพิ่มพูนหลักการในการแก้ปัญหาสำหรับบุคคลนั้น ฉะนั้นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการแก้ปัญหของบุคคล คือ

1. ตัวผู้เรียน ซึ่งได้แก่ระดับสติปัญญา ลักษณะอารมณ์ อายุ แรงจูงใจ ตลอดจนประสบการณ์ของผู้เรียน สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการแก้ปัญหาทั้งสิ้น ประสบการณ์บางอย่างอาจส่งเสริมให้แก้ปัญหาให้ง่ายเข้า ประสบการณ์บางอย่างอาจขัดขวางการแก้ปัญหา ทำให้แก้ปัญหาไม่ได้หรือได้ไม่ดีเท่าที่ควร

2. สภาพการณ์ที่เป็นปัญหา ถ้าปัญหาเป็นที่น่าสนใจ มักจะทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจที่จะเรียน หรือแก้ปัญหา ถ้ามีคำแนะนำจากครูหรือผู้อื่นสำหรับปัญหาที่ยากก็มักจะมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา หรือปัญหาที่ต่อเนื่อง วิธีคล้ายคลึงกับปัญหาที่เคยเรียนรู้มาแล้ว ก็ย่อมง่ายที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ

ชม ภูมิภาค (2523) เห็นว่าความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์เป็นสำคัญ และปัญหาที่เกิดขึ้นในโอกาสต่าง ๆ โดยพื้นฐานแล้วไม่ผิดกันมากนัก จึงสามารถใช้ความรู้เดิมอันเป็นหลักใหญ่ ๆ มาใช้ได้ เหตุผลที่ความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมเป็นสำคัญนั้นมี 3 ประการ คือ

1. บุคคลมักจะมีพัฒนาการความคิดรวบยอดและจัดเป็นระบบเอาไว้ เพื่อใช้ในโอกาสข้างหน้า ปัญหาเก่าที่เคยแก้มาแล้วจะช่วยในการแก้ปัญหาใหม่ได้

2. การพัฒนาตอบสนอง การตอบสนองเมื่อได้รับการเสริมแรงจะก่อตัวเป็นนิสัย และมักจะเกิดขึ้นก่อนเมื่อพบปัญหาใหม่ บุคคลจะแก้ปัญหาตามที่เคยเรียนมาจะพยายามแล้วพยายามอีก ถ้าหากประสบการณ์เดิมแก้ปัญหาไม่ได้จริง ๆ คนจึงจะเริ่มคิดและเปลี่ยนแนวทางใหม่

3. การพัฒนาเทคนิคของการแก้ปัญหา เมื่อแก้ปัญหาได้มาก ๆ คนเราจะมี ความชำนาญมากขึ้น ความชำนาญนี้จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา

เวียร์ (Weir, 1974) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ที่เชื่อว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแก้ปัญหานั้น จะต้องเป็นผู้ที่สามารถคิดได้ถูกต้องทุกขั้นตอน ถ้าคิดถูกต้องเพียงบางขั้นตอนถือว่ายังไม่มีความสามารถทางด้านนี้เพราะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จ

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528) กล่าวว่า ในการแก้ปัญหาแต่ละครั้งจะสำเร็จหรือได้ผลดีขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ต่อไปนี้

1. ระดับความสามารถของเชาวน์ปัญญา ผู้มีระดับเชาวน์ปัญญาสูง ย่อมสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่าผู้มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำ

2. การเรียนรู้ การแก้ปัญหาได้สำเร็จและรวดเร็ว เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริงสามารถจับหลักการเรียนรู้ต่าง ๆ เมื่อประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันจะแก้ปัญหาได้รวดเร็ว ถูกต้อง

3. การรู้จักคิดอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ คือ ข้อเท็จจริงและความรู้จากประสบการณ์เดิม จุดมุ่งหมายในการคิดและแก้ปัญหา และระยะเวลา

ดังนั้น ผลการเรียนรู้ น่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

### อัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นมโนทัศน์เกี่ยวกับแนวความคิดที่ลึกซึ้งและซับซ้อนที่บุคคลมีต่อตนเอง นักจิตวิทยาหลายท่านเชื่อว่า อัตมโนทัศน์เป็นศูนย์กลางในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์และส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล (Wylie, 1974) บุคคลที่จะคงความมั่นคงด้านจิตใจได้นั้น บุคคลจะต้องรู้ว่าตนเองเป็นใคร และเป็นคนเช่นไร เพราะว่า บุคคลจะต้องปรับตัวตามความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์ (Self-concept) (Driver, 1976)



นักจิตวิทยาได้ให้แนวความคิดและความหมายเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ก็เป็นที่ยอมรับ และได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย ดังเช่น แนวความคิดของสไนล์และโคมส์ (Snygg & Combs, 1959) เชื่อว่าอัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้มีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ กล่าวคือ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างไร ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างไร หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า อัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรพื้นฐานที่ควบคุมการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองซึ่งแสดงออกในรูปของพฤติกรรมต่าง ๆ สไนล์และโคมส์ยังเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ

ดรีเวอร์ (Driever, 1976) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์ หมายถึง องค์ประกอบของความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเอง โดยมีรูปแบบมาจากการรับรู้ ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและพฤติกรรมโดยตรงของบุคคลเอง

แมททีส (Mattheis, 1982) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นนามธรรม เป็นการรวมทั้งหมดของการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ รวมถึงลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ และการประเมินคุณค่าของลักษณะเหล่านั้น เป็นการรวมเจตคติ การตัดสินใจ และค่านิยมซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความสามารถและคุณภาพ อัตมโนทัศน์ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองซึ่งส่งผลให้รับรู้เกี่ยวกับสถานะ และสภาพของตน

โรเจอร์ (Rogers, 1951) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีที่สำคัญคนหนึ่งในการพัฒนาทฤษฎีว่าด้วยอัตตาและบุคลิกภาพ ให้ความหมายเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่าเป็นระบบโครงสร้างของการรับรู้ทัศนคติ ความรู้สึก ความเข้าใจ การยอมรับ และการประเมินเกี่ยวกับตนเองของบุคคล จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล และยังสามารถสรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่บุคคลพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่นและวัยชรา สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี ขึ้นอยู่กับ พัฒนาการของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม ตั้งแต่วัยเด็กซึ่งมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ไรมีย์ (Reimy cited by Dinkmeyer, 1967) ได้ให้ความหมายว่า อัตมโนทัศน์ คือการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ถูกจัดให้เป็นระบบมากหรือน้อย เป็นผลจากการสังเกตตนเองทั้งอดีตและปัจจุบัน เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อเกี่ยวกับตนเองโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่บุคคลนั้นต้องตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งให้เหมาะสมกับตนเอง

สจิวัดและซันดีน (Stuart & Sundeen, 1987) ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่าเป็นความคิดเห็น ความเชื่อ เป็นองค์ประกอบของความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งจะมี

อิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและเป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม เป็นค่านิยมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ และวัตถุ รวมทั้งยังเป็นเป้าหมาย และอุดมการณ์ของบุคคลด้วย

ทึคณา แชมมณี (2526) ให้ความหมาย อัตมโนทัศน์ หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองว่า หมายถึงความรู้สึก และความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของตนที่มีต่อตนเองว่าเป็นคนอย่างไร มีความสามารถอะไร ซึ่งความเชื่อความรู้สึกและความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองที่รวมกันเข้านี้จะ เป็นเครื่องบ่งชี้หรือเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมของบุคคลนั้น

จากความหมายต่าง ๆ พอจะสรุปความหมายของอัตมโนทัศน์ได้ว่า หมายถึงการรับรู้ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม การประเมินตนเองในด้านพฤติกรรมความสามารถ และเจตคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง ในด้านร่างกาย บุคลิกภาพ ด้านสติปัญญา และด้านอารมณ์ ความรู้สึก อุปนิสัยใจคอ

#### ความสัมพันธ์ระหว่างอัตตากับอัตมโนทัศน์

แนวความคิดเกี่ยวกับอัตตา (Self) และอัตมโนทัศน์ (Self-concept) มีความสัมพันธ์กันในแง่ที่ว่า การที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้เกี่ยวกับ "อัตตา" ของตนเอง ก็จะทำให้เกิด "อัตมโนทัศน์"

ความหมายของอัตตา เจมส์ (James, 1950 อ้างถึงใน กอบกุล ทรัพย์เจริญกุล, 2531) ได้ให้ความหมายของอัตตา 2 ลักษณะ คือ อัตตาในฐานะของผู้รับรู้และอัตตาในฐานะของผู้ถูกรับรู้ ซึ่งตามความเห็นของ เจมส์ นั้นอัตตาในฐานะผู้รับรู้ไม่ได้ช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ แต่อัตตาในฐานะผู้ถูกรับรู้จะช่วยอธิบาย พฤติกรรมของบุคคลได้ดีกว่า โดยที่ความหมายของอัตตาในฐานะผู้ถูกรับรู้นั้นเป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วยอัตตา 3 ด้าน ได้แก่

1. อัตตาด้านวัตถุ (Material self or Material me) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลเป็นเจ้าของ เช่น ร่างกาย เสื้อผ้า บ้าน รถยนต์ บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว
2. อัตตาด้านสังคม (Interactive self or Social me) หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อบุคคลนั้น
3. อัตตาด้านจิตใจ (Psychological self or Spiritual me) หมายถึง กระบวนการทางจิตใจ เช่น ความคิด อารมณ์ ความปรารถนา เป็นต้น

อ่ำไพ คิริพินันท์ (2515) ให้ความหมายของอัตตาท่า เป็นความนึกคิดเกี่ยวกับ

ตนทั้งหมด ซึ่งรวมทุกสิ่งทุกอย่างนี้รวมทั้งร่างกาย บุคลิกภาพ สติปัญญา ความสามารถ และนิสัยใจคอ ส่วนอัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งของตน แต่เป็นส่วนที่สำคัญที่เป็นแก่นแท้ที่เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นคุณลักษณะที่บุคคลคิดว่าเป็นตัวเขาทุกเวลาและทุกสถานที่

### พัฒนาการของอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์มีการพัฒนาอย่างช้า ๆ เริ่มเมื่อทารกสามารถสังเกตและแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม จะมีพัฒนาการเร็วขึ้นเมื่อเด็กสามารถเข้าใจภาษา การเรียกชื่อจะช่วยให้เด็กสามารถรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นบุคคลคนหนึ่ง ซึ่งเป็นอิสระไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม พัฒนาการของอัตมโนทัศน์จะมีอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (Stuart & Sundeen, 1983) คือ

1. ค่านิยม ความรู้สึกในทางบวก ที่มีต่อประสบการณ์ทางวัฒนธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นั่นคือถ้าบุคคลมีค่านิยมและความรู้สึกทางบวกต่อสิ่งต่าง ๆ ในวัฒนธรรม นับเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ดีของอัตมโนทัศน์ แต่ถ้าบุคคลมีความรู้สึกในทางลบต่อประสบการณ์ที่พบก็จะทำให้เกิดความตึงเครียดและมีปัญหาในการพัฒนาของอัตมโนทัศน์
2. ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม นั่นคือบุคคลจะเลือกรับรู้ในประสบการณ์ที่ตนชอบ ตามค่านิยมของตน และสังคม
3. ความสำเร็จในตนเองหรือการตระหนักถึงศักยภาพที่เป็นจริงของบุคคล การยอมรับในคุณค่าของตนเอง ซึ่งบุคคลแต่ละคนย่อมต้องการความสำเร็จในชีวิต อันจะทำให้เกิดการยอมรับในคุณค่าของตน

นอกจากนั้นแล้ว ซัลลิแวน (Sullivan cited in Stuart & Sundeen, 1983) ยังกล่าวว่าประสบการณ์ที่ได้ติดต่อกับสังคมและบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์มากยิ่งขึ้น ซึ่งเรียกว่า เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองโดยที่มีผู้อื่นเป็นกระจกเงา คือ บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการตีความจากพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อเขา บุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ คือบิดามารดา ดังที่โคมส์และสไนส์ (Combs & Snygg cited in Stuart & Sundeen, 1983) กล่าวว่า ไม่มีประสบการณ์ใดที่จะมีความสำคัญต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ในเด็ก เท่ากับประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้นจากครอบครัวของเด็กเองจะเป็นพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมของเด็กไปชั่วชีวิต

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาอัตมโนทัศน์นั้นจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยไม่มีการจำกัดเวลาหรือขอบเขต อัตมโนทัศน์อาจจะ

เปลี่ยนแปลงไปได้บ้างตามสภาพแวดล้อมและสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงไป อย่างไรก็ตาม  
 อัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคลก็มักจะค่อนข้างคงที่พอสมควร กล่าวคือ ไม่ถึงกับเปลี่ยนแปลง  
 ขึ้น ๆ ลง ๆ หรือบ่อย ๆ

ส่วนพรพรณทิพย์ เกษะนันท์ (2516) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อทิศทาง  
 การเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ ได้แก่

1. สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ การยอมรับหรือไม่ยอมรับจากสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่  
 นั้น มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือด้อยลงของอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้น
2. ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของบุคคลนั้น เช่นบิดามารดา ครูและ  
 เพื่อนสนิท เป็นต้น
3. อัตมโนทัศน์ตามปณิธาน (ideal self-concept) บางคนตั้งอัตมโนทัศน์  
 ตามปณิธานไว้สูง เมื่ออัตมโนทัศน์จริง ๆ ของตนไม่สูงเท่าซึ่งจะก่อให้เกิดความไม่สบายใจ  
 และทางที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้คือการที่พยายามเปลี่ยนอัตมโนทัศน์จริง ๆ ของตนให้สูงขึ้น แต่  
 ถ้าหากตนทำไม่ได้ตามปณิธานที่ตั้งไว้ ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความท้อแท้ และรู้สึกตนเอง  
 ไม่มีคุณค่า ทำให้อัตมโนทัศน์ของตนด้อยลงได้

#### อัตมโนทัศน์กับการแสดงออกทางพฤติกรรม

ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของบุคคล จะไม่รวมถึง ความคิด ความหวังและ  
 ความต้องการของบุคคลอื่น บุคคลจะเลือกรับรู้ประสบการณ์ที่ตรงกับอัตมโนทัศน์ในปัจจุบัน  
 ของตน ความต้องการ ค่านิยม และความเชื่อ จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ของบุคคล  
 บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองเชื่อว่าเป็นจริง เมื่อการรับรู้เกิดขึ้นและถูกรวมเข้าไว้  
 ในระบบของตน แล้วก็ยากที่จะมีการเปลี่ยนแปลงได้

บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ที่อ่อนแอหรืออัตมโนทัศน์ในทางลบ (weak or negative  
 self-concept) จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบ และเบี่ยงเบนไปจาก  
 ความเป็นจริง เนื่องจากมีความรู้สึกถูกคุกคามได้ง่าย มีระดับความวิตกกังวลสูง และหมก  
 มุ่นกับการป้องกันตนเอง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ที่เข้มแข็งหรืออัตมโนทัศน์ในทาง  
 บวก (strong or positive self-concept) มักเป็นคนเปิดเผยและมีความจริงใจ  
 เพราะมีภูมิหลังของประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับ และประสบผลสำเร็จตามความเป็นจริง  
 อัตมโนทัศน์ในทางบวกเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ดี และนำไปสู่การรับรู้ที่ดีต่อไป

จึงสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ เป็นปัจจัยหลักของการแสดงออกทางพฤติกรรมมนุษย์  
 บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก จะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะมองเห็นได้จาก



ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่น ประสิทธิภาพของเข่ามีปัญหา การเรียนรู้สิ่งแวดลอม ในทางตรงข้าม บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ จะมีบุคลิกภาพและการปรับตัวต่อสังคมใน ทางที่ผิดปกติ ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองของอัตมโนทัศน์ จากการมีการปรับตัวได้ดีที่สุดใน ระยะของความสำเร้จในตนเอง ทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก แต่ถ้ามีการปรับตัว ที่ผิดปกติก็จะมีการตอบสนองออกมาในรูปของ การไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้มีความสับสน ในเอกลักษณ์ของตน มีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (Stuart & Sundeen, 1987)

### การประเมินอัตมโนทัศน์

ในการประเมินอัตมโนทัศน์ สามารถกระทำได้ 2 วิธี คือ

1. การซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง ข้อมูลที่ได้เรียกว่ารายงานเกี่ยวกับตนเอง (self report)

2. การสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกวัด โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยาแล้วมาสรุปความเห็น ข้อมูลที่ได้เรียกว่า อัตมโนทัศน์ที่ลงความเห็นโดยผู้อื่น (inferred self-concept)

การประเมินทั้ง 2 วิธีนี้ อาจให้ผลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่อย่างไรก็ดีการ รายงานเกี่ยวกับตนเองเป็นวิธีที่ได้ผลดีและถูกต้องกว่าวิธีอื่น (อ่ำไพ ศิริพนันท์, 2515)

การประเมินอัตมโนทัศน์ จะต้องพิจารณา องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในด้าน ต่าง ๆ ให้ครบถ้วน ซึ่งมีผู้แบ่งไว้หลายลักษณะ พอสรุปได้ดังนี้

ซีคอด และ แบคแมน (Secord and Backman, 1974) ได้แยกอัตมโนทัศน์ ของบุคคลออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. อัตมโนทัศน์ด้านความรู้ความสามารถ (cognitive) เช่น ความรู้สึกรับรู้ว่าตนเป็นคนฉลาด ซื่อสัตย์ หรือเป็นคนไม่ฉลาด ขาดความสนใจสิ่งแวดลอม ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้

2. อัตมโนทัศน์ด้านความรู้สึก (affective) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่อยาก ต่อการอธิบายออกมาเป็นคำพูดได้ มีความคล้ายคลึงกับเป็นการประเมินคุณค่าตนเอง เช่น ความรู้สึกไม่ชอบตนเองเพราะเจ็บป่วยบ่อย ชอบตนเองเพราะเป็นคนมีความรู้สูง

3. อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (behavioral) เป็นแนวโน้มที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมที่แสดงความรังเกียจ หรือรักตนเอง ซึ่งออกมาในลักษณะคนเก็บตัว หรือเป็นคนร่าเริง แจ่มใส พุดคุยสนุก

ดรีเวอร์ (Driever cited in Roy, 1976) ได้แบ่งองค์ประกอบของ  
อัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้ตนเองอันดับ  
แรก โดยมองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ รวมทั้งหน้าที่ของสมรรถภาพทางเพศทั้งในสภาวะ  
ปกติและเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 2 ด้านคือ

1.1 การรับรู้ถึงลักษณะรูปร่างหน้าตาและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

1.2 การรับรู้ถึงความสามารถที่จะควบคุมหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสม  
กับเวลาและสถานที่

2. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self) ซึ่งจะทำหน้าที่เหมือนผู้สังเกต  
ผู้จัดมาตรฐาน ผู้คิดฝัน ผู้เปรียบเทียบและผู้ประเมินผลเกือบทั้งหมดที่บุคคลคิดว่าตนเองเป็น  
โดยแบ่งย่อยเป็น 4 ด้าน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (moral-ethical self) เป็น  
การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่า การยอมรับนับถือตนเอง ค่านิยมทางศาสนา

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (self-consistency)  
เป็นการที่บุคคลจะพยายามรักษา หรือคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน และภาพพจน์

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความคาดหวัง (self ideal /  
self-expectancy) เป็นความคาดหวังของบุคคลที่จะเป็นหรือกระทำ รวมทั้งการรับรู้  
ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนด้วย

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเอง (self-esteem) เป็น  
การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง

นอกจากนี้ ฟิตส์ (Fitts cited in Wylie, 1974) ยังได้แบ่งลักษณะของ  
อัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้านตามการพิจารณา คือ

1. การพิจารณาโดยตนเองเป็นเกณฑ์ (internal frame of reference)  
ซึ่งประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึงความคิดเห็นของบุคคล  
เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า "ฉัน  
เป็นอะไร"

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของ  
บุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเองเป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า "ฉัน  
รู้สึกเกี่ยวกับตัวฉันอย่างไร"

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของ

บุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า "ฉันประพฤติอย่างไร"

2. การพิจารณาโดยผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (external frame of reference) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถ และทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว และความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง โดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึงความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

นอกจากนี้ พิทส์ยังได้รวมเอา อัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมาเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับความกล้าที่จะยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดี จะเห็นได้ว่า พิทส์ได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ โดยมีรายละเอียดมาก ซึ่งพิทส์ได้สร้างแบบวัดอัตมโนทัศน์ เรียกว่าแบบวัดอัตมโนทัศน์แทนเนสซี เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นจากพื้นฐาน เหตุผลทางทฤษฎีและการประเมินทางจิต จึงเป็นที่นิยมใช้กันเป็นอย่างมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

อัตมโนทัศน์ เป็นผลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม อัตมโนทัศน์จะพัฒนาไปได้เรื่อย ๆ ตามวุฒิและสิ่งแวดล้อม ไม่จำกัดเวลาและขอบเขต อัตมโนทัศน์จึงเป็นพื้นฐานสำคัญก่อให้เกิดการรับรู้และแสดงพฤติกรรม จึงมีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาล ช่วยให้เข้าใจตนเองว่าเป็นอย่างไร มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองอย่างไร แล้วจึงเข้าใจพฤติกรรมผู้อื่นได้ เนื่องจากมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และ

ผู้อื่นที่ถูกต้อง มีการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป สามารถปฏิบัติการพยาบาล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ กอร์ดอน (Gordon, 1987) ได้กล่าวถึงอัทมโนทัศน์เป็นขอบเขตหนึ่งของแบบแผนสุขภาพที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการตัดสินใจแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้ ยังต้องศึกษาถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคล และจัดลำดับความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม ดังนั้น อัทมโนทัศน์จึงมีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาปัญหาจากข้อมูล มีความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ นำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้

ดังนั้น อัทมโนทัศน์ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

### สภาพแวดล้อมทางคลินิก

เป็นที่ทราบกันดีว่า สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนพัฒนาการของมนุษย์ ในการเรียนการสอนก็เช่นกัน ซึ่งใน Webster's New Collegiate Dictionary ให้ความหมายของสภาพแวดล้อมว่า หมายถึงสภาพภายนอกโดยรวมทั้งหมด และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิตและการพัฒนาของสิ่งมีชีวิตแต่ละสิ่ง

มูส์ (Moos, 1976) และจินตนา ยูนิพันธ์ุ (2527) ได้จำแนกสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเรียนการสอน เป็น 2 ประเภท คือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)
2. สภาพแวดล้อมทางจิตใจ และสังคม (Psychological and Social environment)

### สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ และสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น เช่น สภาพห้องเรียน ขนาด และลักษณะของห้องเรียน แสงสว่าง อากาศถ่ายเท ความร้อน หนาวในห้องเรียน เก้าอี้สำหรับนั่งเรียน ตลอดจนโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ (จินตนา ยูนิพันธ์ุ, 2527) สถานที่ที่นักศึกษาสามารถปฏิบัติจริงคือ หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยจึงเปรียบเสมือนห้องปฏิบัติการหรือห้องเรียนของนักศึกษาพยาบาล สภาพแวดล้อมทางหอผู้ป่วยได้แก่สภาพขนาดและลักษณะของหอผู้ป่วย ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้



### ในการปฏิบัติงาน

สมคิด รักษาสัตย์และประนอม โอทกานนท์ (2525) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหา สถานที่เรียนและเครื่องมือ เครื่องใช้บนหอผู้ป่วย ดังนี้

1. สภาพภายในตึกผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยต่อการสอน การจัดเตียงผู้ป่วยแออัด ขนาดสถานที่ที่จะใช้สำหรับการเรียนการสอน

2. บนหอผู้ป่วยมิใช่ห้องเรียนแต่เป็นสถานการณ์จริง จึงมีเสียงรบกวนจากการปฏิบัติงาน ญาติผู้ป่วย มีบรรยากาศและสถานที่ไม่อำนวยนัก

3. เครื่องมือ เครื่องใช้ ขนาดคลอน ไม่อยู่ในสถานที่ดี ไม่ครบถ้วน ชำรุดเสียหาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการสอนมาก

ในด้านสถานที่เรียนบนหอผู้ป่วยนั้น อาจจะขึ้นกับความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน โดยทั่ว ๆ ไปมักจะจัดดังนี้

1. เป็นห้องเรียนประจำตึกใช้ในการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย เป็นห้องเล็ก ๆ จุนักศึกษาได้ประมาณ 10-15 คน อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน

2. มุมใดมุมหนึ่งของตึก ถ้าไม่มีห้องเรียนประจำ อาจารย์ต้องดัดแปลงนิจารณา ให้สามารถดำเนินการสอนได้ตรงตามวัตถุประสงค์โดยไม่มีอุปสรรคหรือสิ่งรบกวน เช่น คนเดินผ่านกลิ่นเหม็น ความอับชื้น เป็นต้น

3. ช่างเตียงผู้ป่วย กรณีที่ต้องการศึกษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือสาธิตการพยาบาลบางอย่าง

4. ตึกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษายาบาลบรรลุเป้าหมายได้ดีบนหอผู้ป่วย จะต้องมีสภาพทางกายภาพ ได้แก่ อุปกรณ์และเครื่องใช้ซึ่งจำเป็นสำหรับการบริการอย่างเพียงพอ และพร้อมที่ใช้ได้ทุกเวลา จึงจะเกิดความคล่องตัวและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้มองเห็นแนวทางปฏิบัติซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎี จะเกิดความคิดในการจัดระบบความรู้ การนำไปใช้โดยเฉพาะขั้นตอนการเลือกทางปฏิบัติ ซึ่งต้องผ่านการวิเคราะห์ทางเลือกในด้านข้อจำกัดและแนวทางที่นำไปปฏิบัติ สิ่งที่ดีว่าเป็นหัวใจของการสอนในหอผู้ป่วย คือ การจัดการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วยโดยมุ่งให้นักศึกษาได้คิดค้น ริเริ่มดัดแปลงอุปกรณ์เท่าที่มีหรือเท่าที่จะหาได้ นำมาใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยมิใช่เพียงพอ (สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2525)

ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพทั่วไปของหอผู้ป่วย ได้แก่ สภาพ ขนาด และลักษณะของหอผู้ป่วย รวมถึงแสงสว่าง เสียง อากาศ จำนวนอุปกรณ์

เครื่องมือเครื่องใช้ และความสอดคล้องกับภาคทฤษฎีในการนำอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ไปปฏิบัติการพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวกการปฏิบัติงานและการเรียนรู้บนหอผู้ป่วยในเรื่อง สถานที่ หนังสือ ตำรา นวัตกรรม ที่นักผ่นและเก็บของ

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพ น่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

### สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคม

สภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคม แยกออกจากกันได้ยาก ในที่นี้จะกล่าวถึงความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ส่วนกลุ่มบุคคลที่ถือว่าเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พฤติกรรมการนิเทศของอาจารย์ บรรยาการกลุ่มเพื่อน และบรรยาการในการทำงานของทีมการพยาบาล

### ความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา

ความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา นักศึกษาพยาบาลจะได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เรียนในภาคทฤษฎี นอกจากจะได้รับความรู้ในเนื้อหาวิชาแล้ว นักศึกษาพยาบาลจะได้รับการฝึกทำการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักเทคนิคต่าง ๆ โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มรับผิดชอบดูแลและคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อเตรียมให้นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมที่จะขึ้นไปให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย เป็นการเสริมความรู้ให้มั่นคงมากขึ้น นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และฝึกภาคปฏิบัติขั้นสูงต่อ ๆ ไปได้ดียิ่งขึ้นด้วย

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ให้ความหมายความพร้อมว่า หมายถึงนักศึกษามีมโนภาพว่าตนเอง เริ่มต้นกระทำทักษะนั้น ๆ มีความสามารถทางสรีรวิทยาในการกระทำทักษะนั้นจนสำเร็จ ประกอบกับมีจิตใจที่พร้อมจะลงมือกระทำ

เชิษครี วิวิธสิริ (2527) กล่าวถึงความพร้อมว่า หมายถึง การเตรียมตัวเพื่อที่จะเจริญงอกงามหรือก้าวหน้าต่อไป หรือความพร้อมคือสถานที่ผู้เรียนมีภาวะสมบูรณ์ที่สุดทั้งทางกาย อารมณ์ สติปัญญา มีประสบการณ์เดิมที่เหมาะสม มีสภาพอารมณ์และการปรับตัวที่ตีเหมาะสมที่จะเรียนรู้ หรือทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528) ได้กล่าวถึง กฎแห่งความพร้อมของธอร์นไวด์ว่า ถ้าอินทรีย์เกิดความพร้อมแล้วได้กระทำย่อมเกิดความพึงพอใจ นำไปสู่การเรียนรู้ ในทาง

ตรงกันข้าม หากอินทรีย์เกิดความพร้อมแล้วไม่ได้กระทำ จะเกิดความไม่พึงพอใจ และยิ่งอินทรีย์ไม่พร้อม แล้วถูกบังคับให้กระทำ ยิ่งเกิดความไม่พอใจ ไม่นำไปสู่การเรียนรู้

กฎแห่งความพร้อมจึงกล่าวถึงสภาพความพร้อมของนักศึกษา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย หมายถึง ความพร้อมทางวุฒิภาวะและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และด้านจิตใจ หมายถึง ความพร้อมที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจเป็นสำคัญ ถ้าเกิดความพอใจ ย่อมนำไปสู่การเรียนรู้ ถ้าไม่พึงพอใจจะทำให้ไม่เกิดการเรียนรู้ หรือทำให้การเรียนรู้หยุดชะงักไป (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2528) นอกจากนี้จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) กล่าวถึงความพร้อมของนักศึกษา นอกจากด้านร่างกายและจิตใจหรืออารมณ์แล้ว ยังต้องมีความพร้อมในด้านสมองในเชิงความคิดเป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อนด้วย

ความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา จึงหมายถึงการที่นักศึกษามีมโนภาพว่าตนเองสามารถเริ่มต้นกระทำกิจกรรมได้สำเร็จโดยการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และความรู้สึกลดลงจนมีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วย โดยประกอบด้วยความพร้อมทางด้านสมอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อธิบายพอสังเขปได้ดังนี้

ความพร้อมด้านสมอง เป็นความพร้อมในเชิงความคิด ที่จะกระทำกิจกรรมทางทักษะบางอย่าง ความพร้อมทางสมองเป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อน และเกี่ยวข้องกับระดับความรู้และการจัดจำพวดย่อย ๆ การจำแนกที่ใช้การตัดสินตามความแตกต่าง เป็นตัวอย่างของความพร้อมทางสมอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) ตัวอย่างเช่นอาจารย์อาจจะใช้วิธีการบรรยายหรือใช้การศึกษาด้วยตนเอง ได้ฝึกคิดใช้สติปัญญา หรือ อาจารย์ต้องรีบตรวจและคืนรายงานให้นักศึกษาได้ทันเหมาะสมกับเวลา เพื่อนักศึกษาจะได้ตรวจสอบความถูกต้อง สิ่งที่ต้องแก้ไขโดยไม่สิ้นความสนใจไปเสียก่อน (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534) จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) กล่าวว่าเป็นการเสริมความพร้อมด้านอารมณ์ด้วย เพราะเมื่อจิตใจพร้อมสมองสั่งการให้ทำกิจกรรมตามที่ต้องการได้

ความพร้อมด้านร่างกาย หมายถึงความพร้อมเกี่ยวกับการปรับสภาพร่างกาย ซึ่งจำเป็นสำหรับการกระทำกิจกรรมทักษะบางอย่าง ความพร้อมทางร่างกายเกี่ยวข้องกับความพร้อมด้านเครื่องรับ นั่นคือ การรับความรู้สึก หรือการมุ่งไปยังความตั้งใจของประสาทสัมผัส และท่าทางที่จำเป็นหรือการจัดท่าทาง ตำแหน่งของร่างกาย อาทิ นักศึกษานพยาบาลจัดตำแหน่งมือและท่าทางเพื่อเตรียมเปลี่ยนขวดน้ำเกลือ จัดทำยีนหรือทำนั่งเพื่อนั่งคุยกับผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) นักศึกษานพยาบาลต้องได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ได้รับประทานอาหารเข้าก่อนเข้าปฏิบัติงาน ได้สวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า ได้แต่งกายสะอาดเรียบร้อย เพื่อสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข อาจารย์ควรได้ซักถามและสังเกตความสุขสบายทาง

ร่างกายของนักศึกษา เพื่อความพร้อมในการปฏิบัติงาน (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534)

ความพร้อมทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมในรูปของความรู้สึก ความพึงปรารถนาในการปฏิบัติกิจกรรมทางทักษะนั้น ๆ นั่นคือมีความตั้งใจตอบสนอง อาทิ รู้สึกต้องการเปลี่ยนขวดน้ำเกลือ มีความปรารถนาจะปลดปล่อยเด็ก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) อาจารย์ต้องมีความไวต่อปัญหาความพร้อมนี้ของนักศึกษา ไม่ว่านักศึกษากำลังเจ็บป่วย หรือมีความกังวลในเรื่องส่วนตัว ทำให้รบกวนการทำงานและสมาธิในการเรียน อาจารย์ต้องพยายามแก้ไขสาเหตุ กระตุ้นชี้แนะในทางที่ถูกต้องแก่นักศึกษาตลอดจนให้กำลังใจ (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534)

นักศึกษาพยาบาลที่มีความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ทั้งด้านสมอง ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ย่อมพร้อมที่จะรับรู้ในการเรียนรู้สิ่งแวดลอมใหม่ ๆ เต็มใจที่จะช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ซึ่งขั้นระบอบุญหามีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, ม.ป.ป.) เพราะขั้นตอนนี้จะนำไปสู่ขั้นตอนอื่น ๆ และผู้ที่มีความพร้อมจะมีความรู้สึกต่อปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่พร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ดังนั้น ความพร้อมในการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 น่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

#### พฤติกรรมการนิเทศของอาจารย์

การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติจริง ต่อชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนสิทธิ เสรีภาพและศีลธรรม จรรยาทางสังคมด้วย ดังนั้น ในการฝึกงานทางคลินิก สถานประกอบการศึกษาจะต้องเตรียมอาจารย์ที่จะเป็นผู้นิเทศนักศึกษาในคลินิก เพื่อให้การเรียนของนักศึกษาปลอดภัยต่อผู้ป่วย เกิดความรู้ ความเชื่อมั่นในตัวเอง และมีมารยาทที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2534)

การนิเทศ หมายถึง การช่วยเหลือ การแนะแนวทางหรือการดูแลหรือพิจารณาตามความหมายของคำ พบว่า Supervision มาจากคำว่า Super + Vision ซึ่งหมายถึง การมองจากเบื้องบน หรือการมองอย่างรู้รอบ (สมคิด รักษาสิทธิ์ และประนอม โอทกานนท์, 2525)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2535) ได้ให้ความหมายของการนิเทศที่บ่งชี้กิจกรรมการปฏิบัติได้ชัดเจน คือเป็นบริการที่มีลักษณะ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ปรับเปลี่ยนได้โดยยึดหลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในเชิงช่วยเหลือ แนะนำ สอน กระตุ้น ส่งเสริมร่วมปฏิบัติ จรรโลงใจ ให้ความเป็นอิสระเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ มีพัฒนาการ ความ



สามารถทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ด้านบทบาทหรือพฤติกรรมกรรมกรนิเทศ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2535) ได้กล่าวว่า อาจารย์พยาบาล ต้องมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเจริญงอกงามให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษามีความจำกัดทั้งเรื่องเวลา บุคลากร และอุปกรณ์การศึกษาและ ฝึกปฏิบัติ อาจารย์พยาบาลจึงต้องวิเคราะห์บทบาทของตน ดังนี้

1. เป็นครูในด้าน ช่วยเหลือ สอน ชี้แนะ ชี้นำ
2. เป็นแบบอย่าง คือ พร้อมทั้งจะแสดงให้เห็นตัวอย่าง และได้ปฏิบัติเป็นแบบอย่าง ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านวิชาการ และด้านวิชาชีพ

ไรลีย์และโอมันน์ (Reilly and Oermann, 1985) ได้เน้นว่าการเป็นแบบอย่าง เป็นกลวิธีการสอนให้นักศึกษาได้คิดและมีประสบการณ์ เพื่อประมวลไว้ในแต่ละบุคคล

3. เป็นผู้ให้ความกระจ่างในบทบาท กล่าวคือ ช่วยเหลือให้นักศึกษาได้เข้าใจอย่างแจ่มชัดในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล
4. เป็นผู้สร้างบรรยากาศในเชิงสร้างสรรค์ด้านวิชาการ วิชาชีพและด้านสังคม
5. เป็นผู้ดูแลด้านวินัยโดยเฉพาะวินัยในตนเป็นสิ่งสำคัญของวิชาชีพพยาบาล
6. เป็นผู้สื่อสาร ข้อมูลสำคัญต่าง ๆ ควรถ่ายทอดให้นักศึกษาได้ทราบอย่างทันเวลาและถูกต้อง
7. เป็นผู้เชื่อมโยงประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติการกับผู้บริหาร
8. เป็นผู้ตัดสินใจได้รวดเร็วมีเหตุผลและสอดคล้องกับสถานการณ์
9. เป็นเพื่อน กล่าวคือ การให้ความสนับสนุนนักศึกษามีพัฒนาการที่ดีทุก ๆ ด้าน ซึ่งอาจารย์ต้องทำหน้าที่เพื่อนได้
10. เป็นผู้สนองในลักษณะของการแสดงความมีส่วนร่วม สามารถทำงานร่วมกับนักศึกษาได้

โอเร็ม (Orem, 1980) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติสำหรับการนิเทศได้อย่างดี คือ การทำให้ การชี้แนะแนวทาง การสนับสนุนให้กำลังใจ การจัดสรรสิ่งแวดล้อม และการสอนขณะนิเทศ

ชเวียร์ (Schweer, 1976) ได้เสนอข้อคิดสำหรับอาจารย์พยาบาล ในการส่งเสริมความคิดริเริ่มของนักศึกษาไว้ 4 ขั้นตอนคือ ใจกว้าง จับจุดสำคัญ มีระบบระเบียบ และสรุปความ

ฮินคลิฟฟ์ (Hinchliff, 1986) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของอาจารย์นิเทศ ดังนี้

1. เป็นผู้มีทักษะและประสบการณ์ทางการพยาบาล ความสนใจที่จะพัฒนามาตรฐานในการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

2. สนใจที่จะช่วยเหลือนักศึกษาในการเรียน เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา

พยายาม

3. มีความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาล

4. มีทักษะในการสอนโดยเฉพาะการสอนรายบุคคล และการสอนรายกลุ่ม

5. สามารถสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนของนักศึกษา

6. ตื่นตัวในการสอนเมื่อมีสถานการณ์ที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของนักศึกษา

สมคิด รัชกาลัสย์และประนอม โอทกานนท์ (2525) ได้กล่าวถึงหน้าที่รับผิดชอบของอาจารย์ในเทศประจำตึกไว้ว่า อาจารย์จะต้องทำทุกวิถีทางที่จะช่วยให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ตามความต้องการของสถาบันและของนักศึกษาอย่างเต็มที่ ขณะฝึกปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย ช่วยและจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ได้นำความรู้ที่ได้ศึกษามาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ได้เรียนรู้แนวทางที่จะปรับปรุงแก้ไขส่วนที่ผิดหรือบกพร่องและช่วยได้เรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ นอกเหนือไปจากที่ได้เรียนในห้องเรียน กิจกรรมที่สำคัญของอาจารย์ในเทศประจำตึก มีดังต่อไปนี้ คือ

1. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับนักศึกษายามบาล ได้แก่การมอบหมายงาน มอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของนักศึกษายามบาล ซึ่งในเรื่องนี้จะทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้โดยตรงจากการลงมือปฏิบัติ ถือว่าเป็นประสบการณ์ตรง การเรียนด้วยวิธีนี้จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความคิดสามารถใช้ความคิดได้อย่างอิสระได้เรียนรู้เหตุผล รู้แนวทางปฏิบัติ รู้วิธีหรือแนวทางที่จะแก้ปัญหาทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้ และสามารถสรุปข้อคิดเห็นได้ ประสบการณ์ตรงนี้จะช่วยกระตุ้น หรือจูงใจ หรือทำท่ายความคิดความต้องการของนักศึกษาในอันที่จะศึกษา ใฝ่หาความรู้ทั้งในด้านที่เกี่ยวกับเทคนิควิธีปฏิบัติงาน ตลอดจนวิธีที่จะพัฒนาวิชาชีพเพิ่มเติมขึ้นต่อไปอีก

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้นักศึกษา อาจารย์ในเทศจะต้องพยายามใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในตึกผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ให้มากที่สุด งานของอาจารย์ในด้านนี้ จะเริ่มตั้งแต่การกำหนดจุดมุ่งหมายว่า ต้องการให้นักศึกษาได้เรียนรู้ได้พัฒนาทักษะและความสามารถในเรื่องใดโดยเฉพาะ จุดมุ่งหมายควรสอดคล้องกับความรู้ความสามารถพื้นฐานของนักศึกษา และลักษณะงานหรือประสบการณ์ที่หน่วยงานซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานแต่ละหน่วยจะให้เกิดแก่นักศึกษาได้ จุดมุ่งหมายที่อาจารย์กำหนดนั้นจะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องชี้ทิศทางของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการเลือกสรรกิจกรรม การเลือกผู้ป่วยที่จะมอบหมายให้นักศึกษาได้ศึกษาและให้การรักษายามบาล ตลอดจนการเลือกวิธีการที่ใช้ทดสอบว่า นักศึกษาได้รับประสบการณ์และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่มุ่งหวังหรือไม่ มีสิ่งใดที่ควรจะได้รับบททวนเนื้อหาทางแก้ไขปรับปรุงบ้าง

2. การนิเทศการฝึกปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วย ภายหลังที่ได้จัดประสบการณ์และมอบหมายงานให้นักศึกษาแล้ว อาจารย์นิเทศจะต้องติดตามให้คำแนะนำหรือชี้แนวทางต่าง ๆ อันจะเสริมให้การเรียนรู้ดำเนินไปได้และให้นักศึกษาเกิดทักษะทั้งในด้านการปฏิบัติและการใช้ความคิดได้อย่างเต็มที่ ตามลักษณะของการนิเทศ โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการนิเทศนั้นไม่ใช่เป็นการตรวจงานเมื่องานเสร็จสิ้นลง เพื่อหาจุดบกพร่อง แต่จะเป็นการช่วยนักศึกษาให้ได้เรียนรู้ ได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเต็มที่ และมีเหตุผล ช่วยให้นักศึกษามีพัฒนาการในทิศทางที่ต้องการ

นอกจากนี้ อาจารย์นิเทศควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น มีความเข้าใจนักศึกษา ละเว้นการกระทำที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดความกลัว ความตื่นเต้น หรือความเครียด หรือมีความกังวลเกินกว่าจำเป็น เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนการสอนในตึกผู้ป่วย อาจารย์และนักศึกษาควรจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ อาจารย์จำเป็นต้องใช้กลวิธีและศิลป์ที่จะช่วยนักศึกษาได้เรียนรู้ปัญหาของตน หาทางแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

3. การประเมินผลการปฏิบัติ อาจารย์และนักศึกษาคควรร่วมกันทำการประเมินผลโดยยึดเป้าหมายและหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ วิธีประเมินผลอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เช่น การสังเกต การสอบถาม การให้ทดลองทำ การบันทึกพฤติกรรม การบันทึกสังคมมิติ การตรวจสอบสิ่งที่ต้องปฏิบัติ การทดสอบหลังปฏิบัติงาน และการให้นักศึกษาเขียนประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ เช่น นักศึกษามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางใดบ้าง ได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติม สิ่งที่ยากจะเรียนรู้มีอะไรบ้าง สิ่งที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลงอย่างมีเหตุผล และสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการเรียนในตึกผู้ป่วยบ้าง เป็นต้น ในการประเมินพฤติกรรมควรจะสอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ในตึกผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในจุดมุ่งหมาย

4. การจัดการสอนในตึกผู้ป่วย การจัดการสอนลักษณะนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและขยายขอบเขตการเรียนรู้ ตลอดจนประสบการณ์ในขอบข่ายที่ต้องการ เป็นกิจกรรมที่จะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

พวงรัตน์ บุญนารักษ์ (2535) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนการนิเทศนั้นประกอบด้วย การวางแผน กิจกรรมการนิเทศและการสอน และการประเมินผล ดังรายละเอียดพอสังเขปต่อไปนี้

#### การวางแผน

การนิเทศ ไม่ได้เกิดขึ้นตามโอกาส การนิเทศเกิดขึ้นได้ตามแผน อาจารย์

พยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลเบื้องต้นคือหลักสูตร ชั้นปี รายวิชาที่ฝึกปฏิบัติ การเรียนภาคทฤษฎี การเรียนวิชาที่สนับสนุน ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ รายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งฝึกปฏิบัติทุกอย่าง จำนวนนักศึกษา จำนวนอาจารย์และอื่น ๆ แล้วจึงสร้างแผนการนิเทศปฏิบัติตามแผนและการประเมินแผนการนิเทศ

#### กิจกรรมการนิเทศและการสอน

อาจารย์พยาบาลมีกิจกรรมการปฏิบัติที่หลากหลาย ดังนี้

1. การมอบหมายงานและการประชุมนิเทศ อาจารย์พยาบาลต้องศึกษางานก่อนแล้วจึงประชุมนิเทศและมอบหมายงานให้นักศึกษา
2. การเยี่ยมตรวจนักศึกษาขณะปฏิบัติงาน อาจารย์พยาบาลต้องมีจุดมุ่งหมายและปฏิบัติในแนวทางสร้างสรรค์
3. การประชุมปรึกษา แบ่งย่อยเป็น 4 รูปแบบ คือ
  - 3.1 การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน
  - 3.2 การประชุมปรึกษาการพยาบาล
  - 3.3 การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหาและแนวคิด
  - 3.4 การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน
4. การสอน การสอนในคลินิกเป็นสิ่งสำคัญและมีแนวทางปฏิบัติโดยเฉพาะทั้งยังมีวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการสอนด้วยสถานการณ์จริง การสอนด้วยสถานการณ์จำลอง และการสอนด้วยการสาธิต

ชเวียร์ (Schweer, 1976) กล่าวถึง ลักษณะการสอนในคลินิกคือ

1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสอนอย่างชัดเจน ในเชิงพฤติกรรมทางการพยาบาล โดยการประยุกต์ความรู้พื้นฐานทางทฤษฎีมาใช้
2. การสอนจะต้องมีการสร้างสรรค์
3. กิจกรรมจะต้องมีการดำเนินอย่างเป็นขั้นตอน
4. การแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ บนคลินิก จะต้องทำโดยมองเห็นความสำคัญและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย
5. นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินผลการพยาบาลได้โดยอิสระ

เกียนเนลลา (Gianella, 1992) ได้อธิบายถึงกลยุทธ์การสอนเป็นสิ่งท้าทายสำหรับผู้เรียนที่ได้รับและเป็นกุญแจสำคัญต่อความเข้าใจและนำเนื้อหาไปใช้ อาจารย์ต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม อาจารย์ต้องเป็น



ผู้ที่เอื้อประโยชน์มากกว่าเป็นแค่ผู้บอกเนื้อหา นอกจากนี้ต้องให้แรงจูงใจแก่ผู้เรียน การใช้คำถามให้ผู้เรียนใช้ความคิดในการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติได้เหมาะสม

5. การแก้ไขปัญหา อาจารย์พยาบาลจะได้รับปัญหาอยู่เสมอในขณะที่ทำการนิเทศ จึงต้องมีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี และเกิดผลดีหรือส่งผลเชิงการเรี ยนรู้ให้กับนักศึกษา

6. การให้คำปรึกษา อาจารย์พยาบาลจะต้องให้ความช่วยเหลือแก่นักศึกษาทุก ๆ ด้าน เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรีรับฟังคำตอบของนักศึกษา

7. การร่วมงาน อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาจะต้องร่วมงานกัน เพื่อที่จะสร้างสรรค์ความเจริญงอกงามให้กับนักศึกษา

8. การสังเกต อาจารย์พยาบาลจะทำหน้าที่นิเทศได้ดีต้องมีทักษะในการสังเกต และสามารถนำข้อมูลจากการสังเกตได้อย่างเหมาะสม

#### การประเมินผล

การประเมินผลเป็นสิ่งที่อาจารย์พยาบาล จะต้องตระหนักถึงความสำคัญ และจะต้องมีทักษะ เพราะเป็นการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยด้วย อาจารย์พยาบาลต้องประเมิน โดยใช้วิธีการที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ รู้จุดประสงค์ของการประเมินผลมีทั้งการประเมินผลย่อยและประเมินผลรวม พร้อมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาอาจให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการประเมินจะเป็นผลดี เพื่อจะได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือมีพัฒนาการในการเรียนรู้ดีขึ้น

พฤติกรรมการนิเทศที่ดีของอาจารย์ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์แนวความคิดรวบยอดและทฤษฎี นำไปใช้ในสถานการณ์ทางคลินิกจากการสอนด้วยวิธีการตั้งสถานการณ์จำลองในการแก้ปัญหา หรือการประชุมปรึกษาจะร่วมกันอภิปรายตัวอย่างและร่วมกันตั้งปัญหา นอกจากนี้ยังเป็นตัวอย่างให้นักศึกษาพยาบาลได้แนวทางเลือกในการปฏิบัติไรเลย์ (Reilly, 1985) ได้อธิบายว่า อาจารย์พยาบาลจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลมีพัฒนาการในการแก้ปัญหาหรือการตัดสินใจเป็นไปตามลำดับขั้น ซึ่งชเวียร์ (Schweer, 1976) กล่าวว่า เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเน้นที่การแก้ปัญหา สามารถนำความรู้ต่าง ๆ ไปประยุกต์ในสถานการณ์ในคลินิกได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง

ดังนั้น พฤติกรรมการนิเทศของอาจารย์ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของอาจารย์พยาบาลต่อนักศึกษาพยาบาล ที่จะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ ในขณะที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ประกอบด้วยขั้นตอน การวางแผน กิจกรรมการนิเทศและการสอน ตั้งแต่การมอบหมายงาน การประชุมปรึกษา การสอน การอธิบาย การให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมถึงเป็นผู้สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นแบบอย่างที่ดี และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า พฤติกรรมการนิเทศของอาจารย์ น่าจะสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

### บรรยากาศกลุ่มเพื่อน

ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเพื่อนที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยเดียวกัน จากการศึกษาของวินด์เซอร์ (Windsor, 1987) สนับสนุนว่า ในการเรียนรู้ระหว่างประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษา พบว่า กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญเนื่องจากการเกื้อหนุนทางอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อนซึ่งจะสังเกตพฤติกรรมของกลุ่ม คือความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม จุดมุ่งหมายและทัศนคติของกลุ่ม ลักษณะดังกล่าวของกลุ่มมีผลต่อแรงจูงใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (พันทิพา อุทัยสุข, 2523) ดังต่อไปนี้

1. ธรรมชาติการทำงานของกลุ่ม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กันดี มีความร่วมมือและส่งเสริมซึ่งกันและกัน ถ้าไม่มีสิ่งเหล่านี้แรงจูงใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก็จะ เป็นไปทางลบ
2. ทัศนคติของกลุ่ม เช่น กลุ่มมีการกำหนดแบบแผนของงาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน ถ้ากำหนดไม่ได้ ผลงานจะน้อย สัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของสมาชิกก็จะต่ำไปด้วย
3. กลุ่มมีการทำงานเป็นระบบ ถ้ากลุ่มไม่มีระบบการทำงานที่ดี สมาชิกกลุ่มจะต้องปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น และหากสมาชิกมีปัญหา แรงจูงใจต่อการทำงานก็ลดน้อยลง
4. การรวมกันของกลุ่ม ถ้ากลุ่มไม่ยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในแง่ต่าง ๆ ทางสังคม สมาชิกจะมีแรงจูงใจในการทำงานน้อย
5. ความคับข้องใจในกลุ่ม การมีข้อจำกัดมากเกินไป การไม่เป็นที่พึงพอใจเหล่านี้ เมื่อเกิดเป็นความคับข้องใจแล้วก็จะมียผลปฏิกริยาอื่น ๆ ทำให้ความสนใจในการ

เรียนลดลง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก็ลดลง

ความคับข้องใจของนักศึกษาอาจสืบเนื่องมาจากความกดดันในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ในด้านความเข้มงวดกดดันเกินไป หรือการเรียกร้องเกินกว่าเหตุ เมื่อแต่ละคนเกิดความคับข้องใจแล้วก็จะ เป็นผลให้กลุ่มเกิดความรู้สึกคับข้องใจด้วย การที่กลุ่มมีความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้กลุ่มต้องเสียเวลาและแรงงาน เพื่อแก้ปัญหาความกดดันอันสืบเนื่องมาจากความคับข้องใจ และเมื่อเป็นเช่นนี้การงานทั้งหลายก็หยุดชะงัก

6. ความขัดแย้งและผลของความขัดแย้งที่มีต่อความสำเร็จของงาน กลุ่มที่มีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง ประสิทธิภาพของการทำงานจะต่ำ ความสัมพันธ์ในกลุ่มก็คลอนแคลน การสื่อความหมายจะขาดหายไป ซึ่งจะกระทบกระเทือนถึงกิจกรรมต่าง ๆ ของนักศึกษาได้ ความขัดแย้งในระยะสั้น ๆ อาจมีประโยชน์ ซึ่งการขัดแย้งนั้นนำไปสู่กระบวนการตกลงกัน เปิดโอกาสให้มีการสื่อความหมาย เมื่อจัดการขัดแย้งได้แล้ว จะเกิดความเข้าใจร่วมกัน ช่วยกันแก้ปัญหาและเกิดความกลมเกลียวกัน

7. ช่วยและกำลังใจของกลุ่ม หากช่วยและกำลังใจของกลุ่มดี สมาชิกช่วยกันทำงาน ช่วยกันแก้ปัญหา แรงจูงใจและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะดีไปด้วย

จะเห็นได้ว่า กลุ่มมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง กรองแก้ว อยู่สุข (2533) ได้อธิบายในเรื่องการตัดสินใจด้วยกลุ่ม จะมีน้ำหนักเป็นที่เชื่อถือและยอมรับแก่บุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง เนื่องจากการตัดสินใจด้วยกลุ่มเป็นการผสมผสานความคิดของหลายคนมารวมกัน ปราศจากอคติของบุคคล นอกจากนี้กลุ่มยังเป็นเครื่องมือช่วยแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเทียบกับการแก้ปัญหาโดยบุคคลคนเดียว เพราะกลุ่มสามารถหาข้อมูลได้มากกว่า มีประสบการณ์และความสามารถในการหาวิธีแก้ปัญหาหรือคำแนะนำต่าง ๆ อย่างหลากหลายให้เลือก และยังมี การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงถกเถียง อภิปรายกันเพื่อให้ได้วิธีการที่ถูกต้องและดีที่สุดอย่างมีเหตุผล กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการระดมพลังสมองความคิดเห็นต่าง ๆ

การพัฒนาประสิทธิภาพของกลุ่มในสถานศึกษาเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะมีแนวโน้มที่จะทำให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจ และช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มที่มีประสิทธิภาพมักจะมีลักษณะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เชื่อใจและไว้ใจกัน อาจารย์จะต้องคอยสร้างบรรยากาศที่น่าสบายใจ และให้กำลังใจในการทำงานของกลุ่ม สนับสนุนให้นักศึกษาช่วยกันทำงานที่ไม่ใช่แข่งขันกัน แต่เปิดโอกาสให้มีการวางแผนร่วมกัน สมาชิกยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล กลุ่มมีเป้าหมายชัดเจนและคล้อยตามปทัสฐานของสถานศึกษา เมื่อมีการกระทำผิดพลาด จะไม่ใช้การตำหนิ

ติเตียนหรือลงโทษกัน แต่จะช่วยกันแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในด้านการศึกษาข้อมูล ถ้าเป็นปัญหาทางการพยาบาลกลุ่มจะมีความพึงพอใจในการดูแล ความรู้สึกสบายใจเมื่อสามารถแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้ (Hughes, 1993) มีการสื่อสารภายในกลุ่มดีและช่วยกันปรับปรุงให้ผลงานของกลุ่มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พันทิพา อุทันทสุข, 2523)

จากที่กล่าวมานี้ พอสรุปได้ว่า บรรยากาศกลุ่มเพื่อน หมายถึงลักษณะภายในกลุ่มเพื่อนนักศึกษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ที่ดี ได้แก่ การเกื้อหนุนทางอารมณ์และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม แสดงออกในรูปของความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ การพูดคุยซักถาม การปลอบใจและให้กำลังใจ การช่วยเหลือกัน การชี้แนะประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว การร่วมกันศึกษาข้อมูลต่าง ๆ การร่วมกันแสดงความคิดเห็นและการยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล

ดังนั้น จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า บรรยากาศกลุ่มเพื่อน น่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

#### บรรยากาศในการทำงานของทีมการพยาบาล

ทีมการพยาบาล หมายถึง เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ ที่ปฏิบัติกรบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

จากการศึกษาของคาสเทลโล (Castello, 1989) พบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในภาคปฏิบัติและมีทักษะทางการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนักศึกษารุ่นพี่และอาจารย์พยาบาลแล้ว ยังมีพยาบาลประจำการที่มีส่วนช่วยให้นักศึกษาประสบผลสำเร็จในการฝึกปฏิบัติการ สอดคล้องกับความคิดของ เคลเลอร์ (1971 อ้างถึงในฟาริดา อิบราฮิม, 2525) ที่ต้องการเน้นบทบาทสำคัญของพยาบาล ที่จะช่วยให้บริการพยาบาลถึงมือผู้ป่วย ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหา และต้องสอนวิธีการแก้ปัญหา ในการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่นักศึกษา ช่วยเป็นแบบพิมพ์สำหรับนักศึกษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับสุธรรมณัฐ สุธรรมนรินทร์ (2530) พบว่า พยาบาลประจำการและนักศึกษามีความคาดหวังในด้านปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกเทคนิค เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาในระดับมากที่สุด พยาบาลทุกคนต้องมีความเชื่อมั่นในการแนะนำนักศึกษา และมีส่วนช่วยทำให้บรรยากาศในหอผู้ป่วยมีความเป็นกันเอง และมองเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่น่าสนใจศึกษาอย่างยิ่ง มีความภาคภูมิใจ มีเกียรติยศและศักดิ์ศรี และมีความผูกพันกับวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่า บรรยากาศในการทำงานของทีมการพยาบาลที่ดีจะทำให้ นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนักศึกษาพยาบาลจะได้เรียนรู้ลักษณะงานต่าง ๆ บนคลินิกแล้ว ยังมีโอกาสพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ ภายใต้การแนะนำของ



พยาบาลประจำการ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน การตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง การปรับตัวในการฝึกปฏิบัติ การนำประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมาประมวลเป็นแนวความคิดของตน ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปได้ว่า บรรยากาศในการทำงานของทีมการพยาบาล หมายถึง ลักษณะการทำงานของพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือ การชี้แนะ การสอนวิธีการแก้ปัญหา การช่วยสร้างบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้มีความเป็นกันเอง และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า บรรยากาศในการทำงานของทีมการพยาบาล น่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน อัจฉริยะ สภาวะแวดล้อมทางคลินิก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อนทั้งในประเทศและต่างประเทศแต่ก็มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบ้าง เช่น

การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการแก้ปัญหากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีผู้ศึกษาดังนี้ วิมล ตันสกุล (2527) ศึกษาความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของจากรุวรรณสิงห์ม่วง (2528) ซึ่งศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่า คะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาคณิตศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เวนค์ (Wenk, 1981) ได้นำแบบทดสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสถานการณ์จำลองปัญหาการให้การพยาบาล สำหรับใช้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์กระบวนการแก้ปัญหาและประเมินความสามารถในการแก้ปัญหามาตรการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถวิเคราะห์ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ นักศึกษาใช้แบบการคิดเหตุผลนิรนัยวิเคราะห์ปัญหาด้านจิตสังคม และใช้การคิดอย่างไม่มีหลักการในการแก้ปัญหา เมื่อเปรียบเทียบผลการฝึกปฏิบัติทางคลินิกกับคะแนนการตอบแบบทดสอบนี้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อกัน

นอกจากนี้ การศึกษาทางการพยาบาลมักจะพบในประเด็นของการวินิจฉัย การพยาบาล ดังนี้ การศึกษาของลัดดา เชียงเห็น (2529) วิเคราะห์ความสามารถในการใช้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สมบูรณ์ได้ 0.67 ใน 9 ข้อ และส่วนใหญ่ใช้การคิดแบบไม่มีหลักการในการวินิจฉัยการพยาบาล และส่วนน้อยใช้การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ

การศึกษาของลำยอง รัศมีมาลา (2533) ศึกษาเช่นเดียวกับลัดดา เชียงเห็น ทำการวิเคราะห์ความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลทารกแรกเกิดของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 153 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถรวบรวมข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการพยาบาลในระดับต่ำ ซึ่งจะแตกต่างจากลัดดา เชียงเห็น แต่ให้ผลสอดคล้องกันในด้านแบบการคิด คือ ส่วนใหญ่มีแบบการคิดไม่มีหลักการ และส่วนน้อยมีแบบการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อັตมโนทัศน์กับความสามารถในการตัดสินใจ จินตนา จันทร์โคตร (2530) ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าตึก ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โดยใช้แบบวัดอັตมโนทัศน์ ลักษณะแบบวัดแนวอสุกูด พบว่า อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการตัดสินใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอັตมโนทัศน์กับด้านมนุษยสัมพันธ์ สุดาพร สงวนวงษ์ (2534) ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้แบบวัดอັตมโนทัศน์ลักษณะแบบวัดแนวอสุกูด พบว่าอັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การศึกษาเกี่ยวกับอັตมโนทัศน์ ในด้านการปรับตัว ไพจิตร ผักเจริญผล (2523) ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1 จำนวน 233 คน โดยใช้แบบวัดอັตมโนทัศน์ ลักษณะแบบวัดแนวอสุกูด พบว่า อັตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ นักเรียนที่มีการปรับตัวดีมีอັตมโนทัศน์สูงกว่านักเรียนที่มีการปรับตัวไม่ดี นอกจากนี้ศึกษาพบว่าอັตมโนทัศน์ไม่มีความสัมพันธ์กับสติปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกสส์ (Burgess, 1980) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอັตมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล กับการศึกษาภาคปฏิบัติ และปัจจัยอื่น ๆ โดยใช้แบบวัดอັตมโนทัศน์ เทนเนสซีของพิทส์ ผลการศึกษาพบว่าอັตมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการศึกษาภาคปฏิบัติ และเกรดเฉลี่ยผลการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวานิดา เสนะสุทธิพันธุ์ และพรศรี ศรีอัฐภาพร, 2535) ให้ผลเช่นเดียวกัน คือเกรดเฉลี่ย

ผลการเรียนต่างกันของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีคะแนนอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนโอลสัน เกรสเลย์และฮีเตอร์ (Olson, Gresley and Heater, 1984) ศึกษา ผลของการฝึกภาคปฏิบัติต่ออัตมโนทัศน์และการเรียนรู้บทบาทวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลปริญาตรี โดยใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์เทเนลส์ของพิตส์ พบว่าอัตมโนทัศน์ไม่มีความแตกต่างกับการเรียนรู้บทบาทวิชาชีพ แต่การศึกษาของฮักซ์ (Hughes, 1991) ศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติแบบสังเคราะห์ต่ออัตมโนทัศน์และการรับรู้บทบาทของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้าย โดยใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์เทเนลส์ของพิตส์ พบว่าอัตมโนทัศน์ของนักศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 และการรับรู้บทบาทมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม มีผู้ศึกษาดังนี้

ผ่องศรี เกียรติเลิศณา (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อิทธิพลของสภาพแวดล้อมคัดสรรในคลินิก กับความคิดเห็นต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อสภาพแวดล้อมโดยส่วนรวมต่อกลุ่มเพื่อน ต่ออาจารย์พยาบาล ต่อพยาบาลประจำการ มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประอรุณฯ ตุลยาทร (2526) ศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ในทัศนะของอาจารย์และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จำนวนอาจารย์พยาบาล 214 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวน 588 คน รวมทั้งสิ้น 772 คน พบว่า อาจารย์และนักศึกษายกทัศนะต่อสภาพแวดล้อมทางการศึกษาภาคปฏิบัติที่เป็นจริงของนักศึกษาพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ และทองสุก อรจันทร์ (2533) ได้ศึกษาความพร้อมในการศึกษาภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2532 จำนวน 127 คน พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความพร้อมทั้ง 3 ด้าน คือด้านสมอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบแต่ละด้านในระยะก่อนและหลังการเรียน และการฝึกปฏิบัติ พบว่า ความพร้อมด้านสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และความพร้อมด้านร่างกายมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนความพร้อมด้านจิตใจไม่มีความแตกต่างและความพร้อมทั้งสามด้านนี้ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

การศึกษาของครสวาท ชัยดรณ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์และนักศึกษา กับประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน จำนวน 460 คน พบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกคือ การเป็นแบบอย่าง การทำกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยตรง การแสดงออกอย่างอบอุ่นและเอื้ออาทร ซึ่งร่วมกันพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้ร้อยละ 32.60 ( $R^2 = .3260$ )

วินด์เซอร์ (Windsor, 1987) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในประสบการณ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มเพื่อนเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้ระหว่างประสบการณ์ทางคลินิก และกลุ่มเพื่อนยังเป็นแหล่งเบื้องต้นของการเกื้อหนุนทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของฮักซ์ (Hughes, 1993) เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กลุ่มเพื่อนและบรรยากาศการดูแลที่นักศึกษาได้รับ พบว่ากลุ่มเพื่อนมี 4 รูปแบบของการช่วยเหลือ คือความตั้งใจที่จะช่วยความไวต่อความรู้สึก การรายงาน และการเกื้อหนุน โดยการมีส่วนร่วมในข้อมูล ความพึงพอใจในการดูแลและความรู้สึกสบายใจเมื่อสามารถแก้ปัญหาของบุคคลได้ และสอดคล้องกับกาญจนา จันทร์ไทย (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 343 คน พบว่า การรับรู้ติดต่อสื่อสารภายในห้องผ่าตัดและการรับรู้บรรยากาศเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนลและคณะ (Nelms and Others, 1993) ศึกษาเกี่ยวกับการเป็นแบบอย่างเพื่อใช้เป็นแนวการสอนการดูแลแก่นักศึกษาพยาบาลโดยศึกษาจากเทปโทรทัศน์ พบว่านักศึกษาพยาบาลสามารถทำในสิ่งที่เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลจากแบบอย่างของอาจารย์ และทีมพยาบาลได้ตามจุดที่สนใจ การวิจัยนี้ยังให้เหตุผลที่น่าสนใจมากมายทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ตั้งใจ ได้แก่ การทราบปัจจัยที่นักศึกษาพยาบาลไม่เต็มใจ ต่อประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีที่ไม่เป็นการดูแล คือการขาดความปลอดภัยในสภาพแวดล้อม หรือการไม่สามารถแยกประสบการณ์ที่ไม่ใช่การดูแลออกได้ ปัจจัยที่จำเป็นต่อการดูแลคือปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ การดำรงไว้ซึ่งชีวิตซึ่งเป็นปัญหาที่จำเป็นสำหรับนักศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศแก่นักศึกษาพยาบาล มีผู้ศึกษาดังนี้

สุวรรณา สุธรรมรินทร์ (2530) ศึกษาการเปรียบเทียบกับความคาดหวังและการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศนักศึกษาพยาบาลของพยาบาลประจำการ ตามการรับรู้ของตนเองและนักศึกษาพยาบาล พบว่าพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลมีความ



คาดหวังในระดับมากที่สุด คือปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกเทคนิค เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษา และวงจันทร์ เพชรนิเชฐเชียรและคณะ (2536) ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลประจำการและนักศึกษาต้องการขึ้นฝึกปฏิบัติงานเวรป่วย-ดึกของนักศึกษานพยาบาล ภายใต้การนิเทศของพยาบาลประจำการ พบว่า พยาบาลประจำการมีความคิดเห็นต่อตนเอง ในบทบาทของการ เป็นผู้นิเทศในทางบวก แต่มีความรู้สึกเครียดที่ต้องนิเทศนักศึกษานพยาบาล และมีความคิดเห็นต่อนักศึกษาในทางบวกเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยแบ่งเบาภาระงาน และการที่นักศึกษามีโอกาสทำงานผิดพลาด สำหรับนักศึกษานพยาบาล มีความคิดเห็นต่อตนเองในทางบวกทุกเรื่อง ยกเว้นความคิดเห็นเรื่องโอกาสทำงานผิดพลาด และรู้สึกกลัวและ ไม่มั่นใจขณะฝึกปฏิบัติงานเวรป่วย-ดึก ส่วนความคิดเห็นต่อพยาบาลประจำการ นักศึกษานพยาบาลแสดงความคิดเห็นในทางบวกทุกข้อ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาของพยาบาลประจำการ ได้แก่ ภาระงานและเวลาที่ต้องใช้เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านบุคลิกภาพ ความร่วมมือที่ให้กับนักศึกษานพยาบาล ความคาดหวังในตัวนักศึกษานพยาบาล และบุคลิกภาพ และปัญหาของนักศึกษานพยาบาล พบว่า มีปัญหาเรื่องนักศึกษานขาดความรู้ ทักษะทางการพยาบาล การทำงานผิดพลาด การมอบหมายงานไม่เหมาะสม สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาและพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และการปรับตัวต่อการอยู่เวร

การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของนักศึกษานพยาบาล ไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน แต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลประจำการ ดังนี้

วันเพ็ญ เลิศมงคลนาม (2529) ศึกษาการตัดสินใจสั่งการในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 15 แห่ง รวม 200 คน พบว่า ระดับความสามารถในการตัดสินใจสั่งการในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) มีความสามารถในการตัดสินใจสั่งการ ในระดับปานกลาง

หฤทยา ปรีชาสุข (2531) ศึกษาบทบาทและปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการตัดสินใจ การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารข้อมูลตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ จำนวน 629 คน พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกด้าน สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด พยาบาลประจำการมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และบทบาทที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับ "ปฏิบัติน้อย" คือบทบาทด้านการริเริ่มสร้างสรรค์ บทบาทที่มีความสำคัญตามการรับรู้เป็นอันดับที่ 1 คือ บทบาทหัวหน้า และปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับที่ 1 คือ การขาดความรู้และทักษะ

### ด้านการบริหารงาน

รุจิรา อินทรตุล (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการตัดสินใจกับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 194 คน พบว่าระดับความสามารถในการตัดสินใจของผู้บริหารการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการตัดสินใจกับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของผู้บริหารการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ ประยูรวงษ์ (2533) ศึกษาการวิเคราะห์ความสามารถในการตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 152 คน พบว่าระดับความสามารถในการตัดสินใจในชั้นระดับปัญหาของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ระดับความสามารถในการตัดสินใจในชั้นวิเคราะห์ข้อมูลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความสามารถในการตัดสินใจในชั้นวิเคราะห์ทางเลือกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้แบบคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาอยู่ 2 แบบ ได้แก่ การคิดแบบไม่มีหลักการ และการคิดแบบพิจารณาอย่างรอบคอบ

สรุปกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

