

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการสอนการพยาบาลผู้คลอดโดยใช้กรณีศึกษา สำหรับนักศึกษา
พยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระ
สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดในทุกกระยะของการคลอด
 - 1.1 การดูแลมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด
 - 1.2 การดูแลมารดาในระยะที่สองของการคลอด
 - 1.3 การดูแลมารดาในระยะที่สามของการคลอด
 - 1.4 การดูแลมารดาในระยะที่สี่ของการคลอด
2. คุณภาพของการดูแล
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
 - 2.2 คุณภาพของการดูแล
 - 2.3 มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.4 การประเมินคุณภาพการดูแล
 - 2.5 การสร้างแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลและการทดลองใช้
 - 2.6 ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้คลอด
 - 2.7 การปฏิบัติการดูแลผู้คลอด
 - 2.8 ประสิทธิภาพการคลอดของผู้คลอด
3. การสอนในคลินิก
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในคลินิก
 - 3.2 จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ
 - 3.3 การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ของ
วิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข หลักสูตรประกาศนียบัตร
พยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2538
 - 3.4 การจัดการเรียนการสอนในคลินิกวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
 - 3.5 วัตถุประสงค์ภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
 - 3.6 วิธีการสอนที่ใช้ในการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ในคลินิก

4. การสอนโดยใช้กรณีศึกษา
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา
 - 4.2 รูปแบบและประเภทของกรณีศึกษา
 - 4.3 ประโยชน์ของกรณีศึกษา
 - 4.4 การนำเสนอกรณีศึกษา
 - 4.5 การสร้างกรณีศึกษา
 - 4.6 การใช้กรณีศึกษาในการสอน
 - 4.7 ข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการสอน
 - 4.8 รูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดในทุกๆระยะของการคลอด

กระบวนการคลอดเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ แต่ในทัศนะของผู้ที่กำลังจะเป็นบิดามารดา โดยเฉพาะตัวผู้เป็นมารดานั้นถือว่าการคลอดเป็นระยะที่น่ากลัว ผู้ที่มีบทบาทต่อมารดาในระยะคลอด ก็คือ พยาบาล ช่วงระยะเวลาการคลอดเป็นระยะที่สำคัญซึ่งมารดาได้มอบความไว้วางใจให้แก่พยาบาล

สุกัญญา ปริสัณญกุล (ม.ป.ป. : 59) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลมารดาในระยะคลอดจะมีประสิทธิภาพและสมบูรณ์ พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงสรีรวิทยาในระหว่างการคลอด พฤติกรรมที่มารดาแสดงออก ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจถึงภาวะจิต-สังคมของมารดาในระยะคลอดด้วยเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้คลอดได้อย่างมีคุณภาพ และมีความมั่นใจในการดูแลในท้ายที่สุด ซึ่งจะเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติของตนเอง

Shapiro P.J. (1995 : 6) ได้กล่าวไว้ว่าพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะคลอดควรมีความเข้าใจในสรีรวิทยาในการตั้งครรภ์และเกี่ยวกับการคลอด รู้หลักและตระหนักในการดูแลในระหว่างการคลอดและตระหนักในอาการแสดงของความผิดปกติ

Dickason E.J. Silverman B.L. and Schult M.O. (1994 : 13) กล่าวไว้ว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้คลอดควรมีความรู้ ความเข้าใจในสรีรวิทยาในระหว่างการคลอดและรู้วิธีการให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระยะต่างๆ

สรุป การดูแลผู้คลอดในระยะคลอดนั้นพยาบาลควรเป็นผู้ที่ความรู้ความเข้าใจในสตรีวิทยาในระหว่างการคลอด นอกจากนี้ยังต้องเข้าใจในภาวะจิตสังคม และให้การดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการคลอดในระยะต่างๆ ได้ดีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

1.1 การดูแลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอด

ระยะที่หนึ่งของการคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง (สุกัญญา ปริสัทัญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์, ม.ป.ป. : 69 ; พิริยา ศุภศรี, 2535 : 47 ; Thompson E.D., 1995 : 132-134 ; May K.A. and Mahlmeister L.R., 1994 : 456 ; Adele P., 1995 : 56 ; Mattson S. and Smith J.E., 1993 : 258) ซึ่งระยะที่หนึ่งของการคลอดนั้นมารดาจะต้องอยู่ในระยะนี้นานกว่าระยะอื่นและต้องทนต่อความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีบทบาทต่อผู้คลอดในระยะนี้ก็คือ พยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้คลอดในระยะนี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

สุกัญญา ปริสัทัญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์ (ม.ป.ป. : 69-118) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดแบ่งเป็น 3 ด้าน คือมารดา ทารก และการดำเนินการคลอด

1. การดูแลด้านมารดา พยาบาลต้องดูแลเกี่ยวกับ

1.1 สภาวะโดยทั่วไปของมารดา โดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

1.2 ทำนอน ในระยะแรกๆ ปากมดลูกยังเปิดไม่มาก ก็ไม่ควรจำกัดว่าต้องยืน เดิน หรือนอน หากมารดาลุกขึ้นยืนหรือเดินได้ก็ควรให้ทำ แต่ถ้าในรายที่ปากมดลูกเปิดมาก ผู้คลอดเจ็บครรภ์มากให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น

1.3 ความสุขสบายต่างๆไป พยาบาลต้องดูแลความสะอาดส่วนตัวให้แก่ผู้คลอด

1.4 อาหาร ในระยะปากมดลูกเปิดช้า อาจให้น้ำและอาหารได้ แต่เมื่อมารดาเข้าสู่ปากมดลูกเปิดเร็ว ควรงดน้ำงดอาหารทางปากเพราะผู้คลอดอาจมีความผิดปกติซึ่งอาจต้องคลอดโดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการและต้องดมยาสลบ

1.5 ภาวะปัสสาวะ ควรดูแลให้ภาวะปัสสาวะว่างทุก 2 ชั่วโมง

1.6 การผ่อนคลายความเจ็บปวด โดยให้กำลังใจ ปลอดภัย อธิบายถึงการดำเนินการคลอดว่าอยู่ในระยะใดในระยะที่มดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดจะเจ็บปวดแนะนำ

ให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวด หากมีอาการปวดหลัง ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย พยายามเป็นวงดเล็ก ๆ ที่บริเวณกระเบนเหน็บหรือแนวคบริเวณขา ถ้าผู้คลอดมีความเจ็บปวดมาก ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดแพทย์อาจให้ยาแก้ปวด พยายามต้องเตรียมยาและให้ยาถูกต้องตามแผนการรักษาตลอดจนสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

2. การดูแลด้านทารก

2.1 ฟังเสียงหัวใจทารกในระยะปากมดลูกเปิด ควรฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15-30 นาที

2.2 ติดตามอาการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

3. การดูแลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

3.1 สังเกตการหดตัวของมดลูก โดยการคลำมดลูกบริเวณยอดมดลูก

3.2 สังเกตการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ โดยการสังเกตตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกจะเคลื่อนต่ำลงมาและเบนเข้าแนวกึ่งกลางลำตัว

3.3 ตรวจทางช่องคลอด เพื่อดูการเปิดของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

Shapiro P.J. (1995 : 190-204) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดแบ่งเป็น การดูแลผู้คลอดเมื่อแรกรับ และการดูแลผู้คลอดในขณะรอคลอด

1. การดูแลผู้คลอดเมื่อแรกรับ

1.1 ให้ความสนใจทักทายผู้คลอดด้วยท่าทางที่เป็นมิตร

1.2 ชักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น เริ่มมีอาการมดลูกหดตัวเมื่อไร เกิดนานเท่าไร มีมูกหรือเลือดออกทางช่องคลอดหรือไม่ มีน้ำเดินหรือไม่ ประวัติการตั้งครรภ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์

1.3 ตรวจร่างกายในระบบต่างๆ เช่น สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก การตรวจทางหน้าท้อง ฟังเสียงหัวใจทารก การตรวจภายใน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.4 เตรียมผู้คลอดเพื่อการคลอด โดยการทำความสะอาดและโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สวนอุจจาระ

2. การดูแลผู้คลอดในขณะรอคลอด

2.1 ดูแลความสะอาดสบาย เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าผู้คลอดจะผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้อย่างดี

2.2 ดูแลตรวจการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ

2.3 ตรวจวัดสัญญาณชีพ

2.4 ฟังเสียงหัวใจทารก

2.5 ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ควรให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 3-4

ชั่วโมง

2.6 ช่วยให้ผู้คลอดได้ผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น เทคนิคการหายใจ เบี่ยงเบนความสนใจ

Dickason E.J. et al (1994) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้คลอดในระยะแรกอยู่ที่โรงพยาบาล พยาบาลควรมีการประเมินอย่างรีบเร่งเพื่อค้นหาปัญหาและให้การดูแลให้ทันที่ทั้งที่โดยซีกประวัติและตรวจร่างกายเกี่ยวกับการเริ่มต้นของการคลอด การหดตัวของมดลูก สภาพถุงน้ำคร่ำ สัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ การเต้นของหัวใจทารก เตรียมคลอด ส่วนการดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า และปากมดลูกเปิดเร็ว

1. การดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า

การดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า เริ่มต้นตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนกระทั่งปากมดลูกเปิดได้ 3 ซม. พยาบาลควรกระทำดังนี้

1.1 ดูแลเรื่องสัญญาณชีพ ในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ควรวัดทุก 4

ชั่วโมง

1.2 ดูแลเรื่องกระเพาะปัสสาวะ ควรมีการตรวจสอบว่าปัสสาวะเต็มหรือไม่ ดูแลให้ปัสสาวะทิ้ง แต่ถ้าปัสสาวะเองไม่ได้ให้ทำการสวนปัสสาวะให้

1.3 ดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อนและน้ำอย่างเพียงพอ

1.4 ดูแลความสะอาดและความสุขสบายให้แก่ผู้คลอด

1.5 ส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้กลไกต่างๆ ในการควบคุมความเจ็บปวด

2. การดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

การดูแลผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เริ่มต้นตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 ซม.จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด พยาบาลควรกระทำดังนี้

2.1 ประเมินสภาวะของผู้คลอดและความก้าวหน้าของระยะการคลอด และให้การช่วยเหลือ

2.2 ประเมินการตอบสนองของทารกทุก 10 นาที

2.3 สังเกตอาการขาดออกซิเจนของทารก

2.4 ดูแลความสะอาดและความสุขสบายแก่ผู้คลอด

2.5 สนับสนุนให้สามีช่วยเหลือผู้คลอดในการเผชิญความเจ็บปวด

DiDona N.A. and Marks M.G. (1996 : 197-201) ได้สรุปสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดไว้ว่า

1. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกและสัญญาณชีพของผู้คลอด
2. ดูแลความสะอาดและความสุขสบายแก่ผู้คลอด
3. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ
4. สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย

Mattson S. and Smith J.E. (1993 : 258) ได้สรุปสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดไว้ว่า พยาบาลควรต้องดูแลในเรื่องต่อไปนี้

1. ตรวจดูความก้าวหน้าของการคลอด โดยตรวจภายใน ตรวจการหดตัวของมดลูก
2. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง
3. ให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การขอความช่วยเหลือ ตั้งใจฟังผู้คลอดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
5. ให้พักผ่อน
6. ใช้เทคนิคการหายใจช่วยลดความเจ็บปวด ตลอดจนการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
7. ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้คลอด

Bobak I.M. (1993 : 14-17) ได้สรุปการประเมินในระยะที่หนึ่งของการคลอดไว้ดังนี้

1. เมื่อผู้คลอดมาถึงหน่วยรับใหม่ ชักประวัติเกี่ยวกับอาการที่นำมาโรงพยาบาล การตั้งครรภ์ครั้งนี้และในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยของครอบครัว โรคทางพันธุกรรม
2. ตรวจร่างกายทุกระบบ ตรวจครรภ์ อาการบวม การหดตัวของมดลูก
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ประเมินสภาพของทารกในครรภ์โดยฟังเสียงหัวใจทารก

5. เมื่ออยู่ในห้องรอกคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยดูจากการหดตัวของมดลูก การตรวจภายใน
6. ประเมินสภาพของถุงน้ำคร่ำ
7. ประเมินสภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม
8. ประเมินภาวะแทรกซ้อน
9. ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น เตรียมตัวเพื่อคลอด ปฏิบัติการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้คลอด
10. ประเมินสัญญาณชีพ
11. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด โดยในครรภ์แรกจะย้ายเข้าเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ในครรภ์หลังจะย้ายเข้าเมื่อปากมดลูกเปิดได้ 8-9 ซม.

สรุป ระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นระยะที่ใช้เวลานานกว่าระยะอื่นของการคลอด ผู้คลอดต้องปรับตัวในการเผชิญภาวะเครียด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การช่วยให้มารดาปรับตัวได้อย่างปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการคลอด การดูแลมารดาในระยะนี้แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ มารดา ทารก และการดำเนินการคลอด

การดูแลด้านมารดา การดูแลทางด้านร่างกายของมารดา พยาบาลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับ

1. สภาวะโดยทั่วไปของมารดา โดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น หากพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที
2. ความสุขสบายทั่ว ๆ ไป พยาบาลต้องดูแลความสะอาดส่วนตัวให้แก่มารดา จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี ดูแลความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ หากมีมูกเลือดหรือมีถุงน้ำแตก ต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ในรายถุงน้ำคร่ำแตกให้ใส่ผ้าอนามัยไว้เพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งมีให้น้ำหล่อเด็กไหลออกมาเมื่อ ทำให้มารดารู้สึกไม่สบาย
3. อาหาร ในระยะคลอดมารดา มีความเจ็บปวดและมีความเครียด ทำให้ไม่รู้สึกอยากอาหาร ในรายที่มารดา รู้สึกหิวและยังอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า อาจให้อาหารน้ำได้ดี แต่เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วควรงดน้ำและอาหารทางปาก เพราะมารดาอาจมีความผิดปกติ ซึ่งอาจต้องคลอดโดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการและต้องดมยา ส่วนในรายที่การคลอดยาวนาน มารดาอาจเกิดภาวะขาดน้ำ พยาบาลต้องดูแลให้มารดาได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยรายงานแพทย์เพื่อจะได้ให้น้ำและกลูโคสทางเส้นเลือดดำ

4. การดูแลกระเพาะปัสสาวะ ควรดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างทุก 2 ชั่วโมง ตลอดเวลา ถ้าหากมารดาไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ พยายามควรรสวนปัสสาวะให้อย่าง ระวังระมัดระวังและรายงานแพทย์

5. การผ่อนคลายความเจ็บปวด ในระยะคลอดพยายามมีบทบาทที่จะบรรเทา ความเจ็บปวดของมารดา ดังนี้

5.1 ให้กำลังใจ ปลอดภัย อดบอโยน อธิบายถึงการดำเนินการคลอดว่าอยู่ในระยะใด และเฝ้ามารดาอย่างใกล้ชิด

5.2 ในรายที่มดลูกมีการหดตัว แนะนำให้มารดาใช้เทคนิคการหายใจ เพื่อลดความเจ็บปวด คือ เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้มารดาหายใจเข้าออกลึก ๆ ขณะมดลูก หดตัวให้หายใจตื้นและก่อนการหดตัวของมดลูกใกล้สิ้นสุด ให้หายใจเข้าลึก ๆ และหายใจ ออกช้า ๆ

5.3 หากมารดามีอาการปวดหลัง ให้มารดานอนตะแคงซ้าย พยายามนวด ลึก ๆ ที่บริเวณกระเบนเหน็บหรือบริเวณต้นขา

5.4 มารดาที่มีความเจ็บปวดมาก ไม่สามารถทนความเจ็บปวด แพทย์อาจ ให้ยาแก้ปวดและยากดภูมิประสาท ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วพยายามต้องเตรียมยาและให้ยา ถูกต้องและสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ให้ โดยเฉพาะอาการของการที่ศูนย์หายใจถูกกด

6. สังเกตประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิดจาก

6.1 การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ระยะที่ 1 ของการคลอด การ หดตัวจะเป็นไปอย่างสม่ำเสมอในระยะต้นของการคลอด ระยะหดตัว (duration) จะประมาณ 15-20 วินาที ระยะพัก (interval) กินเวลานาน จึงหดตัวอีกครั้งหนึ่ง ค่าระยะพักได้ประมาณ 10 นาที เมื่อมีการคลอดดำเนินต่อไป การหดตัวจะถี่ขึ้นและนานขึ้น ในระยะปลายของการ คลอดระยะที่หนึ่ง การหดตัวของมดลูกจะถี่ทุก 2-3 นาที และหดตัวนานครั้งละ 45-50 วินาที

6.2 การตรวจทางช่องคลอดหรือตรวจทางทวารหนัก โดยพิจารณาจาก

6.2.1 การเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อการคลอดดำเนินไปถึงมดลูก มีการหดตัวดีจะทำให้ปากมดลูกมีการสั้นบาง (effacement) และการเปิดขยาย (dilatation) มากขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่มีความยาว และปากมดลูกเปิดหมด คือ 10 เซนติเมตร เมื่อเข้าสู่ระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว ครรภ์แรกปากมดลูกควรเปิดได้ 1 เซนติเมตรต่อ 1 ชั่วโมง ครรภ์หลังปาก มดลูกควรเปิดได้ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และถ้ามีการผิดปกติหรือมีการชะงักของการเปิด ของปากมดลูก ควรจะถือระยะเวลาว่าระยะปากมดลูกเปิดช้าภายใน 4 ชั่วโมง ไม่มีการก้าวหน้า ของการเปิดของปากมดลูก ระยะปากมดลูกเปิดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง ไม่มีการก้าวหน้าของการ เปิดของปากมดลูก

6.2.2 การเคลื่อนต่ำของส่วนหน้า เมื่อการคลอดก้าหน้าส่วนหน้าของเด็กจะเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อย ๆ การเคลื่อนต่ำของส่วนหน้าจะเป็น + มากขึ้นเรื่อย มีหลักสังเกตว่าในการดูแลผู้คลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็วนี้ ภายใน 1 ชั่วโมง ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับของส่วนหน้า

2. การดูแลด้านทารก

ในการดูแลมารดานั้นเป็นการดูแลสองชีวิตในคน ๆ เดียว ซึ่งต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป การดูแลทารกในครรภ์เป็นสิ่งสำคัญมาก จะทราบถึงสภาวะของทารกในครรภ์ได้จากการฟังเสียงหัวใจทารก ซึ่งปกติเสียงหัวใจทารกมีอัตราการเต้นที่สม่ำเสมอประมาณ 120-140 ครั้ง/นาที การฟังควรฟังเมื่อมดลูกคลายตัวแล้วประมาณ 20-30 วินาที ในระยะปากมดลูกเปิดควรฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15-30 นาที

1.2 การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนกระทั่งทารกคลอดซึ่งปกติใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 30 นาที-1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง (สุกัญญา ปรีดีบุญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์, ม.ป.ป. : 115 ; พิริยา ตุกศรี, 2535 : 127 ; Thompson E.D., 1995 : 134 ; Dickason E.J. et al., 1994 : 292 ; Shapiro P.J., 1995 : 243) ได้มีผู้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้หลายท่าน ดังนี้

สุกัญญา ปรีดีบุญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์ (ม.ป.ป. : 115-147) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดพอที่จะสรุปได้ดังนี้

1. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที หรือฟังหลังจากมดลูกหดตัวแล้วทุกครั้ง ปกติหัวใจจะเต้นนาทีละ 120-160 ครั้งต่อนาที ถ้าหากหัวใจเต้นช้ากว่า 100 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ต้องให้การช่วยเหลือ

2. ประเมินสภาวะผู้คลอด

3. ดูแลเรื่องน้ำและอาหาร ในระยะนี้ควรรงคน้ำจืดอาหารเพราะอาจทำให้เกิดอาเจียนหรือสำลักได้แต่ถ้าผู้คลอดมีอาการแสดงของการขาดน้ำอาจให้น้ำทางหลอดเลือดดำได้

4. การพักผ่อน แนะนำให้ผู้คลอดพักผ่อนเต็มที่ในระยะที่มดลูกคลายตัวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

5. กระเพาะปัสสาวะ ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มควรกระตุ้นให้พยายามถ่ายปัสสาวะแต่ถ้าถ่ายเองไม่ได้ให้สวนปัสสาวะตามความจำเป็น

6. การพยายามทั่วไปและการช่วยเหลือ เช่น ความสุขสบาย ลดความเจ็บปวด

7. ท่านอน ในขณะที่มดลูกคลายตัวจะนอนพักในท่าใดก็ได้ที่สบายที่สุด แต่ในขณะที่มดลูกหดตัวและมีแรงเบ่งควรจะนอนหงายชันเข่าขึ้น มือทั้ง 2 ข้างจับขอบเตียงให้แน่น เพื่อช่วยให้เด็กเคลื่อนต่ำได้เร็วขึ้น

8. คู่มือเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด โดยสังเกตการทำงานของมดลูกอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับระยะเวลาและความถี่ของการหดตัวของมดลูก ปกติระยะเวลาที่มดลูกจะหดตัวนานประมาณ 50-60 วินาทีไม่เกิน 90 วินาที และหดตัวทุก 2-3 นาที สิ่งที่ต้องระวังคือ การหดตัวของมดลูกชนิดไม่คลาย สังเกตการเคลื่อนต่ำของส่วนนำปกติจะสัมพันธ์กับการทำงานของมดลูก

9. เมื่อถุงน้ำคร่ำแตกหรือเจาะถุงน้ำคร่ำจะต้องฟังเสียงหัวใจทารกทันทีและบันทึกลักษณะ สี จำนวนของน้ำคร่ำด้วย

10.แนะนำเกี่ยวกับการเบ่งที่ถูกต้อง

11.เตรียมคลอด โดยเตรียม

11.1 เตรียมสถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้ ต้องสะอาดและเตรียมให้พร้อมที่จะใช้ตลอดเวลา

11.2 เตรียมตัวผู้ทำคลอด ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า สวมหมวก ผ้าปิดจมูก ล้างมือ สวมเสื้อกาวน์

11.3 เตรียมผู้คลอดโดยให้นอนหงายชันเข่าบนเตียง เตรียมความสะอาดผู้คลอด คลุมผ้าสะอาดที่นึ่งแล้วแก่ผู้คลอด

พิริยา ศุภศรี (2535 : 127-148) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดสรุปได้ว่า

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หรือภายหลังมดลูกหดตัวแล้วทุกครั้ง

2. งดน้ำงดอาหาร

3. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างอยู่เสมอ หากกระเพาะปัสสาวะเต็มต้องจัดการสวนปัสสาวะให้

4. ดูแลให้ผู้คลอดได้พักผ่อนในช่วงที่มดลูกคลายตัว

5. ช่วยคลอดปกติตามขั้นตอน คือ

5.1 เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้ครบถ้วนและปราศจากเชื้อ

5.2 เตรียมผู้คลอดโดยจัดทำเพื่อคลอด ทำคลอดที่นิยมใช้มีหลายท่า เช่น ท่าตะแคง ท่านอนหงายชันเข่า เป็นต้น ให้กำลังใจผู้คลอด ควบคุมท่ากับให้เบ่งคลอดอย่างถูกวิธี

5.3 เตรียมผู้ทำคลอด โดยสวมผ้าปิดจมูก ทำความสะอาดมือ สวมเสื้อกาวน์และถุงมือ

5.4 ช่วยคลอดปกติโดยทำความสะอาดอวัยวะเพศ ปูผ้า ตัดฝีเย็บ ช่วยคลอดศีรษะ ช่วยคลอดไหล่ ช่วยคลอดลำตัว แขนขา ตัดสายสะดือ ประเมินสภาพทารกแรกคลอด

Bobak I.M. (1993 : 18-19) ได้สรุปการประเมินผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้ดังนี้

1. ฟังเสียงหัวใจทารก ตรวจการหดตัวของมดลูก
2. สังเกตลักษณะ สี ของน้ำคร่ำ
3. สังเกตปฏิกิริยาของผู้คลอดต่อการคลอด เช่นความสามารถในการผ่อนคลายความเจ็บปวด
4. ประเมินและเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับการคลอด
5. เตรียมตัวเพื่อคลอดทั้งผู้ทำคลอดและผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความปลอดภัยและสุขสบายที่สุด

Dickason E.J. et al. (1994) ได้สรุปการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้ว่าพยาบาลควรมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้คลอดในระยะนี้ไว้ว่า

1. ประเมินระดับของระยะที่ 2 ของการคลอด
2. สังเกตการตอบสนองของทารกโดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 10 นาที
3. ดูแลความสุขสบายและท่านอนของผู้คลอดเพื่อการคลอด
4. สนับสนุน และท่ากับให้เบ่งอย่างถูกวิธีและให้พักผ่อนในขณะที่มดลูกคลายตัว
5. ดูแลสภาพแวดล้อม เตรียมเครื่องมือคลอด
6. อธิบายขั้นตอนของการคลอดและให้กำลังใจ
7. ดูแลสุขอนามัย ความสะอาดของน้ำ ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มและผู้คลอดถ่ายเองไม่ได้ให้สวนปัสสาวะให้
8. ประเมินการตอบสนองของผู้คลอดและให้ดูแลอย่างเหมาะสม
9. ช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้คลอดอย่างปลอดภัย

Thompson E.D. (1995 : 149-154) ได้สรุปสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอด
ในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้ว่าพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือทำคลอดและช่วยทารก
2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อีกครั้ง และช่วยเหลือการคลอดตามขั้นตอน
3. ให้การดูแลทารกทันทีหลังคลอดโดยการดูดน้ำคร่ำในปากและจมูก เช็ดตัว
ให้ความอบอุ่น
4. ประเมินสภาพทารกแรกเกิดและความผิดปกติของทารก
5. ผูกปายข้อมือทารก
6. ส่งเสริมผู้คลอดและทารกมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น โอบกอด จ้องตา

DiDonna N.A. and Marks M.G. (1996 : 205-206) ได้กล่าวถึงการดูแล
ผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้ว่า

1. ช่วยจัดทำผู้คลอดให้เหมาะสมกับการเบ่ง
2. ใช้ผ้าชุบน้ำเป็นเช็ดหน้าในระหว่างมดลูกหดตัว
3. ทบทวนเรื่องการเบ่งที่ถูกต้อง คือ เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวหายใจเข้าลึกๆ
2-3 ครั้งแล้วกลั้นหายใจเบ่งลงกันเหมือนเบ่งถ่ายอุจจาระ นับ 1-10 ภายในการหดตัว 1
ครั้งควรเบ่ง 2-3 ครั้ง
4. ชมเชยผู้คลอดเมื่อทำถูกต้องและให้กำลังใจ
5. ช่วยตัดฝีเย็บ
6. เตรียมอุปกรณ์สำหรับการคลอด
7. ช่วยคลอดตามขั้นตอน
8. บันทึกการคลอด

Mattson S. and Smith J.E. (1993 : 264-268) ได้สรุปการพยาบาล
ผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดไว้ว่า

1. ดูแลเรื่องกระเพาะปัสสาวะ ต้องดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างตลอดเวลา
2. ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอโดยให้ได้รับน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. ดูแลความสุขสบาย เช่น เปลี่ยนท่านอน ผ้ายางไปเปียกชุ่ม
4. สอนและควบคุมผู้คลอดให้เบ่งคลอดอย่างถูกวิธี และให้กำลังใจแก่ผู้คลอด
เมื่อทำได้ถูกต้อง
5. แนะนำและกำกับให้ผู้คลอดใช้เทคนิคต่างๆ ในการเผชิญกับความเจ็บปวด
เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ
6. ดูแลให้ได้รับยาชาหรือยาแก้ปวดเมื่อจำเป็น

7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
8. ตรวจสอบสัญญาณชีพและความก้าวหน้าของการคลอด ฟังเสียงหัวใจทารก
9. ช่วยคลอดปกติตามขั้นตอน

สรุป ระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะหนึ่งที่อาจมีอันตรายหลายอย่างเกิดขึ้นได้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลจำเป็นต้องดูแลเอาใจใส่ผู้คลอดอย่างใกล้ชิด โดยปฏิบัติตามดังนี้

1. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ การฟังเสียงหัวใจทารกควรฟังทุก 5 นาที ปกติหัวใจจะเต้นนาทีละ 120-160 ครั้ง/นาที ถ้าหากหัวใจเต้นช้ากว่า 100 ครั้ง หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที จะต้องให้การช่วยเหลือการคลอดโดยเร็ว

2. ประเมินสภาวะของผู้คลอด ต้องสังเกตเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติของผู้คลอด เช่น อาการอ่อนเพลีย การขาดน้ำ กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ควรจับชีพจรทุก 10 นาที และชีพจรไม่ควรเกิน 100 ครั้งต่อนาที ในรายที่มีระยะเวลาของการคลอดยาวนาน และชีพจรเกิน 100 ครั้งต่อนาที ต้องจับชีพจรและสังเกตอาการผู้คลอดอย่างใกล้ชิด

3. น้ำและอาหาร ในระยะนี้การให้น้ำและอาหารจะเป็นอันตรายต่อผู้คลอด เพราะอาจทำให้เกิดอาเจียนและสำลักได้ ดังนั้นจึงงดอาหารและน้ำทางปาก แต่ถ้าผู้คลอดมีอาการแสดงของการขาดน้ำ แพทย์อาจให้น้ำทางหลอดเลือดดำก็ได้

4. การพักผ่อน ควรจะได้แนะนำผู้คลอดให้พยายามพักเต็มที่ในระยะที่มดลูกคลายตัวให้มากที่สุดเท่าที่มากได้ เพื่อสงวนกำลังไว้เบ่งได้เต็มที่

5. กระเพาะปัสสาวะ การเคลื่อนตัวของศีรษะเด็กจะกดบริเวณท่อปัสสาวะหรือคอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มควรกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ ถ้าถ่ายเองไม่ได้ควรสวนให้ตามความจำเป็น

6. การพยาบาลทั่วไปและการช่วยเหลือ ในระยะนี้ผู้คลอดจะต้องใช้พลังงานอย่างมากในการเบ่ง ผู้คลอดจะมีเหงื่อออกมากบริเวณมือ ใบหน้า และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้มีความรู้สึกไม่สบาย ปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือโดยเช็ดหน้า เช็ดตัวให้ นอกจากนี้ควรให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอดโดย

6.1 ในระยะแรกของการเบ่งควรจะช่วยนวดบริเวณกระเบนเหน็บ โดยให้มารดานอนตะแคงซ้าย พยาบาลยืนอยู่ข้างหลัง นวดลึก ๆ เป็นวงกลมที่บริเวณกระเบนเหน็บ ใช้มือกดให้คงที่สม่ำเสมอไม่กดลึกเกินไป

6.2 ให้กำลังใจผู้คลอดว่า การคลอดใกล้จะสิ้นสุดลงแล้ว พร้อมทั้งชักชวนวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง

6.3 ในระยะนี้อาจเกิดอาการตะคริวจากการเกร็งอยู่ในท่าเดิวนาน ๆ
ควรนวดบริเวณที่เป็นให้ผู้คลอด

7. การดูแลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

7.1 สังเกตการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิด เกี่ยวกับระยะเวลาและ
ความถี่การหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที ปกติระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวนานประมาณ
50-60 วินาที ไม่เกิน 90 วินาที และหดตัวทุก 2-3 นาที

7.2 สังเกตการเคลื่อนไหวของส่วนนำ ปกติจะสัมพันธ์กับการทำงานของ
มดลูก ทราบได้โดยการตรวจทางช่องคลอด หรือทวารหนัก และตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจเด็ก
บนหน้าท้อง

7.3 แนะนำเกี่ยวกับการเบ่งที่ถูกต้อง

การเบ่งควรเบ่งเมื่อปากมดลูกเปิดหมด วิธีการเบ่ง ให้ผู้คลอดนอน
หงาย ขันเข่าทั้ง 2 ข้าง เอามือทั้ง 2 ข้างจับเตียงไว้ ให้ส้นเท้าจิกกับที่นอนให้เต็มที่ เมื่อมดลูก
เริ่มหดตัวให้สูดหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลั้นหายใจ แล้วเบ่งลงข้างล่างให้เต็มที่เหมือนเบ่งถ่าย
อุจจาระ การเบ่งจะต้องเบ่งให้นานที่สุด แต่ไม่เกิน 6 วินาทีต่อครั้ง และเบ่งซ้ำอีกถ้ามดลูกยัง
หดตัวแข็งอยู่

8. เตรียมคลอด

ในการคลอดควรจะมีการเตรียมการคลอดให้พร้อม เพื่อให้การคลอดผ่าน
ไปได้โดยเรียบร้อยและปลอดภัย การเตรียมคลอดที่สำคัญคือ

8.1 การเตรียมสถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้ ในการเตรียมสถานที่และ
เครื่องมือเครื่องใช้ นั้น แล้วแต่ความสะดวกและความเหมาะสมในการใช้งานของโรงพยาบาล
แต่ละแห่ง แต่มีข้อควรคำนึงถึงคือต้องได้รับการทำให้สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว

8.2 การเตรียมตัวผู้ทำคลอด ผู้ทำคลอดเป็นผู้ที่จะนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย
ผู้คลอดได้มาก ถ้าหากขาดการป้องกันที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ทำคลอดควรปฏิบัติตัว ดังนี้

8.2.1 ก่อนเข้าห้องคลอดจะต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า รองเท้า และสวม
หมวกปกคลุมผมให้มีชีวิต

8.2.2 เมื่อจะทำการตรวจทางช่องคลอดหรือทำคลอดต้องผูกผ้าปิด
ปากและจมูก เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระยะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะเชื้อ Beta
hemolytic streptococci ซึ่งอยู่ตามระบบทางเดินหายใจและปากของคนและก่อให้เกิดพยาธิ
สภาพด้วยการติดเชื้อทางน้ำลายได้

8.2.3 การฟอกกัญเมื่อก่อนทำคลอด

8.2.4 สวมเสื้อกาวน์และถุงมือที่แห้งแล้ว

9. ทำคลอดอย่างถูกต้อง

เทคนิคที่ใช้ในการทำคลอดของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง อาจจะแตกต่างกันไปบ้าง แต่ทุกแห่งก็มีจุดประสงค์ในการทำคลอดเหมือนกันคือ ช่วยให้เด็กเกิดออกมาอย่างปลอดภัยและมารดาปลอดภัยลดความบอบช้ำที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการคลอด

9.1 หลังจากเตรียมคลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้ทำคลอดก็พร้อมที่จะช่วยทำคลอด การทำคลอดในท่านนอนหงายชันเข้าผู้ทำคลอดยืนอยู่ปลายเตียงด้านขวาของผู้คลอด ผู้ช่วยคลอดอยู่ข้างซ้ายเพื่อช่วยฟังเสียงหัวใจทารก จัดระยะการหดตัวของมดลูก กระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งเมื่อมีการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด

9.2 ทำคลอดศีรษะ ขณะที่ผู้คลอดเบ่งจนเห็นศีรษะโผล่ออกมา ผู้ทำคลอดใช้มือซ้ายแตะไว้ที่ส่วนหน้า 3 นิ้ว คือ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ และนิ้วกลาง เพื่อป้องกันมิให้ศีรษะเงยเร็วจนเกินไป ส่วนมือขวาจับผ้าป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ วางทาบลงบนฝีเย็บ แล้วรวบเนื้อและผิวหนังบริเวณฝีเย็บ พร้อมทั้งจะดันเบา ๆ ให้ศีรษะเด็กเงยขึ้น หลังจากศีรษะคลอดแล้วบอกให้ผู้คลอดหยุดเบ่ง และให้อ้าปากหายใจเข้าออกยาว ๆ หลังจากหมุนศีรษะเด็กให้ใบหน้าอยู่ทางด้านหน้าของหัวเหน่า คูดน้ำคร่ำและจุมูกและเช็ดตาทารก หลังจากนั้นทำคลอดไหล่และลำตัวโดยใช้มือจับศีรษะให้อยู่ระหว่างอุ้งมือทั้งสองข้าง แล้วค่อย ๆ โน้มศีรษะเด็กลงมาข้างล่างตามแนวทิศทางของช่องเชิงกรานส่วนบน เมื่อเห็นไหล่หน้าจนถึงขอรักแร้วจึงหยุด หลังจากนั้นทำคลอดไหล่หลังโดยจับศีรษะเด็กเหมือนเวลาทำคลอดไหล่หน้า แล้วยกศีรษะเด็กขึ้นในทิศทางประมาณ 45 องศากับแนวตั้ง เมื่อไหล่ทั้งสองคลอดออกมาแล้วลำตัวและแขนขา ลำตัว และแขนขาจะคลอดออกโดยง่ายโดยขดตัวข้าง ๆ ตามลักษณะของแนวช่องทางคลอด เมื่อทารกคลอดหมดทั้งตัวแล้ววางเด็กให้ตะแคงหันหลังเข้าหาปากช่องคลอดของมารดาเพื่อไม่ให้มีแขน ขา ทารกได้รับการป้อนบริเวณทวารหนัก หลังจากนั้นทำทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดมูกและน้ำคร่ำจนกว่าเด็กจะร้องและหายใจ

9.3 ประเมินสภาพแรกเกิดของทารกและตัดสายสะดือ

1.3 การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่ทารกคลอดจนกระทั่งรกคลอดใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง (สุกัญญา ปรีชญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์, ม.ป.ป. : 148 ; พิริยา ศุภศรี, 2535 : 149 ; Bobak I.M. et al., 1995 : 300 ; Thompson E.D., 1995 : 134 ; Dickason E.J. et al., 1994 : 292 ; Shapiro P.J., 1995 : 243) ได้มีผู้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดหลายท่าน ดังนี้

สุกัญญา ปรีชญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์ (มปป. : 150-166) ได้กล่าวถึง การพยาบาลในระยะที่ 3 ของการคลอดไว้พอที่จะสรุปได้ดังนี้

1. ป้องกันการตกเลือด

1.1 ในระยะก่อนคลอดรก โดยการตรวจดูกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ไม่ใช้ มือคลึงมดลูกเป็นอันตรายรอให้รกหลุดตัวสมบูรณ์ จึงช่วยทำคลอดรกอย่างถูกวิธีโดยใช้มือขวา คลึงมดลูกให้แข็งแล้วจับมดลูกเลื่อนจากด้านขวามาอยู่ที่ตรงกลาง จับมดลูกให้อยู่ในอุ้งมือโดย หงายมือ เอานิ้วทั้ง 4 สอดเข้าไปทางด้านหลังของยอดมดลูก ส่วนนิ้วหัวแม่มืออยู่ทางด้านหน้า ของมดลูก เมื่อจับมดลูกแล้วให้ใช้อุ้งมือดันมดลูกส่วนที่หดตัวแข็งลงมาที่ทาง promontary ของกระดูกกระเบนเหน็บ เมื่อรกผ่านช่องคลอดออกมาให้ใช้มือที่เหลืองรองรับไว้แล้วเปลี่ยนมือที่ ดันมดลูกมาโกยมดลูกส่วนบนขึ้นเพื่อเป็นการช่วยรั้งเยื่อหุ้มเด็กให้ลอกตัว

1.2 ระยะหลังรกคลอด ถ้าพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีและมีอาการว่าจะ ตกเลือดหลังคลอดสามารถนิคยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้

2. ดูแลความสะอาดและความสุขสบาย

3. ดูแลให้ได้รับความอบอุ่น

พิริยา ศุภศรี (2535 : 149-168) ได้กล่าวถึงการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดพอที่จะสรุปได้ดังนี้

1. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

2. ช่วยทำคลอดรกอย่างถูกวิธีโดยตรวจอาการแสดงของรกหลุดตัวสมบูรณ์

3. ตรวจสภาพรก เยื่อหุ้มเด็กและสายสะดือ

Bobak I.M. et al., (1995 : 301) ได้กล่าวไว้ว่าพยาบาลมีบทบาทรับผิดชอบ ดูแลผู้คลอดในการคลอดรกหรือระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเริ่มตั้งแต่

1. สังเกตอาการลอกตัวอย่างสมบูรณ์ของรก โดยสังเกตจาก

1.1 อาการแสดงของสายสะดือ (cord sign)

1.2 อาการแสดงของมดลูก (uterine sign)

1.3 อาการแสดงของช่องคลอด (valva sign)

2. เมื่อพบว่ารกหลุดตัวอย่างสมบูรณ์แล้ว ช่วยคลอดรกตามขั้นตอนโดยคลึง มดลูกให้แข็งหลังจากนั้นกดและโกยมดลูก

3. สังเกตการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ยากระตุ้นพวก ออกซิโตซิน

4. ทำความสะอาดร่างกายผู้คลอดและใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตจำนวนเลือดที่ ออกทางช่องคลอด

DiDonna N.A. and Marks M.G. (1996 : 205-208) ได้กล่าวถึงการดูแลใน
ระยะที่ 3 ของการคลอดไว้ดังนี้

1. ประเมินจำนวนเลือดที่เสียทั้งหมด
2. ช่วยคลอดรก ภายหลังจากที่รกคลอดตรวจสภาพของรกโดยประเมินขนาด
สีความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้ม
3. ดูแลการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ยากระตุ้นการหด
ตัวได้ดีขึ้นและนวดมดลูก
4. ดูแลทารกเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ดูคมูกในปากและจมูกทารก ให้ทารก
ได้รับความอบอุ่น
5. ดูแลให้มารดาและบุตรได้สร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน

Mattson S. and Smith J.E. (1993 : 268-270) ได้สรุปหลักในการดูแล
ผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดไว้ดังนี้

1. ช่วยทำคลอดรกในเวลา 30 นาที โดยสังเกตอาการรกลอกตัวสมบูรณ์ก่อน
ทำคลอดรกให้
2. ตรวจสภาพของรกและเยื่อหุ้มทารกเพื่อหาความผิดปกติของรกและเยื่อหุ้ม
เช่น รกน้อย รกค้าง
3. ประเมินจำนวนเลือดที่เสียไปทั้งหมดในการคลอด ซึ่งปกติจะเสียเลือด
ไม่เกิน 500 ซีซี.
4. ประเมินสภาพของทารกแรกเกิด และให้การช่วยเหลือได้ตามสภาพ
5. ดูแลให้ได้รับน้ำทางหลอดเลือดดำ
6. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อจำเป็น
7. ตรวจสัญญาณชีพ
8. กระตุ้น และเปิดโอกาสให้มารดาได้โอบกอดบุตร

สรุป การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับ
พยาบาล เพราะระยะที่ 3 ของการคลอดเป็นระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้
ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องต่อไปนี้

1. การป้องกันการตกเลือด แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ
 - 1.1 ก่อนรกลอดจะช่วยได้โดย
 - 1.1.1 ทำคลอดรกอย่างถูกวิธี โดยตรวจสอบว่ารกลอกตัวสมบูรณ์
แล้ว ซึ่งจะทราบได้จากมดลูกหดตัวแข็ง เปลี่ยนรูปร่างจากแบนเป็นกลม มีการเคลื่อนต่ำของ
สายสะดือ สายสะดือเหี่ยวไม่มีชีพจร โดยมดลูกส่วนบนขึ้นไปสายสะดือจะไม่ตามขึ้นไปและ

อาจจะมีการเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด เมื่อรกลอกตัวสมบูรณ์แล้วทำคลอดใช้มือที่ถนัดคลึงมดลูกให้แข็งแล้วดันมดลูกส่วนที่หดตัวแข็งแรงลงมาทางกระดูกกระเบนเหน็บ เมื่อแรกคลอดให้ใช้มือที่เหนือรองรับไว้ และเปลี่ยนมือที่ดันมดลูกมาโดยมดลูกส่วนบนขึ้น หลังจากนั้นทำการตรวจรกถ้าไม่ครบสมบูรณ์ ต้องรายงานแพทย์เพราะอาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

1.1.2 ตรวจดูให้กระเพาะปัสสาวะว่างในขณะนี้ ถ้าพบว่ากระเพาะปัสสาวะเต็ม ควรสวนปัสสาวะให้ทันทีเพราะถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก

1.2 หลังรกลคลอด ตรวจดูบริเวณที่ฉีกขาดเนื่องจากการคลอดและการหดตัวของมดลูกว่าพบมีการฉีกขาดได้รับช่วยเหลือโดยใช้ปากคีบจับไว้ หรือเย็บผูกให้เรียบร้อยและถ้ามีการหดตัวของมดลูกไม่ดี และมีอาการว่าจะตกเลือดหลังคลอดพยายามสามารถฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกให้ได้ทันที

2. ดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ

1.4 การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอดหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รกลคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด (สุทธิญา ปรีชญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์, ม.ป.ป. : 168 ; พิริยา สุภศรี, 2535 : 169 ; Bobak I.M. et al., 1995 : 300 ; Thompson E.D., 1995 : 134 ; Dickason E.J. et al., 1994 : 292 ; Shapiro P.J., 1995 : 243) ได้มีผู้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอดหลายท่าน ดังนี้

สุทธิญา ปรีชญญกุล และพยอม อยู่สวัสดิ์ (ม.ป.ป. : 168-171) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอดไว้ว่า

1. จัดให้มารดาอนหงายราบในท่าที่สบาย ให้นอนหมอนขาเข้าหากันเพื่อให้แผลที่เย็บไม่ตึงเกินไป
2. ดูแลร่างกายของมารดาให้สะอาด โดยเปลี่ยนผ้าที่เปียกและเปราะเปื้อนออกไป เช็ดตัวให้แห้ง สะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้าให้
3. สังเกตการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีในช่วงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในช่วงที่สอง
4. สังเกตจำนวนและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด ปกติจะเสียเลือดภายหลังรกลคลอดแล้วประมาณ 100-200 ซีซี. และในระยะที่สี่ของการคลอดจะมีเลือดออกได้อีก 100 ซีซี.

5. ตรวจสอบภาวะปะสภาวะให้ว่างอยู่เสมอ
 6. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในช่วงที่สองหลังคลอด

7. ให้ความอบอุ่นแก่ผู้คลอด
8. ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหาร
9. ดูแลให้ได้พักผ่อนและให้ยาแก้ปวด
10. สังเกตแผลฝีเย็บ
11. ย้ายผู้คลอดออกจากห้องคลอด เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ

พิริยา ศุภศรี (2535:170-186) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอดไว้ว่า

1. ดูแลภาวะปะสภาวะให้ว่าง
2. สังเกตการหดตัวของมดลูกและปริมาณของน้ำคาวปลาทุก 30 นาที
3. ตรวจสอบนิมิตของช่องคลอด
4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ
5. ให้พักผ่อน ให้ยาแก้ปวด
6. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้คลอด
7. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ

Thompson E.D. (1995 : 154-155) ได้กล่าวไว้ว่าระยะที่ 4 ของการคลอดนี้เป็นระยะแห่งความยินดีของครอบครัว การดูแลในระยะนี้พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลความสบายของมารดา ดูแลความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก และส่งเสริมมารดาและทารกได้อยู่ด้วยกัน โฉนการแบ่งเป็นการดูแลมารดาและทารก

1. การดูแลมารดา พยาบาลควรให้การดูแลในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ควรสังเกตทุก 15 นาทีในช่วงแรกและทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 หลังคลอดโดยสังเกตจากผ้าอนามัย
 - 1.2 การหดตัวของมดลูก
 - 1.3 ดูแลภาวะปะสภาวะให้ว่าง ถ้าหากมีภาวะปะสภาวะเต็มควรสวนปัสสาวะให้
 - 1.4 ดูแลเรื่องความสะดวกและความสบายให้ความอบอุ่น
2. การดูแลทารก ควรดูแลเรื่องการหายใจ และให้ความอบอุ่นเพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายทารกสม่ำเสมอ

Bobak I.M. et al. (1995 : 304) ได้กล่าวไว้ว่าระยะที่ 4 ของการคลอดเป็นระยะที่อวัยวะต่างๆเริ่มที่จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ควรให้การดูแลดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด

2. สังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ถ้าเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนในเวลา 15 นาทีให้ระวัง และควรสังเกตการค้างของเลือด โดยต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นให้ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด

3. การดูแลเรื่องกระเพาะปัสสาวะ

4. ความสุขสบายและความสะอาด

5. ความสมดุลของน้ำและอาหาร

6. ส่งเสริมให้มารดาและทารกได้สัมผัสใกล้ชิด สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

Dickason E.J. et al. (1994 : 343) กล่าวถึงระยะที่ 4 ของการคลอดเป็นระยะวิกฤติช่วงหนึ่งของผู้คลอด พยาบาลต้องให้การดูแลโดย

1. สังเกตการหดตัวของมดลูก จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที

2. ดูแลความสะอาดและความสุขสบายทางด้านร่างกายของมารดา

Shapiro P.J. (1995 : 261-261) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอดไว้ดังนี้

1. สังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 15-20 นาที

3. สังเกตการหดตัวของมดลูก

4. ดูแลความสะอาด

5. กระตุ้นให้ผู้คลอดและบุตรมีสัมพันธภาพที่ดี

DiDona N.A. and Marks M.G. (1996 : 208-209) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 4 ของการคลอดไว้ว่าการดูแลในระยะนี้แบ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายและด้านจิตใจ

1. การดูแลด้านร่างกาย

1.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ

1.2 ตรวจการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูก

1.3 ประเมินน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด

- 1.4 ประเมินแผลตัดฝีเย็บ
- 1.5 ดูแลให้ได้รับความอบอุ่น
- 1.6 ให้อาหารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
2. การดูแลด้านจิตใจ
 - 2.1 ประเมินและส่งเสริมให้เกิดสัมพันธแม่-ลูก
 - 2.2 ช่วยเหลือให้มารดาให้มารดาให้นมบุตรถ้ามารดาต้องการ
 - 2.3 สนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

สรุป ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังจากคลอด เป็นระยะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตของมารดาได้มากที่สุด จึงควรต้องมีการดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดโดย

1. สังเกตการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2
2. สังเกตจำนวนและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด ปกติจะมีการเสียเลือดภายหลังรกคลอดแล้ว ประมาณ 100-200 ซี.ซี. และในระยะที่ 4 ของการคลอดจะมีเลือดออกได้อีก 100 ซี.ซี.
3. ตรวจดูกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ
4. ตรวจสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรกหลังคลอด แล้ววัดทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าหากชีพจรเร็วเกิน 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็ว มักเป็นอาการแสดงว่าตกเลือดหรือช็อค ต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที
5. ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น ความอบอุ่นของร่างกาย อาหาร การพักผ่อน
6. ส่งเสริมให้มารดาและบุตรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยให้มารดาโอบกอดบุตรหรือให้นมบุตร

ในการวิจัยครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอด เป็นการดูแลผู้คลอดทั้ง 4 ระยะของการคลอด ที่เน้นการดูแลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้คลอดมีความพึงพอใจได้รับประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอด วัดด้วยข้อสอบวัดความรู้การดูแลผู้คลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. คุณภาพของการดูแล

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

การดูแลเป็นคำที่ใช้ในความหมายทางบวก เพื่ออธิบายถึงควมมีสัมพันธภาพ ความรัก ความเอาใจใส่ต่อกัน ที่เน้นความรู้สึกด้านจิตใจ อารมณ์ของบุคคล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531 : 3 ; Watson, 1985 : 73-80 ; Benner and Wrubel, 1989 : 1 ; Peterson & Zderad, 1976 : 16) ให้คำจำกัดความของการดูแลว่า เป็นประสบการณ์ของชีวิตที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ซึ่งมีความหมายลึกซึ้งมากกว่าปฏิบัติการเพื่อการรักษา ทักษะการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีที่เป็นปฏิบัติการเยี่ยงการกระทำต่อวัตถุสิ่งของ แต่ประเด็นสำคัญยิ่งของการดูแลคือความสามารถของพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการได้นั้นเอง

Mayeroff (cited in Eusawas, P., 1991 : 9-10) นักปรัชญาได้ให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่นให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนสามารถประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิตได้ และได้อธิบายว่าการดูแลจะต้องประกอบด้วยลักษณะ 8 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) การมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่น วิธีการตอบสนองความต้องการของบุคคล และรู้ถึงพลังอำนาจความจำกัดของการให้การดูแล วิธีการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการพัฒนา
2. การเลือกใช้นวทางการช่วยเหลือบุคคล (alternating rhythms) เป็นการเรียนรู้ที่จะให้การดูแลจากประสบการณ์เดิม โดยการแยกแยะสิ่งที่เป็นประโยชน์และนำมาดัดแปลง หรือคงไว้ในพฤติกรรมนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น
3. ความอดทน (patience) เป็นการช่วยให้บุคคลได้วิเคราะห์ตนเองในสภาพการณ์ปัจจุบันด้วยการยอมรับ รับฟัง และอดทนกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก
4. ความซื่อสัตย์ (honesty) เป็นการยอมรับนับถือในสิ่งที่บุคคลนั้นเป็น และรู้จักตนเองเพียงพอที่จะบอกได้ว่าการดูแลที่ให้นั้นจะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษต่อผู้อื่น
5. ความไว้วางใจ (trust) ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิถีทางในการพัฒนาตนเอง และปล่อยวางให้ทุกสิ่งเป็นไปตามที่ควรจะเป็น
6. การต่อมคน (humility) ผู้ดูแลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล มีการเรียนรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่นและตนเอง และเรียนรู้ว่าการดูแลนั้นมีผลกระทบบกับสิ่งใดบ้าง

7. ความหวัง (hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของคนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับบริการ ความหวังนี้จะต้องมีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ปัจจุบัน มีพลังตามความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปในอนาคต

8. ความกล้า (courage) ผู้ดูแลมีความยินดีที่จะร่วมแนวทาง กล้าเผชิญกับบุคคลที่ไม่รู้จักในสถานการณ์ที่ไม่มั่นคง

Blattner (1981 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญาภิรักษ์, 2536 : 10 , 2538 : 41) นักการศึกษาพยาบาลอธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ สร้างความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดีได้ด้วยวิถีทางของความเข้าใจกันและกัน การเปิดเผยตนเองของพยาบาลต่อผู้รับบริการ

ในการพยาบาลแนวคิดการดูแลมีพัฒนาการมาจาก การปฏิบัติการในวิชาชีพพยาบาลของฟลอเรนซ์ นิติงเกล ที่ระบุว่า “การพยาบาลเป็นการกระทำที่ใช้เหตุผลจากสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาช่วยในการดูแลให้เขาหาย พินคิดค้นปกคิหรือเกือบเหมือนปกคิโดยเร็วที่สุด (Nightingale อ้างใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537 : 130) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของการดูแลจะต้องประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ กิจกรรมการพยาบาล (activities) และทัศนคติ ความรู้สึก (attitude and feeling) ของผู้ปฏิบัติที่สอดแทรกอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๑ Griffin (cited in Kenney J. W., 1996 : 264) ได้ให้มุมมองเกี่ยวกับการดูแลไว้ว่า การดูแลเป็นคุณลักษณะของมนุษย์ภายใต้การปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ให้ข้อสรุปว่า มิติของการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพจะต้องประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) การดูแล (care) 2) การรักษา (cure) และ 3) การประสานงาน (coordinate) โดยมีการดูแลเป็นแก่นหรือสาระของปฏิบัติการพยาบาล จึงจะเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแล มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและมีความปลอดภัยในชีวิตจนถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Oram, D. E. (1995 : 21) ว่าการดูแลประกอบขึ้นด้วยการกระทำของผู้อื่นที่เกิดขึ้นจากความจำเป็นเมื่อความต้องการที่จะช่วยตนเองลดลงหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

Leininger, M. M. (1981 : 9 ; 1984 : 83-84) ผู้สร้างทฤษฎีการพยาบาลในวัฒนธรรมที่ต่างรูปแบบ (Trans cultural Theory of Nursing) ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลว่า การดูแลคือการพยาบาลและการพยาบาลก็คือการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการพยาบาลในกลุ่มใดหรือในบุคคลที่มีวัฒนธรรมอย่างไร สาระสำคัญของการพยาบาลคือการให้การดูแลอันเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพที่ไม่เกิดในวิชาชีพอื่น และมีแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลที่จะสร้างความสุขสบาย ความสมบูรณ์พูนสุข การให้การดูแลเพื่อพัฒนาและการสนับสนุน

ส่งเสริมที่เหมือนกันในทุก ๆ วัฒนธรรม Leininger จึงให้ความสำคัญกับการดูแลในปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นแก่นหรือสาระของการพยาบาลที่แท้จริง

Watson, J. (1985 : 73-85) นักทฤษฎีการพยาบาลอีกท่านหนึ่ง ซึ่งในทัศนะของการดูแลในเชิงวิชาชีพโดยอธิบายว่า การดูแลเป็นการใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Human Science) ผสมกับศิลปะ (art) ของการพยาบาลในอันที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมีพัฒนาการโดยรวมที่ดี โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของมนุษย์ทางมิติของกาย จิต และวิญญาณที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ และบุคคลจะมีการพัฒนาตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพของตน โดยปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงให้ต่อมนุษย์ ประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ คือ

1. การยอมรับความเป็นมนุษย์และคุณค่าของบุคคล
2. ความศรัทธาและความหวัง
3. ความละเอียดอ่อนต่อตนเองและผู้อื่น
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจและการช่วยเหลือ
5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ
6. การแก้ปัญหาในกระบวนการดูแล
7. การเรียนการสอนระหว่างบุคคล
8. การสนับสนุน การป้องกันและ/หรือการปรับสภาวะทางด้านร่างกาย จิต สังคม และวิญญาณให้ดีขึ้น
9. การตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. การมีมิติของพลังจิต วิญญาณ และแสดงออกให้ปรากฏ

โดยสรุปแนวคิดของการดูแลของนักทฤษฎีทั้ง 2 ท่านในปฏิบัติการพยาบาลของวิชาชีพพยาบาล จะมีการดูแลเป็นแก่นหรือสาระสำคัญที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้รับบริการ. เพื่อสนองตอบความต้องการตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในฐานะบุคคลหรือในความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน และรู้ความจำกัดของตนเองในการให้บริการ ซึ่ง Gault (1986 : 78) กล่าวว่า ในกระบวนการดูแลนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้สึกในฐานะผู้ให้การดูแลมีความรู้ตระหนักถึงความต้องการในการดูแล และสิ่งที่จะสามารถจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสถานการณ์ได้ จะต้องมีความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้สึกที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีแก่ผู้รับบริการ

พยอม อยู่สวัสดิ์ (1993 : 309-326 ; 2539 : 26-32) ได้สรุปแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลและสร้างเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่อธิบายว่า การดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการพลวัตที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะขณะใดขณะหนึ่ง ที่พยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพการช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ พยาบาลและผู้ป่วยประจักษ์ถึงผลของการดูแลที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ กล่าวคือ พยาบาลเห็นคุณค่าของตนเองที่ได้ให้การช่วยเหลือเป็นพลังบำบัดแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยชื่นชมต่อการได้รับการดูแลเยี่ยงบุคคลที่มีศักดิ์ศรี จึงเกิดการเรียนรู้ในการดูแลเยี่ยงยาตนเอง

กล่าวโดยสรุป การดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการพยาบาล ซึ่งพบได้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล แนวคิดของการดูแลจะแสดงได้อย่างชัดเจนว่าการปฏิบัติต่อ “คน” ปฏิบัติให้กับ “คนทั้งคน” เพื่อความเป็นอยู่อันดีและความเป็นสุขภาพดีของ “คน” สำหรับในการวิจัยครั้งนี้การดูแลหมายถึง การช่วยเหลือการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดด้วยความรู้และทักษะ เพื่อให้ผู้คลอดและทารกเกิดความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี

2.2 คุณภาพของการดูแล

คำว่า “คุณภาพ” ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายความว่า ลักษณะความดี (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525, 2530)

คำว่า “คุณภาพ” ตามความหมายของพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary) หมายความว่า ระดับของความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่น (Webster, 1994)

ละออ หุตางกุล (2529 อ้างใน สุชาดา รัชกุล, 2530) ได้ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ” คือ ลักษณะความดีประจำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ตามที่อยู่ในระดับที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

คุณภาพการดูแลนั้น Lang (1976 cited in Hogston, R. 1995 : 116) ได้ อธิบายไว้ว่า คุณภาพการพยาบาลเป็นเหมือนกระบวนการซึ่งมุ่งหา และหาความสำเร็จที่ระดับสูงที่สุดของความเป็นเลิศในการพยาบาล

Accreditation Manual for Hospitals (1990 cited in Johnson Marion, 1992 : 44) ได้อธิบายไว้ว่า คุณภาพการดูแลนั้นเป็นเหมือนระดับของการดูแลที่เพิ่มความ เป็นไปได้ที่จะสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และลดสิ่งที่ไม่ต้องการของผู้ป่วยลงโดยใช้ พื้นฐานของความรู้

ละออ หุตางกุล (2529 อ้างใน สุชาติ ราชกุล, 2530) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า คุณภาพการพยาบาลหมายถึง ลักษณะความดีของบริการการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับ โครงสร้างของประชากร กระบวนการของการให้การพยาบาลและผลที่เกิดกับผู้รับบริการ

พวงรัตน์ บุญญานรักษ์ (2538 : 4-6) มีความเห็นว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพ นั้นอาจมองได้ 3 แนวทาง คือ

1. การพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสนองความต้องการของประชาชน หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ที่ให้ปริมาณของ บริการที่เพียงพอและความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
2. การพยาบาลที่มีคุณภาพ คือ การบริการที่สนองต่อนโยบายด้านสุขภาพ อนามัยของประเทศ ซึ่งเป็นการบริการที่ผสมผสานการดูแล การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟู สุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยเน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
3. การพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องเป็นการพยาบาลที่สนองต่อความเป็นวิชาชีพ ของพยาบาลในขณะปฏิบัติการพยาบาล

DiVincenti (1977 อ้างใน อ่ำไพ ยุติธรรม, 2530) มองการพยาบาลที่มี คุณภาพว่าจะต้องประกอบด้วยการใช้ความรู้ ทักษะ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ Barbara D. Macdonald (1966 อ้างใน อ่ำไพ ยุติธรรม, 2530) กล่าวไว้ว่า คุณสมบัติของพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น จะต้องมีความรู้และความ ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุปคุณภาพของการดูแลก็คือ กระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือ ให้บริการ ที่สามารถตอบสนองความต้องการการบริการของผู้รับบริการนั้นได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิด ประโยชน์แก่ผู้รับบริการอย่างเต็มที่ โดยใช้ความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติการดูแลเป็น พื้นฐาน

ก่อนที่จะให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ควรจะมีการพิจารณาคำจำกัดความของคำว่า การพยาบาลก่อน คำว่า การพยาบาลนั้นหมายถึง “การวินิจฉัย และแก้ไขการตอบสนองของบุคคลที่มีปัญหาหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ” (Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual and potential health problems) (Chitty, K. K., 1993 : 133) ซึ่งคำจำกัดความนี้ สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้ความเห็นชอบในปี 1980 การวินิจฉัยและการรักษาของพยาบาลนั้น มุ่งวินิจฉัยและแก้ไขการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพดีที่สุดตามศักยภาพของตน รูปแบบของการแก้ปัญหาซึ่งเน้นที่ผู้ป่วย และช่วยให้พยาบาลจัดรูปแบบความคิดของตนเองให้เป็นกระบวนการที่มีระบบระเบียบก็คือ กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาหรือการรวบรวมข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผล (Yura and Walsh 1978 cited by Hurst, K., 1993 : 1) ดังนั้นกระบวนการพยาบาลก็คือ กระบวนการแก้ปัญหาที่ตนเอง

การนำกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล หรือกระบวนการพยาบาลมาใช้นั้น ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต่อตัวพยาบาลเองและต่อวิชาชีพ ดังที่ ตีรพร ชัมภลชิต (2532) ได้กล่าวไว้พอสรุปได้ดังนี้

1. ต่อผู้รับบริการ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ ช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมีคุณภาพสูงขึ้น เนื่องจากช่วยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เฉพาะรายและเป็นการดูแลครอบครัวหรือชุมชน และช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วย
2. ต่อพยาบาล โดยจะฝึกให้พยาบาลรู้จักทำงานอย่างเป็นระบบ ใช้ความรู้ความสามารถในการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ และค้นคว้าที่จะเรียนรู้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ ค้นหาวิธีการในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ฝึกให้มีเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติการมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ต่อวิชาชีพ หากมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างแพร่หลายจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น มีการยอมรับการพยาบาลในฐานะวิชาชีพมากขึ้น

นอกจากนี้ Alkdnson (1983) และ Alfalo (1986) (อ้างในเพ็ญญาแดงค้อมยุทธ์, 2539) ยังได้กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ เกิดความเชื่อมั่น เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย

โดยสรุปจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าคุณภาพของการพยาบาลหรือคุณภาพของการดูแลขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของพยาบาลที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล และใช้กระบวนการพยาบาลหรือกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ในการวิจัยครั้งนี้คุณภาพของการดูแลผู้คลอด หมายถึง การช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาลที่กระทำต่อผู้คลอด ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมการดูแลผู้คลอดทั้ง 4 ระยะของการคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้คลอดและทารก และผู้คลอดได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี

2.3 มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

สภาการพยาบาล (2538 : 2) ได้ให้ความหมายของมาตรฐานการพยาบาลไว้ว่า เป็นข้อความที่อธิบายลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติพยาบาลที่ดี เป็นข้อความที่สามารถวัดได้และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลบุคคล ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้เมสัน (1984 อ้างในสภาการพยาบาล, 2538 : 2) ยังได้กล่าวว่า มาตรฐานการพยาบาล คือ ข้อความที่เที่ยงตรงและชัดเจนแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลในแต่ละ ได้แก่ด้านโครงสร้างของบริการ ด้านกระบวนการให้การพยาบาลและด้านผลที่เกิดกับผู้รับบริการ

มาตรฐานงานบริการการพยาบาลสูติกรรม เป็นมาตรฐานฉบับแรกที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างและรักษาคุณภาพของการบริการพยาบาลสูติกรรม ด้วยความร่วมมือในการสร้างมาตรฐานจากคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นโดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการพัฒนามาตรฐานนี้ คือ กระบวนการพยาบาลโดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล วิธีให้การพยาบาล

กองการพยาบาล (2538) ให้ระบุมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ไว้ว่า

มาตรฐานเชิงกระบวนการ :	ตัวชี้วัด
<p>มาตรฐานที่ 1 เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ทำการวินิจฉัยภาวะการเจ็บครรภ์ เตรียมและดูแลหญิงขณะรอคลอดทั้งทางร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติงานเพื่อการคลอดอย่างถูกต้อง เหมาะสม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ และภาวะสุขภาพกายและจิตทั่วไป เพื่อวินิจฉัยระดับความพร้อมสำหรับการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 1 ของการคลอดปกติ 2. บอกความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ กลไกการเคลื่อนตัวของทารกและการขยายตัวของปากมดลูก เพื่อเข้าสู่ระยะคลอดแก่ผู้คลอดแก่ผู้คลอดและญาติ 3. สอนวิธีปฏิบัติตนเองเจ็บครรภ์ แต่ละระยะ 4. ดูแลให้หญิงขณะเจ็บครรภ์ได้รับความสุขสบายตามความเหมาะสม 5. รีบเตรียมพร้อมหญิงขณะรอคลอดให้พร้อมเพื่อการคลอดวิธีอื่น เมื่อพบว่ากลไกการคลอดในระยะที่ 1 ไม่ดำเนินไปตามปกติ
<p>มาตรฐานที่ 2 ผู้ทำคลอดดำเนินการช่วยคลอดตามกลไกของการคลอดอย่างถูกต้อง เหมาะสม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดท่าหญิงระยะคลอดให้สะดวกต่อการคลอด สอนแนะนำวิธีปฏิบัติคน คลอดระยะของการคลอด 2. เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ระยะอันตรายของมารดาและทารกในระยะคลอด และรีบดำเนินการแก้ไขทันทีที่พบความผิดปกติ 3. ให้กำลังใจและทำการช่วยคลอดสอดคล้องกับกลไกการคลอด 4. ดูแลให้รกคลอดตามกลไกของการคลอดรก และสำรวจความสมบูรณ์ของรก 5. ประเมินความสมบูรณ์ของทารกและให้การช่วยเหลือเหมาะสมตามสภาพ
<p>มาตรฐานที่ 3 ดูแลความสบายและความปลอดภัยของหญิงหลังคลอด และทารก 2 ชม. แรกหลังคลอด และเผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความสะอาดร่างกายมารดาหลังคลอด และให้อาหารเหมาะสมตามภาวะของร่างกายและเอื้ออำนวยให้พักผ่อนอย่างเต็มที่

มาตรฐานเชิงกระบวนการ :	ตัวชี้วัด
<p>มาตรฐานที่ 4 พยายามประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือมารดาและทารก และฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมในระยะหลังคลอดให้สุขภาพดี ปลอดภัย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. ประเมินสัญญาณชีพ และการปรับตัวของร่างกายของมารดาและทารกตามกระบวนการปกติ 3. เริ่มดำเนินการตามโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก 4. ดำเนินการแก้ไขเมื่อพบภาวะผิดปกติทันที และให้การดูแลช่วยเหลือเหมาะสมตามสภาพ <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไปและสภาพการเปลี่ยนแปลงจากการคลอดของมารดาและทารกอย่างสม่ำเสมอ 2. ให้คำแนะนำ สอน ให้คำปรึกษา และเฝ้าอำนาจให้มารดาปฏิบัติตนเหมาะสมกับภาวะสภาพของร่างกายและวิธีการปฏิบัติ เพื่อผูกสัมพันธ์กับบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน 3. สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาแก่บิดา และครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือเฝ้าอำนาจการปรับตัวของมารดาและการเลี้ยงบุตรที่บ้าน 4. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการมารับการตรวจสอบสภาพร่างกายของตน 6 สัปดาห์หลังคลอด และการนำบุตรมาตรวจสุขภาพ พร้อมการรับภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ :	ตัวชี้วัด
<p>มาตรฐานที่ 1</p> <p>หญิงมีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะการเจ็บครรภ์และได้รับการเตรียมพร้อมทางร่างกายและจิตใจเพื่อการคลอด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงมีครรภ์ได้รับการประเมินความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ รับทราบภาวะการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์ 2. หญิงมีครรภ์ได้รับการเตรียมร่างกายสอดคล้องกับวิธีการคลอด 3. หญิงมีครรภ์ได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะผิดปกติ
<p>มาตรฐานที่ 2</p> <p>หญิงมีครรภ์ได้รับการช่วยคลอดอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หญิงระยะคลอดได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนในระยะคลอด 2. หญิงระยะคลอด ได้รับการเฝ้าระวังและให้กำลังใจระหว่างการคลอด 3. มารดาและทารกเกิดใหม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเหมาะสมตามสภาพและหลักการของโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก
<p>มาตรฐานที่ 3</p> <p>มารดาและทารกหลังคลอด 2-4 ชม. แรกได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและดูแลอย่างปลอดภัย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาและทารก ได้รับการประเมินอาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง 2. มารดาและทารก 2-4 ชม. แรก ได้รับการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล
<p>มาตรฐานที่ 4</p> <p>มารดาและทารกในระยะหลังคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายและการปรับตัว</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาและช่วยเหลือในการปฏิบัติตนและการเลี้ยงดูทารกในระยะหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล 2. มารดาและทารกได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาเมื่อพบความผิดปกติ 3. มารดาได้รับการสอน แนะนำ และคำปรึกษาในการไปดูแลตนเองและทารกต่อที่บ้าน 4. บิดาและครอบครัวได้รับคำแนะนำคำปรึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุน ช่วยเหลือการเลี้ยงดูทารกและการปรับตัวของมารดาและการเลี้ยงดูทารกที่บ้าน

โดยสรุปจากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่า คุณภาพของการพยาบาลหรือคุณภาพของ การดูแลขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของพยาบาลที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลพยาบาล ใน การวิจัยครั้งนี้คุณภาพของการดูแลผู้คลอด หมายถึง การปฏิบัติการดูแลของนักศึกษา พยาบาล ที่จะกระทำต่อผู้คลอด ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมการดูแลผู้คลอดทั้ง 4 ระยะของการคลอด ก่อให้เกิดความ ปลอดภัยต่อผู้คลอดและทารก และผู้คลอดได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี

2.4 การประเมินคุณภาพของการดูแล

คุณภาพของการดูแลอาจแตกต่างกันตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ในการ ประเมินคุณภาพของการพยาบาลเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลนั้นจะต้องกำหนด องค์ประกอบและเกณฑ์ของการวัด มีผู้เสนอเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการดูแลไว้พอ สรุปได้ดังนี้

เมื่อจะพิจารณาคูณภาพของการดูแลว่าดีหรือไม่ดีนั้น Donabedian (1980 อ้างถึงใน Hodges, L. C. and Icenhour, M. L., 1990 : 243 ; Lin, C. C., 1996 : 207-208) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินระดับของคุณภาพของการดูแลต้องประเมิน 3 ส่วน คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. โครงสร้าง หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้การดูแล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ หรือแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะทางกายภาพและการ จัดองค์กรในที่ทำงานด้วย
2. กระบวนการ หมายถึง ชุดของกิจกรรมซึ่งเกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การดูแลและ ผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังหมายความถึง กิจกรรมของพยาบาลที่แสดงถึงความรู้ ทักษะของ ผู้ดูแลและคิดปะในการให้การดูแล ความสุขสบาย เป็นส่วนตัว
3. ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในสภาพของผู้รับบริการขณะนั้นและใน อนาคต และการปรับปรุงทางการทำหน้าที่ของจิต-สังคม

นอกจากนี้ De Geynt (1970 cited by McClokey, J. C. and Grace, H. K., 1990 : 243) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินคุณภาพของการดูแลนั้น ถ้าประเมินเพียงทาง โครงสร้างอย่างเดียวก็ไม่สามารถที่จะบอกได้อย่างเพียงพอว่าการดูแลนั้นมีคุณภาพ

Williamson (1978 cited by McClokey, J. C. and Grace, H. K., 1990 : 244) ได้เสนอว่า วิธีการที่จะวัดคุณภาพของการดูแลคือ การวัดการปฏิบัติการพยาบาลและสถานะของสุขภาพผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับการดูแล

Brook and Colleagues (1976 cited by McClokey, J. C. and Grace, H. K., 1990 : 244) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะบอกได้ว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย และการประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการนั้น ไม่ได้วัดถึงประสิทธิผลของการดูแลได้เท่ากับการวัดผลลัพธ์

สำหรับการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการนั้น Donabedian (1980 cited by Gardner, D. L., 1992 : 45) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการนั้น หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ดูแล คุณสมบัติอย่างหนึ่งที่แสดงว่าผู้ดูแลนั้นมีความรู้และทักษะในการดูแลคือ สามารถที่จะแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้ ดังนั้นความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้พยาบาลนำความรู้และทักษะมาใช้ในแต่ละเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2525 : 114 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2529 : 93)

ผลลัพธ์ของการพยาบาล หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันและอนาคตที่เกิดจากการให้การดูแลของพยาบาล Donabedian (1980 cited by Lin, C. C., 1996 : 207-216) ได้เสนอว่า ผลลัพธ์ของการพยาบาลเกิดขึ้นได้จากการได้รับการปฏิบัติการดูแลจากการพยาบาล ดังนั้นการประเมินคุณภาพเชิงผลลัพธ์จึงหมายถึง การประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการโดยตรงวิธีหนึ่ง การรับรู้คุณภาพของการดูแลจากผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกพอใจ ความรู้สึกที่ดีที่ได้รับจากการปฏิบัติการดูแลของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ McDaniel & Nash (1990 cited by Lin, C. C., 1996 : 207-216) ได้กล่าวไว้ว่า การวัดผลลัพธ์เป็นการประเมินผลที่สำคัญของการพยาบาล

ดังนั้นในการประเมินหรือวัดคุณภาพของการดูแลนั้น ถ้าจะกระทำเพียงด้านใดด้านหนึ่งนั้น ก็ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่สามารถให้ผลในการวัดได้อย่างถูกต้องและแท้จริง ดังนั้นในการประเมินคุณภาพควรที่จะประเมินในหลาย ๆ ด้านไปควบคู่กัน เช่น ควรประเมินกิจกรรมการพยาบาลควบคู่ไปกับผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (Donabedian, 1980 cited by Lin, C. C., 1996 : 207)

สำหรับในการประเมินคุณภาพการดูแลของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขนั้น กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2538) ได้กำหนดให้มีการประเมินทั้ง 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินทางโครงสร้าง โดยคำนึงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบาย การปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริหารบริการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนส่งเสริมคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละกลุ่ม

2. การประเมินในเชิงกระบวนการ เป็นการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยกำหนดกิจกรรมจุดมุ่งหมายและพฤติกรรมของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งสิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้นั้น พยาบาลจะต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลหรือกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นหลัก

3. การประเมินในเชิงผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการวัดผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย แล้วผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีเข้าสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติตามลักษณะสภาพการเจ็บป่วย ในลักษณะของเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหา

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ การประเมินคุณภาพของการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาลได้กระทำในเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ เนื่องจากการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้รับบริการของผู้บริการ และการประเมินคุณภาพเชิงคุณภาพเป็นการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการโดยตรง โดยมีการประเมินในด้านกิจกรรมการดูแลควบคู่ไปกับผลของการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอด เป็นการแสดงออกซึ่งความรู้ในการที่จะแก้ปัญหาของผู้รับบริการ

2. ด้านปฏิบัติการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาล เป็นการแสดงออกถึงทักษะในการดูแลผู้รับบริการ

3. ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด เป็นการแสดงออกถึงผลที่ผู้รับบริการได้รับจากการปฏิบัติการดูแลของผู้บริการ

โดยสรุปคุณภาพของการดูแลผู้คลอดในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การช่วยเหลือดูแลของนักศึกษาพยาบาลที่กระทำต่อผู้คลอด ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด

ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้คลอดในทั้ง 4 ระยะของการคลอด ก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดาและทารก และผู้คลอดมีความพึงพอใจได้รับประสบการณ์การคลอดที่ดี ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอด ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอด เป็นลักษณะแบบสอบอัตนัยประยุกต์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
2. ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้คลอด ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบสังเกตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
3. ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Marut, J. S. (1979)

การสร้างแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลและการทดลองใช้

ปัจจุบันได้มีผู้สร้างแบบประเมินคุณภาพของการดูแล และนำมาทดลองใช้กันมากขึ้น สำหรับขั้นตอนในการสร้างแบบประเมินคุณภาพนั้น ลินเดอร์แมน (Linderman อ้างใน กนกวรรณ กฤษณา, 2526) เสนอแนะว่าจะดำเนินขั้นตอนดังนี้

1. เลือกและกำหนดขอบเขตของการประเมิน
2. กำหนดวัตถุประสงค์
3. กำหนดลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย
4. กำหนดข้อรายการหรือข้อป่งชี้ในแบบประเมิน
5. รวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อสร้างแบบประเมิน
6. ทดสอบหาความเที่ยงตรง
7. ทดสอบหาความเชื่อถือได้
8. กำหนดการให้คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการสร้างแบบวัดคุณภาพของการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาล

1. เลือกและกำหนดขอบเขตของการประเมิน โดยที่มีการกำหนดว่าจะมีการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการเชิงผลลัพธ์ มีการประเมินในด้านกิจกรรมการดูแลควบคู่ไปกับผลของการดูแล ซึ่งจะประเมินคุณภาพการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาลในทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอด ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดและด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

2. กำหนดข้อรายการหรือข้อป่งชี้ในแบบประเมิน ซึ่งได้จากมาตรฐานการดูแลผู้คลอของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

3. รวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อสร้างแบบวัด ซึ่งประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด คือ แบบสอบอัตรันัยประยุกต์วัดความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอ แบบวัดการปฏิบัติการดูแลผู้คลอของนักศึกษา และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอของผู้คลอ

4. ทดสอบหาความเที่ยงและค่าความเชื่อมั่น

5. กำหนดการให้คะแนนในเครื่องมือแต่ละชุด โดยยึดแนวคิดทฤษฎีเป็นหลัก และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2.5 ด้านความสามารถในการแก้ปัญหาการพยาบาลผู้คลอ

ความสามารถในการแก้ปัญหา นับเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล ดังที่ Larkin and Becker (1977อ้างในทองสุข คำธนะ, 2538) ได้ให้ความเห็นว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้เพราะความรู้ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ได้เรียนมาจากโรงพยาบาลนั้น ภายในเวลาไม่นานก็จะไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน และถ้าปราศจากความสามารถในการแก้ปัญหา พยาบาลก็จะทำงานโดยอาศัยการท่องจำ ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ถึงแม้ว่าความรู้ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล แต่ความสามารถในการประมวลข้อเท็จจริงเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ มีความสำคัญมากกว่า ซึ่งความเห็นดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล (2529) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้พยาบาลนำความรู้และทักษะมาใช้แต่ละเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม

ฉะนั้นการฝึกนักศึกษาพยาบาลให้เป็นนักแก้ปัญหาที่ดี จึงควรเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบัน ดังที่ Munro (1982 อ้างในทองสุข คำธนะ, 2538) ได้ให้ข้อคิดไว้ว่าการพยาบาลเป็นปฏิบัติการระดับวิชาชีพ ให้การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ในอันที่จะช่วยบุคคลเหล่านั้นให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ ซึ่งการที่จะให้การช่วยเหลือเช่นนั้นได้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยตัดสินใจอย่างรอบคอบ เป็นกระบวนการหรือมีคำเรียกต่าง ๆ กันว่า เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการแก้ปัญหา

มีคำกล่าวว่าการพยาบาลและการแก้ปัญหาเป็นสิ่งเดียวกัน คือ เป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาที่มุ่งเน้นต่อผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ประการประกอบกับสติปัญญา ประสบการณ์ สถานการณ์ กิจกรรม ความสนใจของแต่ละบุคคลต่อปัญหา (Stollberg, 1956 อ้างใน เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2539) ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าคุณสมบัติต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่สั่งสมตามลำดับในอดีต โดยเมื่อจะทำการพัฒนาความสามารถในเรื่องใดก็ควรจะต้องปลูกฝังความรู้ในเรื่องนั้นเสียก่อน เช่นเดียวกันหากต้องการพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้คลอด ก็สมควรจะต้องมีการปูพื้นฐานความรู้และความสามารถในการดูแลผู้คลอดเสียก่อน ซึ่งความรู้ในการดูแลผู้คลอดผู้ที่ใช้การดูแลได้นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้คลอด ตลอดจนความผิดปกติและการดูแลผู้คลอดในระยะต่าง ๆ ของการคลอด และสามารถประยุกต์ความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยและประสบการณ์การคลอดที่ดี

จากแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำมากำหนดความหมายของความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้คลอด ซึ่งหมายถึง ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการคิดค้นหาและแก้ไขปัญหาของผู้คลอด โดยยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในการคิดแก้ปัญหาจะต้องนำความรู้ในการดูแลผู้คลอด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการคิดแก้ปัญหาใหม่ที่ประสบ และใช้ความสามารถทางสติปัญญาในการคิดเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ ซึ่งความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้คลอด วัดได้จากแบบสอบอัตนัยประยุกต์ วัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้คลอด

การวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

โดยทั่วไปมีการใช้แบบทดสอบทางสติปัญญา ทดสอบความสามารถในการแก้ปัญหา เพราะแบบทดสอบทางสติปัญญาจะวัดพฤติกรรมหลายด้านและรวมการแก้ปัญหาไว้ด้วย ผู้ที่ทำแบบทดสอบทางสติปัญญาได้ดี จึงมีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาได้ดี (จำเนียร ช่วงโชติ, 2521 อ้างใน ทองสุข คำธนะ, 2538) การวัดความสามารถในการแก้ปัญหา มีวิธีการวัดในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ ปัญหาเขียนไข ปัญหาสามเหลี่ยม ปัญหาเก้าจุด เป็นต้น ซึ่งการทดสอบความสามารถในการแก้ปัญหา ขึ้นอยู่กับวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้แก้ปัญหาเลือกใช้ นักจิตวิทยา นักวัดผลพยายามนำข้อคิดเหล่านี้มาสร้างเป็นแบบทดสอบ เพื่อหาข้อบกพร่องของผู้เรียนว่าใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างไร จึงไม่ประสบผลสำเร็จในการเรียน ครอสส์และไกเออร์ (Cross and Galer, 1955 อ้างใน ทองสุข คำธนะ, 2538) ได้ร่วมกันสร้างแบบทดสอบแนวคิดเกี่ยวกับการ

แก้ปัญหา เรียกว่า The Balance Problem Test (BPT) ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้เรียนเลือกว่า จะแก้ปัญหาโดยอาศัยหลักการที่กำหนดขึ้นโดยเฉพาะ หรือจะอาศัยข้อเท็จจริงทั่วไปเป็นหลัก ซึ่งนับว่าแบบทดสอบนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างแบบทดสอบ เพื่อวัดแนวคิดในการแก้ปัญหา และพัฒนาเป็นแบบทดสอบความสามารถในการแก้ปัญหาในเวลาต่อมา

นั่นคือ การสร้างแบบทดสอบเพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคล จึงนำที่จะกำหนดหลักการ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่กลั่นกรองแล้วอย่างมีระบบระเบียบ ผู้ทดสอบสามารถใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์เดิมทำความเข้าใจได้มาเป็นแนวคิดในการแก้ปัญหา ผู้ที่สามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ ถือว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาสูง

Quellmalz (1985) ได้สรุปคุณลักษณะของเครื่องมือที่สามารถใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหา ดังนี้

1. ปัญหาที่ถามควรเป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นได้บ่อย
2. วัดทักษะรวม
3. มีทางเลือกในการตีความหรือการตัดสินใจแก้ปัญหา
4. เป็นคำถามเปิดสำหรับให้อธิบายเหตุผล
5. เป็นคำถามให้มีการเชื่อมโยงความคิดหรือการสรุปทั่วไป
6. วัดทักษะความคิดขั้นสูง และพัฒนางานที่เกี่ยวกับการประเมินการคิดระดับสูงให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อหาเครื่องมือวัดผลที่มีประสิทธิภาพ สามารถวัดความสามารถในการแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังเช่นที่มหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ประเทศออสเตรเลีย ได้ทำการศึกษาเพื่อหาเครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาโดยทำการศึกษาเครื่องมือวัดผล 11 อย่าง ได้แก่ ข้อสอบความเรียง ข้อสอบเลือกตอบ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ข้อสอบอัตนัยประยุกต์ ข้อสอบสถานการณ์จำลองปัญหาของผู้ป่วย เกมส์การจัดการคนไข้ การสอบคลินิกแบบปรนัย การสังเกตการปฏิบัติทางคลินิก การตรวจสอบบันทึกปัญหาทางการแพทย์ การวัดผลโดยการแก้และปรับการเรียนการสอนทุกวัน เพื่อหาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาพบว่า รูปแบบของเครื่องมือที่ได้รับการเลือก คือ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยและข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532) และที่ มหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา ได้ทำการศึกษาเครื่องมือวัดผลที่ใช้วัดผลการศึกษาและสรุปผลว่า เครื่องมือที่ใช้วัดความ

สามารถในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด คือ แบบสอบการวัดแบบ 3 ชั้น (Triple Jump Exercise) รองลงมาคือ แบบสอบอัตรานัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเลือกใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะให้การวัดผลนั้นถูกต้องเชื่อถือได้ และจากการศึกษาพบว่า เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพวัดความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด คือ แบบสอบการวัดแบบ 3 ชั้น แบบสอบอัตรานัยประยุกต์ และแบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียดของเครื่องมือเหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสม ถูกต้อง อันจะนำซึ่งความถูกต้องแม่นยำของข้อมูลที่วัดได้

แบบสอบถามการวัดแบบ 3 ชั้น (Triple Jump Exercise)

แบบสอบการวัดแบบ 3 ชั้น เป็นการสอบปากเปล่าที่ละคน โดยมีขั้นตอนการประเมิน ดังนี้ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

ขั้นที่ 1 จับปัญหา (ใช้เวลา 1/2 ชั่วโมง) ให้ผู้สอบอ่านโจทย์ หรือกรณีศึกษาอาจเป็นเหตุการณ์สั้น ๆ หรือสถานการณ์จำลอง หรือเป็นวิดีโอ สไลด์เป็นต้น เมื่อผู้สอบอ่านหรือทราบปัญหาแล้วสามารถถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้สอน เช่น ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง และอื่น ๆ จากนั้นผู้สอบจะทดสอบความเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับปัญหา โดยเฉพาะกลไกการเกิดปัญหา สมมติฐานในการเกิดปัญหา การจับประเด็นปัญหา กระบวนการคิดที่อาจประเมินได้

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น

“ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาอะไรบ้าง”

“ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร”

“ผลการตรวจเลือดให้ข้อมูลเพื่อเติมว่าอย่างไรบ้าง”

นอกจากนี้ยังสามารถทดสอบ ความรู้ ความคิดแยกแยะอย่างมีเหตุผล มีวิจารณ์ญาณ (Critical Reasoning, Critical Thinking) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ทำไมจึงคิดว่าปัญหาผู้ป่วยรายนี้เกิดจากโรคปอดบวม”

“ทำไมจึงเลือกสั่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งมีราคาแพงมากกว่าการตรวจเอ็กซเรย์ธรรมดา”

การตั้งคำถามประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา จะมีหลายคำถามมี นักศึกษาตอบไม่ได้ ให้เลือกคำถามเหล่านี้เป็นประเด็นให้นักศึกษาไปศึกษาด้วยตนเองใน ชั้นที่ 2

ตัวอย่างคำถามเช่น

“ทำไมภาวะน้ำคั่งในปอดจึงทำให้ไอเป็นเลือด”

“ภาวะตีชานเกิดจากเม็ดโลหิตแดงแตกสลายได้อย่างไร”

ชั้นที่ 2 การหาข้อมูลและศึกษาด้วยตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง) แหล่ง ข้อมูลอาจเป็นหนังสือ วารสาร หรือศูนย์ข้อมูล แต่ไม่ควรเป็นแหล่งข้อมูลจากบุคคลใดบุคคล หนึ่งเพียงคนเดียว

ชั้นที่ 3 สรุปปัญหา (ใช้เวลาประมาณ 1/2 ชั่วโมง) นักศึกษากลับมาตอบและ อภิปรายกับครูผู้สอน เกี่ยวกับการประมวลมาสรุปข้อเจตนาปัญหาการวางแผนจัดการกับผู้ป่วย ของนักศึกษา จะประเมินผลในด้านกระบวนการคิดและกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการประเมิน ความรู้ที่นักศึกษาไปค้นหา ซึ่งครูผู้สอนประเมินในแง่ต่อไปนี้ คือ นักศึกษาได้ข้อมูลมาอย่างไร นำข้อมูลมาสรุปอย่างไร อธิบายหัวข้อปัญหาอย่างไร และจัดการวางแผนปัญหานั้นอย่างไร

ตัวอย่างคำถาม เช่น

“ได้ข้อมูลนี้จากตำราเล่มใด เขียนว่าอย่างไร หมายความว่าอย่างไร จะอธิบาย ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างไร”

แบบวัดแบบ 3 ชั้นนี้มีข้อดี และข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี สามารถจะประเมินวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้หลายอย่าง ในการประเมิน เพียงครั้งเดียว

ประเมินผลให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาได้โดยตรงทันที เป็นวิธีสอบที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องของการนำเสนอปัญหา และปรับ เวลาในการสอบได้

ข้อเสีย ความชำนาญของครูผู้สอน ต้องมีความสามารถสูง ผู้ประเมินเน้นจุดประสงค์ในการประเมินต่างกัน นักศึกษาแต่ละคนจะได้รับ การประเมินโดยมาตรฐานต่างกัน

ใช้ผู้ประเมินมาก โดยผู้ประเมินหนึ่งคนต่อนักศึกษาหนึ่งคน

แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (Patient Management Problem)

แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (PMP) นั้นมีรูปแบบและขั้นตอนการสอบ ดังนี้ (Virginia A. Wenk, 1981 อ้างใน อภรณ์ ชูดวง, 2534)

1. ผู้ประเมินสร้างสถานการณ์จำลองที่เกิดมีจริง เป็นแกนจัดเป็นชุดคำถามและตัวเลือกตอบ
2. ลำดับชุดคำถามเลือกตอบ โดยการจัดตัวเลือกตอบไว้ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่นักศึกษาต้องการเลือก และถามความเกี่ยวเนื่องของการตัดสินใจกระทำตั้งแต่เริ่มเผชิญปัญหา
3. มีการให้ทราบเหตุผลหรือรายละเอียดที่ได้จากการเลือกตัวเลือกนั้น ๆ (ซึ่งจัดไว้ในคอลัมน์ทางขวามือ) ในลักษณะที่คล้ายจริงและรายละเอียดนี้จะใช้เทคนิคในการซ่อนรายละเอียด เช่น ใช้หมึกไม่มีสี หรือใช้เทปปิดไว้
4. ใช้เกณฑ์ในการยอมรับของผู้เชี่ยวชาญ ตัดสินให้คะแนนการเลือกของนักศึกษา โดยพิจารณาจากกิจกรรมในแต่ละตัวและกำหนดค่าคะแนนประจำไว้
5. ตัดสินความสามารถของนักศึกษาผู้ตอบจากดัชนีต่าง ๆ ดังนี้
 - 5.1 ดัชนีประสิทธิภาพ (Efficiency Index) เป็นดัชนีที่ใช้ประมาณคุณภาพในกระบวนการปฏิบัติ หมายถึง ค่าร้อยละของการเลือกได้ตัวเลือกที่เป็นกิจกรรมที่ควรกระทำและเป็นประโยชน์ ซึ่งสามารถคำนวณได้จาก (อภรณ์ ชูดวง, 2534)

$$\text{Efficiency Index} = \frac{\text{จำนวนข้อที่คิดเป็นประโยชน์ที่ผู้ตอบเลือก}}{\text{จำนวนที่ผู้ตอบเลือกทั้งหมด}} \times 100$$

- 5.2 ดัชนีความคล่อง (Proficiency Index) เป็นดัชนีคุณภาพในผลของการปฏิบัติ หมายถึง ร้อยละของคะแนนได้จากตัวเลือกเป็นกิจกรรมที่ควรกระทำ ไม่ควรกระทำ เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์ ซึ่งคำนวณได้จาก

$$\text{Proficiency Index} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จากการเลือกทั้งหมดของผู้ตอบ}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$$

5.3 ดัชนีความสามารถ (Competency Index) เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงการประมาณคุณภาพทั้งในกระบวนการ และผลของการปฏิบัติแสดงเป็นร้อยละของการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคำนวณได้โดย

$$\text{Competency Index} = (\text{Proficiency Index} \times \text{Efficiency Index} / 100) / 2 + \text{Proficiency Index}$$

แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยมีข้อดีและข้อเสีย เหมือนแบบสอบอื่นเช่นกัน สามารถสรุปได้ดังนี้

ข้อดี ใช้ปัญหาเป็นหลัก

วัดกระบวนการแก้ปัญหา

มีคำตอบแน่นอน ทำให้ผู้สอบไม่ได้คิดหาทางเลือกในการตัดสินใจ

ไม่มีขั้นตอนเป็นแนวทางในการตัดสินใจ

กลับไปแก้ไขคำตอบที่ตอบแล้วไม่ได้

ข้อเสีย ไม่มีข้อมูลซ้ำเป็นแนวโน้มในการตัดสินใจ

มีคำตอบให้เลือกในขอบเขตที่จำกัด

มีแนวคำตอบให้เลือกได้

สร้างได้ยาก ต้องใช้เทคนิคในการซ่อนคำตอบ ต้องใช้อุปกรณ์เฉพาะที่มี

ราคาแพง

แบบสอบอัตนัยประยุกต์หรือแบบสอบ เอ็ม อี คิว (Modified Essay Questions)

แบบสอบอัตนัยประยุกต์เป็นแบบสอบที่มีลักษณะเสนอกรณีศึกษา ตามลำดับเหตุการณ์แล้วแทรกคำถามเป็นระยะ ผู้สอบต้องใช้ข้อมูลที่มีอยู่ คิดหาคำตอบเองอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพตามการปฏิบัติจริง (Follett, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยภนท, 2532) แบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่สอดคล้องกันและนอกซ์ พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกรณีศึกษา ซึ่งครูหรือผู้ออกข้อสอบเลือกมาให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการออกข้อสอบ และครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แล้วเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ โดยเสนอที่จะตอบเป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้สอบต้องหาคำตอบเอง โดยอาศัยข้อมูลที่มีข้อสอบกำหนดให้เมื่อได้คำตอบแล้ว ผู้สอบจึงเปิดไปทำข้อสอบข้อต่อไป และหากผู้สอบรู้ว่าข้อสอบที่ทำได้แล้วผิดจะกลับไปแก้คำตอบหรือจะเปิดข้อสอบ ข้อถัดไปไม่ได้ ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบสอบเลือกตอบ เนื่องจากการตอบ

ข้อสอบแบบนี้ ผู้ตอบจะต้องสังเคราะห์คำตอบเอง จึงสามารถประเมินกระบวนการคิด ตลอดจนเจตคติของผู้ตอบได้ด้วย ลักษณะแบบสอบอัตนัยประยุกต์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ (อาภรณ์ ชูดวง, 2534)

1. สถานการณ์สั้นๆ
2. คำถามเกี่ยวข้องกับการตั้งสมมติฐาน
3. คำถามหรือข้อมูลที่นำไปสู่การตั้งสมมติฐานได้หลายแบบ
4. การปรับปรุงสมมติฐาน
5. คำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ หรือขั้นตอนในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการสังเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล หลักการให้การพยาบาล
6. คำถามเกี่ยวข้องกับความรู้อื่นๆพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อประเมินความเข้าใจ

หลักทั่วไปในการสร้างข้อสอบอัตนัยประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532; อาภรณ์ ชูดวง, 2534)

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนทั้งเนื้อหาและระดับความสามารถที่ต้องการ
2. ตั้งโจทย์สั้น ๆ เป็นตัวอย่างผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติการจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยโจทย์จะต้องเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการออกสอบและครอบคลุมวัตถุประสงค์
3. สร้างคำถามตามวัตถุประสงค์การจัดที่ตั้งไว้ คำถามเป็นแบบสอบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้คิดตั้งสมมติฐาน และการตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไปโดยผู้สอบเตรียมคำตอบของตนเองไว้
4. จำนวนข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต่ 5-35 ข้อ (Follett, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)
5. การทำโมเดลคำตอบและการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ทำข้อสอบเพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์มากจะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

6. ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน เพื่ออภิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันกับคำตอบที่ควรเป็น และกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถามให้ชัดเจนเพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด

7. กำหนดเวลาในการตอบแต่ละคำถาม โดยทั่วไปมักจะแบ่งเวลาช่วงละ 5 นาที แต่อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่จะต้องตอบ

8. จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์จะจัดพิมพ์เป็นเล่มโดยการเรียงหน้า คำถามใดที่อาจจะเป็นแนวทางให้คำตอบแรก ควรจะพิมพ์ในหน้าต่อไป เพื่อไม่ให้นักศึกษาเดาคำตอบได้

ควรพิมพ์คำแนะนำในการตอบไว้บนแผ่นหน้าขวาของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบายชักชวนความเข้าใจกับนักศึกษา ถ้าวิธีการตอบคำถามและคะแนนที่จะได้ก่อนทำการสอบเสมอ

9. ทดลองใช้สอบกับนักศึกษาและอาจารย์ แล้วปรับปรุงคำถามและคำตอบเพิ่มเติมให้ดีขึ้น

จุดเด่นของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. สร้างได้ค่อนข้างง่ายคล้ายกับการสร้างข้อสอบแบบอัตนัย
2. เป็นเครื่องมือที่ประเมินได้ทั้งแบบประเมินผลความก้าวหน้า และการประเมินผลรวมยอด
3. สามารถใช้ประเมินนักศึกษาได้ครั้งละจำนวนมาก โดยอาจดัดแปลงการใช้แบบทดสอบด้วยการฉายบนเครื่องฉายข้ามศีรษะ แล้วให้ตอบทีละคำถามแทนการพิมพ์เป็นเล่ม
4. ใช้ทดสอบความสามารถในการหาข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่า
5. สามารถวัดเจตคติได้
6. ให้คะแนนได้คงที่

จุดอ่อนของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. มีความยุ่งยากในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
2. ครอบคลุมเนื้อหาได้ไม่กว้างเท่าข้อสอบแบบปรนัย
3. นักศึกษาอาจแอบพลิกกระดาษไปข้างหน้าหรือย้อนหลังได้
4. ใช้เวลาในการตรวจข้อสอบค่อนข้างมาก
5. คำตอบที่กำหนดไว้อาจไม่เจาะจง ประกอบกับนักศึกษาไม่ทราบว่าจะต้องตอบลึกซึ้งมากน้อยเพียงใด

คุณภาพของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

Felett (1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532) ได้คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Coefficient Alpha ของครอนบาค พบว่า มีค่าระหว่าง 0.57 ถึง 0.91 และหาค่าความตรงตามโครงสร้างพบว่า มีค่าระหว่าง 0.34 ถึง 0.87 Starford and others (1985 อ้างใน ทองสุข คำชนะ, 2538 ; เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2539) รายงานว่าค่าความเที่ยงแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่มีจำนวนคำถาม 25 คำถาม มีค่าเท่ากับ 0.63 และถ้าแบบสอบอัตนัยประยุกต์มีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจนจะมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.73 ถึง 0.83 ทั้งนี้ค่าความเที่ยงจะมากขึ้นอยู่กับจำนวนคำถาม ตัวคำถามมีมากข้อค่าความเที่ยงจะ ยิ่งสูง

แบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem-Solving) ที่กล่าวมาข้างต้น 3 แบบ ผู้วิจัยสามารถสรุปจุดเด่นและจุดอ่อนของวิธีการประเมินแต่ละแบบ ดังจะแสดงไว้ในตารางดังนี้

ตาราง 1 แสดงข้อดีและข้อด้อย ของวิธีการประเมินแบบทดสอบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)

ทักษะที่วัด	Triple Jump Exercises	Patient Management Problem	Modified Essay Question
ความรู้ (Knowledge)	*	*	**
การแก้ปัญหา (Problem-Solving)	***	**	**
ทักษะทางเทคนิค (Technical Skill)	-	-	-
ทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (Interpersonal Skills)	-	-	-
ทัศนคติ, ท่าทาง (Attitudes)	-	-	-

(***มาก **ปานกลาง *น้อย)

จากแนวคิดของแบบสอบการวัดทั้ง 3 ชั้น แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยและแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเลือกแบบสอบอัตนัยประยุกต์ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหา การพยาบาลผู้คลอดเพราะแบบสอบนี้ทดสอบความรู้ระดับแก้ปัญหาทดสอบความสามารถในการหาข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่า ประกอบกับแบบสอบนี้สร้างได้ค่อนข้างง่าย ใช้ประเมินผู้เรียนได้ทั้งการประเมินก้าวหน้าและประเมินผลรวมและสามารถใช้ประเมินผู้เรียนได้ครั้งละจำนวนมาก

2.6 ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้คลอด

การดูแลหรือการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ซึ่งครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อผดุงหรือส่งเสริมความมีสุขภาพดีของผู้รับบริการสนองต่อความต้องการพื้นฐานในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการจะมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการสังเกต สนับสนุน ประคับประคอง สื่อสาร จัดการ สอนและดูแล ซึ่งจะกระทำอย่างมีระเบียบภายใต้ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533)

Kozler Erb (1988 อ้างใน อรทัย หุ่นดี, 2536) ได้สรุปความหมายของการพยาบาลจากนักทฤษฎีการพยาบาลไว้ดังนี้คือ

1. การพยาบาลเป็นการดูแลคนทั้งคน
2. การพยาบาลเป็นการปรับความต้องการของแต่ละคน ซึ่งลักษณะหรือคุณสมบัติของความเป็นพยาบาลในการวางแผนดูแล
3. การพยาบาลต้องเป็นแบบองค์รวม (Hollistic) โดยมองไปที่ส่วนประกอบต่าง ๆ จากการตอบสนองของผู้รับบริการ
4. หน้าที่สำคัญของพยาบาลคือการสอนประชาชน
5. การพยาบาลครอบคลุมถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกัน
6. การพยาบาลครอบคลุมถึงคนที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย
7. การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรง ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการและ/หรือผู้สนับสนุน
8. การพยาบาลครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและการดูแลเมื่อตาย
9. การพยาบาลเป็นศาสตร์ที่ครอบคลุมถึงความคิดรวบยอด

โดยสรุป การพยาบาลเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติดูแลผู้เจ็บป่วยให้
หายเป็นปกติ ตลอดจนดูแลที่มีสุขภาพดีไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยให้เป็นผู้มีสุขภาพดี และ
แข็งแรงตลอดไป

ในระหว่างครั้งนี้การปฏิบัติการดูแลผู้คลอด หมายถึง การปฏิบัติการและดูแลผู้คลอด
ทั้งบุคคล โดยใช้ความรู้ในการดูแลผู้คลอดและทักษะ โดยยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิด
ความปลอดภัยแก่มารดาและทารก ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดวัดได้จากแบบวัดการปฏิบัติ
ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับ
เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะคลอด ซึ่งประสบการณ์
เกี่ยวกับการคลอดเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายแตกต่างกันไปสำหรับมารดาแต่ละคน
มารดาบางคนอาจจะมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในด้านบวก และมารดาบางคน
อาจจะมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดในด้านลบ ซึ่ง Clark and Affonso, 1979
อ้างใน เรณู พุกบุญมี, 2531)

1. ลักษณะของบุคคล
2. ความคาดหวังต่อบทบาทการเป็นผู้คลอด
3. ความกลัวและความวิตกกังวล
4. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก
5. ความรู้สึกสูญเสีย

การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

แนวทางการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาในระยะคลอด ซึ่ง
Marut, J. S. and Mercer, R. T. (1979) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินประสบการณ์การคลอด
ของมารดาโดยประเมินในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. ความสำเร็จของมารดาในการใช้ทักษะเพื่อลดความเจ็บปวด
2. ความมั่นใจของมารดาในขณะที่เจ็บครรภ์และในขณะคลอด
3. การผ่อนคลายของมารดาในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
4. ความพึงพอใจของมารดาที่เกิดขึ้นในระหว่างคลอด

5. การควบคุมตนเองของมารดาในระหว่างเจ็บครรภ์และในระหว่างคลอด
6. ความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับบุตร
7. ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลของมารดา
8. การช่วยเหลือของคู่สมรสในระหว่างเจ็บครรภ์ในระหว่างคลอด
9. ความสามารถของมารดา ในการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บครรภ์

และในระหว่างคลอด

10. ความรู้สึกเจ็บปวดในขณะคลอดของมารดา
11. ความหวาดกลัวของมารดา ระหว่างคลอด
12. ความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับสภาพบุตร
13. ความรู้สึกของมารดาต่อการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในระหว่างคลอด
14. ความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับประสบการณ์
15. โอกาสของมารดาในการเลือกเกี่ยวกับการตรวจรักษา
16. โอกาสของมารดาในการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดา รวม

ทั้งความรู้สึกของมารดาภายหลังการพูดคุยกับผู้อื่น

17. ความพึงพอใจต่อผลของการคลอดของมารดา
18. ระยะเวลาที่มารดาได้สัมผัสจับต้องและอุ้มบุตร รวมถึงความรู้สึกของมารดาภายหลังอุ้มบุตรด้วย

หลังอุ้มบุตรด้วย

จากแนวคำถามเหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงระดับของการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของมารดา และสามารถช่วยให้มารดาได้เข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของมารดาตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยมารดาและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ให้สามารถเผชิญกับประสบการณ์การคลอดที่อาจจะคุกคามตามความรู้สึกของมารดาและครอบครัวอยู่

ต่อมาได้มีผู้ปรับปรุงแบบประเมินประสบการณ์การคลอดหลายท่าน เช่น เรณู พุกบุญมี (2531) ได้สร้างแบบประเมินประสบการณ์การคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทางออกทางหน้าท้อง มีจำนวน 48 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดคือ

1. ความสำเร็จในการควบคุมตนเอง ก่อนระยะปากมดลูกเปิดเต็มที่
2. ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพบุตรในขณะที่อยู่ในกระบวนการคลอด
3. ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่ในกระบวนการคลอด
4. ความคาดหวังต่อประสบการณ์ในกระบวนการคลอด
6. ความรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของตนต่อการมีบุตรครั้งนี้

และประกายแก้ว กำคำ (2534) ได้นำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีโดยได้เพิ่มแบบการประเมินอีก 1 หมวด คือ สัมพันธภาพกับสามีตามการรับรู้ของผู้คลอด

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดค่าจำกัดความการรับรู้ประสบการณ์การคลอด คือ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง หรือความพึงพอใจของผู้คลอด ที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เจ็บครรภ์และขณะคลอด โดยประเมินได้จากแบบประเมินประสบการณ์การคลอด ซึ่งดัดแปลงมาจาก Marut, J. S (1979)

3. การสอนในคลินิก

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอนในคลินิก

การเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลนั้น ประกอบด้วยการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การเรียนการสอนภาคปฏิบัติหรือในคลินิกถือว่าเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล เพราะเป็นการนำความรู้ที่ภาคทฤษฎีที่ได้จากห้องเรียนมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เน้น ได้สังเกต ได้สัมผัส ได้สื่อความหมาย ลงมือกระทำหรือให้การพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้มารับบริการพยาบาลในสภาพที่เป็นจริง (Hinchliff, S. M., 1979 ; สมคิด รักษาสัตย์ ; ประนอม โอทกานนท์, 2525 ; สมคิด รักษาสัตย์, 2533 : 1-2)

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2532)

1. การปฏิบัติทางห้องทดลอง เป็นการฝึกฝนในแง่ของการทดลอง เช่น การฝึกภาคปฏิบัติทดลองทางวิทยาศาสตร์ และการฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น
2. การฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน ซึ่งเน้นการฝึกวิเคราะห์และแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จริง วิธีการจัดการเรียนการสอนที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ กรณีศึกษา (Case Study) วิเคราะห์อุบัติการณ์ (Case Incident Analysis) และสถานการณ์จำลอง เป็นต้น
3. การฝึกปฏิบัติภาคสนาม หมายถึง การฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพโดยตรงด้วยการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย

3.2 จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีการปฏิบัติเป็นแกนกลาง (Practice-oriented discipline) ดังนั้นการศึกษาพยาบาลจึงเป็นการเตรียมพยาบาลที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการตามลักษณะของวิชาชีพ และต้องมีความสามารถในทางปฏิบัติการพยาบาล การเรียนการสอนจึงประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งต้องสัมพันธ์สอดคล้องกัน นอกจากนี้ นักการศึกษาท่านอื่น ๆ ได้เน้นความสำคัญของการฝึกปฏิบัติ เช่น Smith (1968 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) ได้กล่าวว่า การสอนการพยาบาลภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล เพราะนักศึกษาจะได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ด้วยตนเอง ได้มีโอกาสปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยสรุปการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินี้ เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรง โดยการนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล อันจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านสติปัญญา ทักษะ และทัศนคติในวิชาชีพ

Scheveer (1972 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2527) ได้กล่าวถึงการสอนภาคปฏิบัติเพิ่มเติมไว้ว่า การสอนนี้เป็นหัวใจของการศึกษาพยาบาล ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ

1. สนับสนุนผู้เรียนเกิดความคิดอย่างอิสระ
2. ส่งเสริมผู้เรียนให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ
3. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
4. ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความเจริญทางด้านสติปัญญาและวิชาชีพ
5. พัฒนาทักษะทุกด้าน

สมคิด รัชศาสตร์ และ ประนอม โอทกานนท์ (2525) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนในตึกผู้ป่วย คือ ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการในด้านพุทธินิสัย (Cognitive domain) จิตพิสัย (Affective domain) และทักษะนิสัย (Psychomotor domain) ซึ่งในการพัฒนาด้านพุทธิพิสัยนั้น มุ่งให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ความจริง ได้ใช้ความคิด สติปัญญา ความสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม สำหรับพัฒนาการในด้านจิตพิสัย (Affective domain) จะครอบคลุมด้านความสนใจ ทัศนคติ ค่านิยม ส่วนพัฒนาการทางทักษะนิสัยนั้น เน้นที่พัฒนาการทักษะในด้านการปฏิบัติโดยตรง และพัฒนาการทางด้านทักษะพิสัยนี้ จะสัมพันธ์ผลดีไม่น้อยเพียงใดนั้น ผู้เรียนจะต้องมีพัฒนาการในด้านพุทธินิสัย และจิตพิสัยมาเป็นอย่างดี จึงจะช่วยในการเรียนเพื่อให้เกิดทักษะในด้านการปฏิบัติด้วยความมั่นใจและได้รับผลสูง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527) ได้สรุปว่าการสอนการพยาบาลภาคปฏิบัติ มีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ

1. ให้นักศึกษาได้นำความรู้ภาคทฤษฎีประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้
2. ส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล
3. ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้านสติปัญญา ทักษะ และทัศนคติใน

วิชาชีพ

4. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
5. สนับสนุนให้นักศึกษาเกิดความคิดอย่างอิสระ

เมื่อพิจารณาทักษะแต่ละด้านที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ สังเกตได้ว่าการพัฒนาทักษะนิสัยมีส่วนประสานสัมพันธ์กับพัฒนาการทางด้านพุทธิสัย (Cognitive) และจิตพิสัย (Affective) อย่างใกล้ชิด การพัฒนาทักษะให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนนั้น ก่อนอื่นผู้เรียนจำเป็นต้องมีความรู้และทัศนคติเป็นพื้นฐานที่มั่นคงนามาก่อน

3.3 การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาล สภามันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2538

วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสภามันพระบรมราชชนก ได้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ในภาคทฤษฎี 3 รายวิชา ได้แก่

1. วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ภาคทฤษฎี 2 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

นักศึกษาจะศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด และหลักการในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว บทบาทของบิดาต่อครอบครัว การวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ การประเมินภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ

2. การพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ภาคทฤษฎี 3 หน่วยกิต
ลักษณะวิชา

การประเมินภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของมารดาและทารกทุกระยะของการคลอด การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การทำคลอดปกติ และการพยาบาลทุกระยะของการคลอด การช่วยเหลือนรกแรกคลอด การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอดปกติ

3. วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 4 ภาคทฤษฎี 3 หน่วยกิต
ลักษณะวิชา

กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด การช่วยเหลือนรกและทารกที่ใช้เครื่องมือพิเศษในการตรวจวินิจฉัย และทำหัตถการ การช่วยเหลือนรกแรกคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ตลอดจนการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ 3 รายวิชา ได้แก่

1. วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ภาคทฤษฎี 2 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต

ลักษณะวิชา

ฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว วางแผนครอบครัว และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ

2. วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต
ลักษณะวิชา

ฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทำคลอดปกติ ประเมินภาวะทารกแรกคลอด และให้การช่วยเหลือนรกส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

3. วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 5 ภาคปฏิบัติ 3 หน่วยกิต
ลักษณะวิชา

ฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทำคลอดปกติ ตัดและซ่อมแซมฝีเย็บ ดูแลช่วยเหลือนรกและทารกแรกคลอดที่ได้รับการทำหัตถการ ประเมินภาวะเสี่ยงของทารกแรกคลอดให้การช่วยเหลือนเบื้องต้น และการส่งต่อ

ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น นักศึกษาจะได้รับการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ภาค ทฤษฎีก่อนแล้วจึงขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา พยาบาลนั้นแบ่งเป็นการฝึกปฏิบัติ 3 แผนกคือ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะขอกล่าวถึงรายวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ที่นักศึกษาจะต้องขึ้นฝึก ปฏิบัติในห้องคลอดและก่อนที่นักศึกษาจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาได้ศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ในภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1,2 เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จากการศึกษาแผนการศึกษาวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ทั้งภาคทฤษฎีและ ภาคปฏิบัติแล้ว พบว่าหลังจากนักศึกษาได้ศึกษารายวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1,2 แล้ว นักศึกษาจะสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกได้ ดังทุกระยะของการ คลอด ทำคลอดปกติได้ ประเมินภาวะทารกแรกคลอดและให้การช่วยเหลือส่งเสริมสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดปกติได้ ในการศึกษาแต่ละขั้นตอนจะไม่มีกระบวนการ สร้างความรู้สึก เจตคติ และความสามารถในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล ผู้คลอด ซึ่งในความจริงแล้วในการปฏิบัติการดูแลใดๆ ก็ตามจะให้ได้ดีนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐาน ของการมีความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหาและการมีความรู้สึกที่ดีนั่นเอง

3.4 การจัดการเรียนการสอนในคลินิกวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์

วิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ (การพยาบาลมารดาและทารก) เป็นวิชาที่ เกี่ยวข้องกับการพยาบาลขยายพันธุ์ของมนุษย์และสังคม การพยาบาลมารดาและทารกที่ดีจะ ต้องเริ่มต้นตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจให้กับคนหนุ่ม สาว ซึ่งจะเป็นบิดามารดาในอนาคต โดยช่วยให้เขามีเจตคติที่ดีในเรื่องเพศและการครองเรือน สามารถตั้งครอบครัวที่ดีในชุมชน รวมทั้งการให้คำแนะนำในเรื่องมีบุตรยากและวางแผน ครอบครัวด้วย (องค์การอนามัยโลก อ้างใน กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2527)

ขอบเขตความรับผิดชอบในบทบาทพยาบาล คือ การดูแลให้การพยาบาล มารดาและครอบครัวในการตั้งครรภ์ การคลอดและทารก ส่งเสริมสุขภาพการดูแล ครอบครัว ทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยด้วย ดังนั้นพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การพยาบาล มารดาและทารก จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นอย่างดี (กองงานวิทยาลัย พยาบาล, 2536)

เป้าหมายและปรัชญาการพยาบาลแม่และเด็ก (Pillitteri, 1995)

1. การพยาบาลแม่และเด็กเน้นที่ครอบครัว การประเมินข้อมูลต้องทำทั้งครอบครัวเช่นเดียวกันกับประเมินแต่ละบุคคล
2. เน้นชุมชน สุขภาพครอบครัวขึ้นอยู่กับและมีอิทธิพลมาจากสุขภาพของชุมชน
3. ให้ความสำคัญกับการวิจัย เพราะการวิจัยทำให้เกิดความรู้ แก้ปัญหาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น
4. ทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการดูแล
5. การพยาบาลแม่และเด็ก ต้องสนับสนุนปกป้องสิทธิของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด รวมทั้งทารกด้วย
6. การพยาบาลแม่และเด็กต้องการพยาบาลในบทบาทอิสระมาก เพราะต้องสอน ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
7. การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญ เป็นการป้องกันในชนรุ่นใหม่ต่อไป
8. ห่วงตั้งครรภ์และทารกที่เจ็บป่วยเป็นภาวะเครียด ต้องการความนุ่มนวลและอ่อนโยน
9. ทศนคติความเชื่อของบุคคล วัฒนธรรม และศาสนา มีความหมายในการเจ็บป่วย และฝังลึกในครอบครัว การตั้งครรภ์ หรือภาวะเจ็บป่วยเป็นเพียงบริบทหนึ่งของชีวิตทั้งหมด
10. การพยาบาลมารดาและทารกเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาลและเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนเกิดความผาสุกในระดับสูงในครอบครัว

สภาพการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ในวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงปรัชญาของสถาบัน วัตถุประสงค์ของหลักสูตร จุดมุ่งหมายเฉพาะในสาขาวิชามากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนในคลินิก กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในคลินิก

3.5 วัตถุประสงค์ภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ (สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, 2537)

1. เพื่อให้รู้และเข้าใจถึงหลักการพยาบาลมารดาและทารก ทุกระยะของการคลอดได้ และสามารถทำคลอดปกติได้

2. สามารถให้การพยาบาลมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ โดยตระหนักถึงความต้องการและความปลอดภัยของมารดาและทารกได้

3. สอนและให้คำแนะนำแก่มารดาในการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้

4. เพื่อให้รู้และเข้าใจความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือ

5. สามารถให้คำแนะนำ และบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนได้

โดยปกติแล้วการจัดการเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ก็จะแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ขึ้นปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด โดยมีอาจารย์พยาบาลรับผิดชอบในการนิเทศและสอนในคลินิก และมีการแนะนำสถานที่และบุคลากรก่อนขึ้นการฝึกปฏิบัติ

3.6 วิธีการสอนที่ใช้ในการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ในคลินิก มีดังนี้

วิธีการสอนที่ใช้ในการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ในคลินิก ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดพระบรมราชชนก มีหลายวิธีสรุปได้ดังนี้

1. การสาธิต (Demonstration)

เป็นการแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้เรียน มุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดทักษะในเรื่องอื่น ๆ การสาธิตอาจทำร่วมกับการสอนอื่น ๆ เช่น การบรรยาย การสอน การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย จำนวนผู้เรียนที่เหมาะสมขึ้นกับผู้เรียนจะต้องสามารถเห็นการสาธิตของผู้สอนได้อย่างทั่วถึง การสาธิตในสภาพการณ์จริงที่แสดงกับผู้ป่วย อาจจะไม่ต้องการให้ผู้สังเกตการณ์หลายคน ผู้สอนอาจต้องสาธิตให้ผู้เรียนเป็นรายบุคคล ผู้เรียนสรุปเนื้อหาที่เป็นหลักสำคัญ มีเวลาให้ผู้เรียนซักถามหลังการสอน

2. การประชุมเพื่อการศึกษาหรือเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (Individual, Group conference) มีการประชุมปรึกษาหรือแสดงความคิดเห็นเพื่อหาทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เริ่มต้นจากผู้เรียนนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้สมาชิกของกลุ่มทราบ สมาชิกกลุ่มมีการอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา เลือกวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักทฤษฎีวิชาการ ผู้สอนให้ข้อคิดในสิ่งที่ควรเรียนรู้เพิ่มเติม การประชุมปรึกษาอาจจะให้ก่อนการพยาบาลหรือภายหลังจากการให้การพยาบาลก็ได้ (Pre-Post Conference)

3. การสอนเป็นรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน (Bedside teaching)

เป็นการสอนตามสภาพความเป็นจริงที่กำลังประสบอยู่ ในขณะปฏิบัติงานของผู้เรียนเป็นการสอนในระหว่างการนิเทศการปฏิบัติงานของผู้เรียน กระตุ้นและนำผู้เรียนให้ศึกษาข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏขณะที่ผู้เรียนเผชิญอยู่ ผู้เรียนจะต้องรู้เหตุที่มาของปัญหา ศึกษาวิธีแก้ปัญหา วิธีปฏิบัติอย่างมีหลักการและเหตุผลในการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. การมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแล (Case assignment)

ผู้สอนจะมอบหมายผู้ป่วยให้นักศึกษาคูดูแลล่วงหน้า ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอต่อผู้สอนก่อนที่จะให้การพยาบาล ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอต่อผู้สอนก่อนที่จะให้การพยาบาล ซึ่งผู้สอนจะให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้เรียนเป็นรายบุคคลในเรื่องของการประเมินปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา ผู้สอนจะเข้าร่วมกับการนิเทศการปฏิบัติงานของนักศึกษาที่รับผิดชอบ มีการสอน การประเมินในทักษะการปฏิบัติการดูแล ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย

5. การสอนโดยการศึกษาจากผู้ป่วยโดยตรง (Nursing clinics)

เป็นการสอนโดยการเลือกผู้ป่วยเฉพาะรายที่กลุ่มสนใจ และเลือกมาเป็นรายที่จะศึกษามาสอนในกลุ่ม มักจะเข้าร่วมกับการประชุมเพื่อการปรึกษา (conference) การบรรยายหรือสัมมนาก็ได้ โดยผู้สอนจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การแก้ปัญหาพร้อมทั้งพาผู้เรียนไปศึกษาผู้ป่วยที่เตียง หรือนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องเรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้สังเกตผู้ป่วยในสภาพการณ์จริง หลังจากนั้นอาจจะให้ผู้เรียนอภิปรายสรุปเรื่องที่ได้เรียนมา การประเมินผู้ป่วย และการให้การพยาบาล

6. การสอนเฉพาะกรณี (Case study)

ผู้สอนจะมอบหมายให้ผู้เรียนทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เขียนรายงาน และเสนอรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยให้กลุ่มผู้เรียนด้วยกันทราบ ผู้สอนอาจจะช่วยเหลือในการลำดับเนื้อเรื่อง จัดเนื้อหา และรายละเอียดต่าง ๆ ที่ควรให้กับผู้เรียนอื่น ๆ ได้เรียนรู้ ผู้เรียนจะต้องศึกษาผู้ป่วยที่กำหนดให้อย่างรอบด้านตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยปัจจุบัน และอาจจะวางแผนต่อเนื่องภายหลังจากที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งผู้เรียนที่ทำการศึกษาก็จะต้องนำเสนอต่อผู้เรียนในกลุ่ม ผู้สอนกระตุ้นให้มีการเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม มีการซักถามปัญหา เพื่อให้ผู้เรียนขบคิด แสดงความเห็นในแนวทางการแก้ปัญหา

4. การสอนโดยใช้กรณีศึกษา

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา

“กรณีศึกษา” สนิท สมัครการ (อ้างใน เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534) เรียกว่า เรื่องจริงเฉพาะกรณี นักวิชาการบางท่าน เรียกว่า “กรณีศึกษา” ในที่นี้ใช้กรณีศึกษา (Case study)

Culliton ผู้เขียนคู่มือกรณีศึกษาให้แก่สถาบันการบริหารแห่งเอเชีย (อ้างใน เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534) ให้คำจำกัดความว่า กรณีศึกษาเป็นเรื่องจริง เป็นสถานการณ์ เป็นการกระทำหรือไม่กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดของคน

Edge and Coleman (1982 อ้างใน เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534) ให้คำจำกัดความ “กรณีศึกษาคือ เรื่องราวของสถานการณ์ที่องค์การเผชิญอยู่ ปกติแล้วจะรวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญ ๆ ในการพัฒนาองค์การนั้น”

Tate and Taylor (1983 อ้างจาก เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2534) กล่าวว่า “กรณีศึกษา คือการย่อหรือแคปซูลที่บรรจุเหตุการณ์ (Capsule of events) ที่เกิดขึ้น ณ จุดใดจุดหนึ่งในระยะเวลาหนึ่ง” โดยปกติแล้วกรณีศึกษาบรรจุประเด็นหรือปัญหาประการหนึ่งหรือหลาย ๆ ประการที่ต้องการตัดสินใจหรือดำเนินการ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารหรือผู้เป็นหัวหน้า

เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง (2534) กล่าวว่า “กรณีศึกษา” เป็นเรื่องจริง เป็นการเรียบเรียงให้เกิดความสะดวกในการที่จะสามารถติดตามเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่อยู่ในกรณีศึกษาจะไม่ใช้ถ้อยคำหรือคำพูดเพียงอย่างเดียว อาจเป็นข้อมูลในลักษณะอื่นก็ได้ เช่น ตัวเลข รูปภาพ ทัศนียภาพ แผนภูมิ เป็นต้น กรณีศึกษาที่ใช้ในห้องเรียนนั้น ตั้งใจสร้างขึ้นมาเพื่อให้เป็นเครื่องมือหรือเป็นสื่อสำหรับการอภิปราย แสดงความคิดเห็น จึงไม่มีการเสนอความเห็นใด ๆ ไว้ในกรณีศึกษา ไม่มีการวิเคราะห์ ไม่มีการเปรียบเทียบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ก็ไม่มีประณามหรือแปลความ เป็นเพียงการนำมาแสดงไว้ตามความเป็นจริง เท่านั้น

ประกอบ คูปริตัน (2537) ให้ความหมายกรณีศึกษาว่า หมายถึง การนำเสนอ พฤติกรรมของมนุษย์ที่ได้ประสบมาอาจจะเป็นในรูปของแต่ละบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร เป็นการพรรณาสถานการณ์จริงในสภาพแวดล้อมที่จำเป็น ต้องมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบเป็น การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้มีการมองในหลายแง่มุม โดยทั่วไปมักจะนำเสนอกรณีศึกษาในรูป ของข้อเขียนแล้วให้ผู้เรียนได้อ่านอย่างใช้ความคิด ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกรณีศึกษานั้น และ ให้ผู้เรียนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เป็นการสอนที่ต้องการการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับ ผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง ผู้เรียนจะมีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ารอฟัง สิ่งที่ผู้สอนป้อนหรือรอเพียงจดจำหรือทำความเข้าใจ การเรียนการสอนในลักษณะนี้ต้องการให้ ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา อันจะนำไป สู่ทักษะในการทำงานในชีวิตจริง เพื่อเขาต้องเข้าไปมีบทบาทเป็นนักวิชาชีพทั้งหลาย

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) ได้กล่าวถึง กรณีศึกษาในนวัตกรรมการเรียนการสอน ทางการพยาบาลศาสตร์ว่า กรณีศึกษา (Case study) เป็นการสอนโดยอ้อม ซึ่งผู้สอนจัดเตรียม กรณีผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือกรณีในลักษณะอื่นในสถานการณ์บริหารการพยาบาลหรือ สถานการณ์พยาบาลศึกษา พร้อมกำหนดแนวทางให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้พร้อม กับเพื่อนผู้เรียนด้วยกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะเป็นการเรียนรู้ ในห้องเรียนโดยครูเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้โดยตรง หรือผู้เรียนทำกรณีศึกษาด้วยตนเองนอก ห้องเรียน กรณี (Case) ที่ใช้ในการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะในการเรียนการสอน ทางคลินิกนั้น หมายถึง ข้อมูลจริงหรือเกือบเหมือนสภาพการณ์จริงที่มีการตัดสินใจของ ผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์การพยาบาลในขณะใดขณะหนึ่ง หรือการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล หรือรายกลุ่มก็ได้

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2537) ได้แสดงความคิดเห็นว่า กรณีศึกษา คือ ข้อมูล ที่รวบรวมขึ้นตามแบบองค์รวม เกี่ยวกับคน เหตุการณ์ หน่วยงาน องค์กร หรือบริษัทที่ มุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ใช้เพื่อการเรียนรู้อย่างมีจุดมุ่งหมาย

De Young S. (1990) ได้กล่าวถึงกรณีศึกษาในการสอนทางการพยาบาล ศาสตร์ ว่าเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการตัดสินใจและแก้ปัญหา กรณีศึกษาเป็นเรื่องราวที่ บรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสุขภาพ การดำเนินการจัดการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเตรียมในรูปแบบง่าย ๆ สั้น ๆ ไปจนถึงกรณีที่ยาว มีความซับซ้อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ และประสบการณ์ของผู้เรียน จุดประสงค์คือ ให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ มีการแก้ปัญหา และเผชิญ กับข้อมูลต่าง ๆ ที่จะพบในการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้ความเป็นนักวิชาชีพมาแก้ปัญหา

Mellish and Brink (1990) ได้แสดงความคิดเห็นว่า กรณีศึกษาคือสถานการณ์ที่นำเสนอเรื่องราวในชุมชน สถาบัน หรือรายบุคคล ที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์วิจารณ์ในการตัดสินใจและตัดสินใจปัญหา

4.2 รูปแบบและประเภทของกรณีศึกษา

รูปแบบและประเภทของกรณีศึกษามีอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบก็มีความเฉพาะและเหมาะสมกับการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไป

เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง (2534) แบ่งกรณีศึกษาเพื่อใช้ในการเรียนการสอนในชั้นเรียนอย่างกว้าง ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. กรณีศึกษาที่เป็นจริง (Real cases) เป็นกรณีศึกษาที่เขียนขึ้นจากเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงในองค์กรหรือกิจการนั้น ๆ เขียนขึ้นจากข้อมูลและผู้เขียนได้รวบรวมมาด้วยตนเอง บรรยายให้เห็นถึงลักษณะของการบริหาร การดำเนินงานและสิ่งที่เกิดขึ้น

2. กรณีศึกษาที่ไม่เป็นจริงหรือเพื่อฝัน (Armchair cases) เป็นกรณีศึกษาที่ผู้เขียนมโนภาพหรือวาดภาพขึ้นเอง ไม่ได้เขียนจากข้อมูลที่ได้รวบรวมมา แต่เป็นการจินตนาการขึ้นมาเอง หรือด้วยการประมวลเหตุการณ์ที่ได้จากการศึกษาที่พบเห็นมาบ้าง แล้วปะติดปะต่อสร้างขึ้นมาให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง

ประกอบ คุปรัตน์ (2537) ได้เสนอรูปแบบของกรณีศึกษาที่มีใช้ในปัจจุบัน มี 6 รูปแบบ ได้แก่

1. กรณีปัญหา (The case problem) เป็นลักษณะที่สั้นที่สุด
2. กรณีศึกษาแบบวิกฤติการณ์ (Critical incident case) เป็นการนำเสนอกรณีปัญหาหรือวิกฤติการณ์ที่น่าสนใจ ซึ่งอาจจะเป็นการนำเสนอไปที่ระดับตอนของเหตุการณ์ ดังเช่นปัญหาข้อพิพาทด้านแรงงาน ตั้งแต่สาเหตุของปัญหาการขยายตัวของความขัดแย้งที่ได้ขยายวงออกไป เป็นต้น

3. กรณีแบบบอกเล่าทิ้งไว้แล้วทิ้งประเด็นให้ขบ (next stage case) เป็นการเล่าให้ฟังถึงข้อมูลสภาพความเป็นจริง ซึ่งในที่สุดอาจนำไปสู่สภาพปัญหาบางประการ ซึ่งผู้เรียนจะต้องเป็นคนแสวงหาคำตอบ การเล่าไม่ได้บอกข้อมูลทั้งหมด แต่จะค่อย ๆ เผยข้อมูลเพิ่มเติมทีละชั้น โดยผู้สอนจะตั้งคำถามทิ้งไว้ทีละชั้น ผู้เรียนจะต้องร่วมติดตามตั้งคำถามหรือคาดการณ์พร้อมอธิบายการคิดของตนเอง

4. กรณีศึกษาที่ใช้เหตุการณ์หรือของจริง (Live case) อาจเป็นการนำเสนอข้อมูลตามที่เป็นจริง แล้วมีการอภิปรายคาดการณ์หรือลองปล่อยให้ผู้เรียนได้ตัดสินใจ แล้วจะมีความจริงหรือการตัดสินใจจริงที่ได้เกิดขึ้นหรือคลี่คลายในบางกรณี

5. กรณีแบบสมบูรณ์ที่เต็มไปด้วยข้อมูล (Major issue case or comprehensive case) นำเสนอในรูปแบบที่เปรียบพร้อมไปด้วยข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด กรณีศึกษาเช่นนี้มีความยาวมาก ข้อมูลค่อนข้างสมบูรณ์ ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสใช้ความสามารถในการวิเคราะห์อย่างมากเพียงพอ

6. กรณีศึกษาแบบในตะกร้า (In-basket case) เป็นการสร้างกรณีจำลองเป็นปัญหาในการตัดสินใจหลายเรื่องในสถานการณ์เดียว

4.3 ประโยชน์ของกรณีศึกษาในการเรียนการสอน

จินตนา ยูนิพันธ์ ,2536 ; อรพรรณ ลือบุญราชชัย, 2537 ; ประกอบ คุปรัตน์, 2537 ; Mellish and Brink, 1990 กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้กรณีศึกษาในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์สำคัญ คือ การเรียนรู้ของผู้เรียนในลักษณะต่าง ๆ กัน และผลลัพธ์อื่น ๆ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การเรียนรู้เชิงการคิด ซึ่งเป็นความคิดเชิงวิเคราะห์ (Critical thinking) อย่างมีเหตุผล เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือเป็นการเรียนรู้แบบสืบค้นด้วยตนเองจากสถานการณ์ที่เหมือนชีวิตจริง โดยครูเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ ระดับของการเรียนรู้เชิงการคิดที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนการเรียนรู้ของบลูม จะเป็นการเรียนรู้ในระดับสูง คือ ระดับการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมิน

1.2 การเรียนรู้เชิงเจตคติ เนื่องจากในกระบวนการเรียนโดยใช้กรณีศึกษา ผู้เรียนต้องมีการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มโดยมีครูเป็นผู้ตั้งคำถามในกระบวนการเรียนรู้ หากผู้สอนจะกระตุ้นการเรียนรู้เชิงเจตคติ ผู้สอนจะตั้งคำถาม และเมื่อผู้เรียนได้คิดได้แสดงความคิดเห็น มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น จะช่วยให้เกิดการรับรู้ค่ามียบ พื้นฐานของตนเอง และของเพื่อนผู้เรียน ตลอดจนเรียนรู้การแสดงออกที่สอดคล้องกับค่านิยมอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่เหมือนสถานการณ์จริง ซึ่งถือว่าเป็นระดับขั้นของการเรียนรู้เชิงเจตคติที่สำคัญ

1.3 การเรียนรู้การตัดสินใจและแก้ปัญหา กรณีศึกษาเป็นข้อมูลที่แสดงถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการตัดสินใจและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง หากผู้เรียนได้มีโอกาสตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับการตัดสินใจจะทำให้แก้ปัญหาและแสดงบทบาทของตนเองได้ดีขึ้น

2. ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาลักษณะเฉพาะ (Attribute) ของผู้ประกอบการวิชาชีพที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงในปัจจุบันที่ต้องเผชิญเมื่อสำเร็จการศึกษา ผู้เรียนได้มีโอกาสตรวจสอบสภาพการณ์เหมือนจริงในกรณีศึกษา และมีโอกาสได้คิดและแสดงบทบาทเพิ่มเติมจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ และพัฒนาลักษณะเฉพาะโดยเฉพาะด้านการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหา เตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ใช้บริการจริง และเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ดีต่อไป

3. ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในสภาพการณ์ที่ประหยัด ไม่เสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจริง การใช้กรณีศึกษาเป็นการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การตัดสินใจแก้ปัญหาทางสุขภาพ มีโอกาสทดลองแสดงบทบาทในสภาพการณ์ที่ผู้สอนจัดขึ้นทั้งในห้องเรียน และในการศึกษาด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางไปยังแหล่งฝึก เป็นการประหยัด รวมทั้งลดอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากนักศึกษายังตัดสินใจไม่เหมาะสม และการที่ผู้สอนมีจำนวนน้อยไม่ได้มีการดูแลนิเทศการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างใกล้ชิด

4. ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการสร้างลักษณะนิสัยสำคัญของความเป็นนักวิชาการ โดยที่ผู้สอนตั้งคำถาม ผู้เรียนสืบค้นด้วยตนเอง หรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ เมื่อสืบค้นทางเลือกอื่นที่มีความเป็นไปได้แล้ว ทั้งผู้สอนและผู้เรียนให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างจริงจัง มีการสนับสนุน ปรึกษาประคองให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. ช่วยให้ผู้เรียนขยายขอบเขตความรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. ช่วยให้ผู้สอนมีการควบคุมกำกับกับการเรียนรู้ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น และสอดคล้องกับระดับของผู้เรียน

7. ผู้สอนใช้กรณีศึกษาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการเรียนรู้ที่ครบถ้วนได้ การนำเสนอกรณีเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาคิด และแสดงออกถึงวิธีการปฏิบัติในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นการเรียนหรือการปฏิบัติจริง ๆ จะเป็นการตรวจสอบหรือประเมินผล

4.4 การนำเสนอกรณีศึกษา

จินตนา ยูนิพันธ์ ,2536 ; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537 ; อรพรรณ ลือบุญขวัญชัย, 2537 ; ประกอบ กุปรัตน์, 2537 ได้กล่าวถึง รูปแบบการนำเสนอกรณีศึกษา พอสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1. กรณีในแบบการเขียน เป็นการจัดเรียงข้อมูล แล้วนำเสนอแก่ผู้เรียนในลักษณะที่มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้เรียนใช้การอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในกรณีนั้น ๆ รูปแบบการเขียนนี้จัดเตรียมได้ง่าย ราคาถูก แต่คุณค่าของการกระตุ้นความสนใจ การคิดและเร้าความรู้สึกของผู้เรียนจะไม่สูง

2. กรณีในแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอแก่ผู้เรียนในรูปแบบของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้เรียนจะศึกษาวิเคราะห์จากคอมพิวเตอร์และตอบสนองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้เป็นการเรียนรู้ ในลักษณะที่ใช้เทคโนโลยีช่วยเสริมการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ แต่ต้นทุนการผลิตสูงกว่ารูปแบบอื่น และการใช้อาจจะไม่กว้างขวางในสถาบันการศึกษาที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวนจำกัด

3. กรณีแบบเทปโทรทัศน์ เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอเป็นเทปโทรทัศน์ ซึ่งรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจนทุกลักษณะ มีการเคลื่อนไหวให้เห็นลักษณะท่าทาง รวมทั้งสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมาก แม้ว่าต้นทุนการผลิตและการใช้จะสูงกว่าแบบการเขียน แต่ก็ต่ำกว่าแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ทั้งยังมีคุณค่าของการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้อย่างดีมากกว่าอีกด้วย นอกจากนี้ผู้เรียนยังสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้

4. กรณีในแบบการเขียนผสมสื่อภาพหรือเสียง เป็นการจัดเตรียมข้อมูลแล้วนำเสนอข้อมูลเป็นส่วน ๆ บางส่วนบรรยายโดยการเขียน บางส่วนอาจเป็นชุดสไลด์ประกอบเทปบันทึกเสียงอย่างเดียวหรือเทปโทรทัศน์ การนำเสนอในแบบผสมนี้มีทั้งข้อดีกล่าวคือ นำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล และเป็นการเพิ่มการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้มากพอควร รวมทั้งต้นทุนการผลิตไม่สูงมากนัก แต่อาจจะมีข้อยุ่งยากเกี่ยวกับการใช้อยู่บ้าง

รูปแบบกรณีศึกษาแต่ละรูปแบบหรือสื่อการสอนแต่ละชนิดให้คุณค่าแตกต่างกัน การเลือกใช้รูปแบบใดในการเสนอกรณีศึกษาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิชานั้นและเหมาะสมกับสภาพการณ์ของผู้เรียนและของสถาบันการศึกษานั้น ๆ ด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกนำเสนอกรณีศึกษาแบบเทปโทรทัศน์หรือวีดิทัศน์ เพราะว่าเป็นรูปแบบที่เสนอกรณีได้ครอบคลุมจะทำให้กระชับเวลา และสื่อที่ให้เห็นลักษณะท่าทางและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน กระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้ดี มีความยุ่งยากในการใช้น้อย แต่ราคาในการผลิตอาจสูงกว่าสื่อบางชนิด แต่เมื่อเทียบกับคุณภาพด้านอื่น

4.5 การสร้างกรณีศึกษา

การสร้างกรณีศึกษาที่ดึนั้นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำให้เกิดขึ้น และได้กรณีศึกษาที่ดีออกมา ประกอบ คุปรัตน์ (2537) ได้กล่าวถึงลักษณะกรณีศึกษาที่ดี ไว้ดังต่อไปนี้

1. มีความหมายและมีความสำคัญ (meaningful)

ต้องพิจารณาเลือกในสิ่งที่มีความหมาย และความสำคัญต่อการเรียนการสอนนั้น นำเสนอแล้วตรวจสอบจุดตามวัตถุประสงค์ ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ เกิดข้อคิดแก่ผู้เรียน

2. ความสมจริง (realistic)

อาจเป็นเรื่องจริงหรือสร้างขึ้น แต่ว่าเมื่อเขียนออกมาแล้วมีความสมจริง มีข้อมูลที่ก่อให้เกิดการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสมกับกาลเวลาและสถานที่ กรณีที่คิโน้ควรรนำเสนออย่างเป็นทางการไปตามข้อเท็จจริงหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง

3. ความสอดคล้องกับบทเรียนที่จะสอน (relevancy)

4. มีความสนใจในการนำเสนอ (interesting)

5. เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้เรียน (educational)

ประกอบ กุปรัตน์ (2537) พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) และ จินตนา ยูนีพันธ์ (2536) มีความเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับส่วนประกอบของกรณีศึกษาร่วมด้วยสิ่งเหล่านี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยก็ได้ประกอบด้วยอาการ อาการแสดง รวมถึงความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความปรารถนา และการแสดงออกของผู้ป่วยที่รวบรวมไว้อย่างชัดเจน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลผู้ให้บริการ ได้แก่ ลักษณะของพยาบาล จุดประสงค์และพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออก ขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ใช้บริการ และผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของพยาบาลทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและพยาบาลเอง.

ในสถานการณ์จริง พยาบาลร่วมกับในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาล ผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำ และการตัดสินใจของบุคลากรในทีมทุกคนในขณะนั้นด้วย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในสถานการณ์ขณะนั้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพห้อง สถานที่ เครื่องตกแต่ง การถ่ายเทอากาศ เสียง และสิ่งที่มีอยู่ในขณะนั้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น ๆ

4.6 การใช้กรณีศึกษาในการสอน

ประกอบ กุปรัตน์ (2537) ได้เสนอแนวคิดการนำกรณีศึกษามาใช้ในการสอนไว้ ดังนี้

การใช้กรณีศึกษานั้นความสำคัญที่เพิ่มขึ้นจะไปอยู่ที่ตัวผู้สอนเองค่อนข้างมาก ซึ่งผู้สอนที่จะต้องเตรียมให้ดีทั้งในแง่เนื้อหาสาระและวิธีการสอน และเมื่อจะสอนก็ต้องผ่านขั้นตอน 3 ประการ คือ

1. การวางแผนการสอน
2. การดำเนินการสอน
3. การประเมินผลการสอน

การวางแผนการสอน

ในการวางแผนการสอนนั้น ผู้สอนจะต้องคำนึงถึงกรอบในการใช้ 5 Ws และ นิ่ง H และเป็นเช่นเดียวกับที่ได้นำเสนอไปแล้ว และเป็นหลักเช่นเดียวกับการวางแผนการสอนโดยทั่วไป เพื่อจะสอนแบบกรณีศึกษานั้น ควรมีการเตรียมพร้อมในอย่างน้อย 4 ด้าน คือ

1. เตรียมตัวทางด้านความเข้าใจในทุกแง่มุมของกรณีศึกษา สมมติจะใช้กรณีศึกษาเกี่ยวกับบริษัทสักแห่งหนึ่ง เราต้องมีความเข้าใจมากมายเกินกว่ากระดาษเพียง 3-10 หน้าที่แจกไปยังเรามีพื้นภูมิตั้งเกี่ยวกับเรื่องนี้มากเท่าใดก็ยิ่งดี
2. เตรียมใจ การมีบทบาทในฐานะผู้ฟังที่ดี ฟังและต้องรับประเด็น ไม่เหม่อลอย เวลาถามให้ผู้เรียนตอบ ต้องมีสมาธิที่จะรับฟัง เตรียมที่จะพบแง่มุมการตอบที่อาจจะไม่คาดคิดมาก่อน และเตรียมที่จะรับคำถามที่อาจไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะถูกถาม
3. เตรียมคำถามให้ดี การจะกระตุ้นให้ผู้เรียนได้แสดงการรับรู้ออกมามากที่สุด คือ การที่ให้เราเป็นผู้ตอบ และผู้สอนแทนที่จะเป็นผู้บอกหรือระบายแก้อปเดียวนเป็นผู้ถาม แต่ถ้าไม่เตรียมคำถามที่ดีเอาไว้ เป็นการถามตามสัญชาตญาณ เช่น “มีใครไม่เข้าใจบ้าง” หรือ “มีใครสงสัยอะไรอีกบ้าง”
4. เตรียมกิจกรรมให้เหมาะสม เพราะการสอนแบบกรณีศึกษานั้น เป็นกระบวนการกระตุ้นให้คิด ผู้สอนจะต้องรู้จักกระบวนการกลุ่ม (Group dynamics) ที่จะทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากเพื่อนร่วมเรียน การทำงานเป็นกลุ่ม การตัดสินใจในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการสอน

การดำเนินการสอนโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

1. การนำเข้าสู่บทเรียน
2. การดำเนินการสอน
3. การสรุป

แต่การสอนแบบกรณีศึกษานั้นโดยทั่วไป อาจมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การนำเสนอกรณีศึกษา ซึ่งอาจจะมีวิธีการได้หลายรูปแบบ
2. การให้ผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการศึกษากรณี การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ ซึ่งอาจกระทำเดี่ยวหรือทำเป็นกลุ่ม
3. การที่ผู้เรียนนำเสนอ
4. การให้ข้อคิดเห็นและการเสนอข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้เรียนจากผู้สอน

นอกจากนี้ Mellish and Brink (1990) ได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนการเรียนรู้โดยวิธีการศึกษาไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 นักศึกษาอ่านทำความเข้าใจกรณีและเตรียมการวิเคราะห์กรณี
- ขั้นที่ 2 นักศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์กรณีร่วมกับนักศึกษาในกลุ่ม เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้ในระหว่างนักศึกษาอาจต่อต้านข้อคิดเห็นใหม่ ๆ ที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตน
- ขั้นที่ 3 นักศึกษาเปรียบเทียบการวิเคราะห์ของตนเองกับการวิเคราะห์ของกลุ่ม
- ขั้นที่ 4 นักศึกษาผสมผสานประสบการณ์ ความรู้ใหม่และความรู้เดิมเข้าด้วยกัน

4.7 ข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการสอน

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสอนต่างๆพบว่า ยังมีผู้ที่เสนอภาพที่ชัดเจนของรูปแบบการสอนไว้น้อย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่สำคัญจากคำอธิบายรูปแบบการสอนของนักการศึกษา ได้ข้อความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการสอนตามหัวข้อดังนี้

1. รูปแบบการสอนกับการออกแบบการสอน รูปแบบการสอนกับการออกแบบการสอนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะรูปแบบการสอนเป็นผลของการออกแบบการสอน กล่าวคือ การออกแบบการสอนเป็นความพยายามในการจัดองค์ประกอบต่างๆของการสอน เช่น จุดมุ่งหมาย เนื้อหา กระบวนการสอน ให้เป็นระบบระเบียบคล่องตัวสัมพันธ์กันตามแนวคิดใด แนวคิดหนึ่งเพื่อสะดวกในการนำไปใช้ และสามารถส่งผลดีต่อผู้เรียนตามต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนการจัดองค์ประกอบนี้จะต้องมีการนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากขึ้น แผนการจัดองค์ประกอบที่ได้นี้ เรียกว่า รูปแบบการสอนและการจัดทำรูปแบบการสอนจะเรียกว่า การพัฒนา รูปแบบการสอน (ทศนา ขมมณี, ม.ป.ป.) อรุณี สถิตยภัทศกุล (2535 : 17)

2. ความหมายของรูปแบบการสอน มีนักการศึกษาเสนอความหมายของรูปแบบการสอนไว้ต่างกันดังนี้

Joyce, B. and Weil, M. (1980 : 10) กล่าวว่า รูปแบบการสอน คือ แผนที่ใช้ในการออกแบบการสอนเผชิญหน้าในห้องเรียนหรือสภาพการสอนเสริม และใช้ในการวางแผนใช้สื่อการเรียน เช่น หนังสือ ภาพยนตร์ หลักสูตร แต่ละรูปแบบการสอนจะชี้แนะการออกแบบการสอนเพื่อช่วยให้นักเรียนได้บรรลุจุดมุ่งหมายต่างๆตามต้องการ

Cole, P. G. (1987 : 2) กล่าวว่า รูปแบบเป็นภาพในจินตนาการหรือแผนการทำงานสำหรับอธิบายกระบวนการสำคัญของการสอน เป็นการสรุปองค์ประกอบที่ใช้ในการอธิบายการดำเนินการสอน

กิตนา แคมมณี (มปป.) กล่าวว่า รูปแบบการสอน หมายถึง สภาพหรือลักษณะของการเรียนการสอนที่จัดขึ้นตามหลักปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือความเชื่อต่างๆ โดยอาศัยวิธีการสอน และเทคนิคการสอนต่างๆเข้ามาช่วยให้สภาพการเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์ที่ยึดถือ

Duke, D. L. (1990 : 96) กล่าวว่า รูปแบบการสอนเป็นแนวคิดรวบยอดสำหรับการสอนโดยทั่วไปแล้วจะได้จากทฤษฎีการศึกษา และมีข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับสิ่งที่นักเรียนควรเรียนและวิธีการเรียน บางครั้งรูปแบบการสอนจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ทำให้รู้ถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนนั้น ๆ มากขึ้น รูปแบบการสอนจะเน้นหน้าที่ในการสอนและต้องการครูที่ได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะ และรูปแบบการสอนแต่ละรูปแบบจะมีจุดอ่อนและข้อดีต่างกันไม่มีรูปแบบใดที่เหมาะสมเป็นสากล

ดังนั้น รูปแบบการสอนจึงหมายถึง แผนการจัดองค์ประกอบต่างๆของการสอนให้สอดคล้องสัมพันธ์กันตามแนวคิดหนึ่ง สามารถนำไปใช้สอนในห้องเรียนได้และช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

3. ลักษณะสำคัญของรูปแบบการสอน จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนควรมีลักษณะสำคัญดังนี้

3.1 มีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐาน รูปแบบการสอนจะต้องมีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐาน อาจมาจากแนวคิดทางการศึกษา เช่น การให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ รูปแบบการสอนหนึ่งๆอาจจะมีแนวคิดหรือหลักการพื้นฐานเพียงอย่างเดียว ดังเช่น รูปแบบการสอนส่วนใหญ่ของจอยซ์ และเวล หรือมีแนวคิดมากกว่าหนึ่งได้ ดังที่ Stern, H. H. (1981 : 47) ได้เสนอไว้ว่า แนวคิดของรูปแบบการสอนควรเป็น

สหวิทยาการ แนวคิดหรือหลักการพื้นฐานนี้ จะเป็นหลักหรือแนวในการเลือกกำหนดและจัดระเบียบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบให้สอดคล้องต่อเนื่องกัน

3.2 มีองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ลักษณะนี้จัดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำนายผู้ออกแบบหรือผู้พัฒนารูปแบบการสอน เนื่องจากจะต้องเป็นผู้กำหนดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ให้เป็นไปอย่างมีเหตุผลสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐาน การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการสอนจะขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ ความละเอียดรอบคอบของผู้พัฒนา โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของการสอนโดยทั่วไป และองค์ประกอบของการสอนเฉพาะสาขา เช่น สาขาวิทยาศาสตร์ สาขาภาษาศาสตร์ เป็นต้น และจะต้องพิจารณาเลือกกำหนดองค์ประกอบให้เหมาะสม คือมีความสัมพันธ์และส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนส่วนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบนั้น จะอยู่ในลักษณะความสัมพันธ์แบบสอดคล้องต่อเนื่องกันเป็นลำดับกับความคิดหรือหลักการพื้นฐาน

3.3 มีการพัฒนาหรือออกแบบอย่างเป็นระบบ ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า รูปแบบการสอนเป็นผลของการพัฒนาหรือการออกแบบจัดองค์ประกอบอย่างมีขั้นตอนเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็น จัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน นำแผนการจัดองค์ประกอบไปทดลองใช้สอนจริงในห้องเรียนจริง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และยืนยันผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนว่าสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการได้จริง จึงจะยอมรับได้ว่าการจัดองค์ประกอบนี้เป็นรูปแบบการสอนที่มีประสิทธิภาพ

4. กระบวนการ ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอน กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอนนี้ ยังไม่มีผู้ใดเสนอไว้โดยตรงอย่างชัดเจน จากการศึกษาถึงที่มาของรูปแบบการสอนที่ จอยซ์และเวล (1986) ได้กล่าวถึงและที่ทีศนา แชมมณี (มปป.) ได้อธิบายไว้ นั้น พอจะสรุปกระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการสอนได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 ศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวกับการสอน สิ่งที่ต้องการเป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงประเด็นสำคัญ สำหรับนำมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการสอนที่จะพัฒนาขึ้น

4.2 กำหนดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบการสอนเป็นการระบุองค์ประกอบที่ผู้พัฒนาเห็นว่ามีความสำคัญ จำเป็นต่อผลการเรียนรู้สิ่งนั้นๆ ของผู้เรียน เช่น จุดหมาย เนื้อหา กระบวนการสอน และเป็นการกำหนดความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบให้สอดคล้องกันตามแนวคิดหรือหลักการพื้นฐานที่ใช้

4.3 ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการสอน เป็นการหาข้อมูลเชิงประจักษ์มายืนยันว่า แผนการจัดองค์ประกอบต่างๆที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างมีระบบนี้มีคุณภาพและประสิทธิภาพจริง คือสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้และเกิดผลต่อผู้เรียนตามต้องการหรือที่ได้กำหนดจุดมุ่งหมายไว้ การหาข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ทำโดยการนำแผนการจัดองค์ประกอบนี้ไปทดลองใช้ในห้องเรียนตามระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ยอมรับกันโดยทั่วไป และสามารถยืนยันด้วยตัวเลขได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้การตรวจสอบเชิงประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องได้ ในทางปฏิบัติการตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนจะเริ่มจากการตรวจสอบเชิงประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขแผนการจัดองค์ประกอบให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ในห้องเรียน

4.4 การปรับปรุงรูปแบบการสอน เป็นการปรับแก้รูปแบบการสอนที่ได้พัฒนาขึ้นให้ดียิ่งขึ้น มีข้อบกพร่องน้อยลง โดยการนำสิ่งที่ได้จากการทดลองใช้รูปแบบการสอนมาปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ปรับปรุงนี้อาจเป็นตัวอย่างประกอบ ตลอดจนแนวการใช้รูปแบบการสอน

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสร้างรูปแบบการสอนการพยาบาลผู้คลอดโดยใช้กรณีศึกษาขึ้นโดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 การเรียนการสอนในคลินิก การสอนโดยใช้กรณีศึกษาของ Mellish and Brink (1990) รูปแบบการสอนการปฏิบัติของ Joyce and Weil (1986)

2. สร้างรูปแบบการสอน โดยกำหนดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบการสอน เช่น จุดมุ่งหมาย เนื้อหา กระบวนการสอน ขั้นตอน และกิจกรรมการสอนโดยมีขอบเขตของเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้คลอดทั้ง 4 ระยะของการคลอด ขั้นตอนการสอนทั้งหมด 6 ขั้นตอน คือ ขั้นนำเสนองกรณี ขั้นการวิเคราะห์กรณี ขั้นสรุปการนำความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์วิจารณ์ ขั้นค้นหาแนวทางการนำความรู้ไปใช้ ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสรุปการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบการสอนไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และสร้างเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการทดลองรูปแบบการสอน

3. ทดลองรูปแบบการสอนที่สร้างขึ้น โดยใช้รูปแบบการสอนที่สร้างขึ้นกับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมใช้การสอนตามปกติที่ใช้ทั่วไปในคลินิก และมีการทดสอบก่อนเรียนทั้ง 2 กลุ่ม

4. วิเคราะห์ผลการนำรูปแบบการสอนที่สร้างขึ้นไปใช้ โดยทดสอบหลังเรียนทั้ง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และคุณภาพการดูแลผู้คลอดของนักศึกษาพยาบาล

4.8 รูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิก

การสอนในคลินิกหรือการสอนภาคปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล เป็นการมุ่งเน้นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการสอนจึงเป็นการสอนเพื่อให้ปฏิบัติได้ รูปแบบการสอนการปฏิบัติโดยทั่วไปประกอบด้วยกิจกรรมการสอน 5 ขั้นตอน (Bruce et al, 1990 ; Rosenshine, 1983 อ้างในเสริมศรี ไชยสร, 2539)

ขั้นที่ 1 ขั้นนำ (Orientation)

ผู้สอนกำหนดกรอบเนื้อหา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเรียนรู้ ทบทวนการเรียนรู้ที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งที่จะสอนทบทวนความรู้ทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนเนื้อหาสาระใหม่

ขั้นที่ 2 ขั้นเสนอเนื้อหาสาระ (Presentation)

ผู้สอนอธิบายแนวคิดใหม่หรือทักษะใหม่โดยผ่านการสาธิตและยกตัวอย่าง ถ้าเป็นแนวคิดใหม่และสำคัญผู้สอนอธิบายลักษณะ กฎ ยกตัวอย่าง และถ้าเป็นทักษะใหม่ต้องระบุขั้นตอนของทักษะนั้นด้วยและตรวจสอบความเข้าใจของผู้เรียน

ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกกับตัวอย่าง (Structured practice)

การให้ฝึกหัดโดยครูเป็นผู้นำกลุ่มโดยผ่านการฝึกด้วยตัวอย่าง มีการตั้งคำถามให้ผู้เรียนตอบบ่อยๆ พยายามให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการตอบหรือปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดทบทวนถึงกระบวนการเพื่อให้เกิดความมั่นใจแต่ถ้าตอบผิดควรให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นที่ 4 ขั้นฝึกหัดภายใต้ควบคุม (Guide practice)

ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้ต้องติดตามผู้เรียนให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยการชมเชยหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น และเชื่อมโยงให้ผู้เรียนได้ฝึกในสถานการณ์จริงโดยผู้สอนนิเทศอย่างใกล้ชิด

ขั้นที่ 5 ขั้นปฏิบัติอย่างอิสระ (Independent practice)

ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้สอนน้อยลง ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติจนกระทั่งเกิดความชำนาญเป็นอัตโนมัติ ผู้สอนให้การนิเทศเมื่อมีโอกาส จุดประสงค์ของการฝึกปฏิบัติในครั้งนี้คือ เสริมแรงการเรียนรู้ใหม่ไปสู่การคงอยู่และการพัฒนาความชำนาญในการปฏิบัติ

ในการเรียนการสอนการพยาบาลในคลินิกส่วนใหญ่ มักเป็นการใช้กรณีจริง ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้เพื่อการเรียนการสอนที่มุ่งสร้างความคิดวิจารณ์ญาณ คิดเชิงวิเคราะห์ หรือ การสืบสวนด้วยตนเอง เนื่องจากเวลาและความสำคัญของการปฏิบัติต่างที่จะต้องให้กับผู้ป่วย รูปแบบอื่นในการใช้กรณีศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ คือ การวิเคราะห์อุบัติการณ์ (Critical incident case) หรือกรณีศึกษาแบบวิกฤติการณ์ โดยนำเหตุการณ์เฉพาะที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย หรือน่าสนใจ เช่น ผู้ป่วยกระโดดตึก การให้ยาผิด (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2537) นอกจากนี้ อาจมีการใช้กรณีศึกษาในรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งที่การเรียนการสอน เนื้อหาของกรณีเป็นสำคัญ มีเพียงส่วนน้อยที่มุ่งให้มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อการคิด วิเคราะห์ และยังไม่มีการนำเสนอสู่วิชาชีพด้วยรูปแบบที่แน่ชัด เพียงแต่ผู้สอนแต่ละท่านให้กันในการจัดการเรียนการสอน แต่ละคนเท่านั้น มีผู้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิกไว้หลายท่าน เช่น

อรพรรณ ลือบุญขวัญชัย (2537) ได้เสนอแนะวิธีการใช้กรณีศึกษาในการสอนทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ไว้ว่า แนวทางปฏิบัติการใช้กรณีศึกษาในการเรียนการสอนในคลินิก มีจัดเป็นกลุ่มย่อยจำนวนประมาณ 10-15 คน เป็นจำนวนที่เหมาะสม ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นเต็มที่ ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มดี รูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิกสามารถใช้กรณีศึกษาได้ทุกรูปแบบ ฟังจากการอ่านเอกสาร ฟังเทป คาสเซ็ท วิดีทัศน์ นอกจากนี้ยังได้เสนอความคิดเห็นว่า การสอนในคลินิก หากนักศึกษาได้ดูกรณีศึกษาจากวีดิทัศน์ที่ได้อ่านไว้อย่างสมบูรณ์ครบทุกขั้นตอน โดยมีคำอธิบายวิธีการชัดเจน 10 นาที จากนั้นอภิปรายถึงปัญหาสภาพการณ์ และมีการอภิปรายหลังปฏิบัติ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ดี นำไปสู่การตัดสินใจในการประยุกต์ใช้ในโอกาสต่อไป และมีความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

นอกจากนี้ กนกอร ชาวเวียง (2539) ได้เสนอรูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิกวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่มีต่อความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยนำแนวคิดรูปแบบขั้นตอนการเรียนรู้ โดยกรณีศึกษาของ Mellish and Brink (1990) ทั้ง 4 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ขั้นการนำเสนอกรณีศึกษาด้วยวีดิทัศน์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที /เรื่อง (ในขั้นนี้จะแจกเอกสารประกอบการสอนเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ในการเรียนแต่ละเรื่อง)

ผู้สอนจะนำเสนอกรณีศึกษาและกำหนดประเด็นสำคัญของการนำเสนอกรณีศึกษามาวิเคราะห์วิจารณ์

นักศึกษาจะศึกษาและทำความเข้าใจกรณี และเตรียมพร้อมที่จะทำการวิเคราะห์
วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกรณี

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์วิจารณ์กรณี ใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที
ผู้สอนจะใช้คำถามตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง กระตุ้นให้นักศึกษาเป็นราย
กลุ่มวิเคราะห์วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกรณี

นักศึกษาร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกรณี

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุป ใช้เวลาประมาณ 10 นาที
นักศึกษาสรุปสิ่งที่ได้รับจากการวิเคราะห์วิจารณ์ โดยจะผสมผสานความเชื่อของ
ตนเข้ากับความเชื่อใหม่เกิดเป็นความรู้และเจตคติใหม่

ผู้สอนใช้คำถามให้นักศึกษาสรุปการเรียนรู้ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการ
เรียนรู้และมอบหมายให้นำข้อสรุปจากการเรียนรู้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวช

ในการวิจัยครั้งนี้การสอนการพยาบาลผู้คลอดโดยใช้กรณีศึกษานี้ หมายถึง
รูปแบบการสอนภาคปฏิบัติการดูแลผู้คลอดบนหอผู้ป่วย ผู้เรียนจะเรียนรู้การใช้ความรู้ในศาสตร์
อื่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติดูแล มีการนำเสนอสถานการณ์กรณีศึกษาที่สร้างขึ้นด้วยวิดีโอ
ทัศน์แล้วผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในสถานการณ์ที่นำ
เสนอ มี 3 สถานการณ์ โดยที่ในแต่ละสถานการณ์ใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการสอน มีขั้นตอนการ
สอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนำเสนอกรณี ขั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นนำและขั้นสอนของรูปแบบการ
สอนแบบปกติ คือ ผู้สอนมีบทบาทในการทำความเข้าใจกับผู้เรียน ซึ่งแจ้งกิจกรรมแบ่งกลุ่ม
ผู้เรียนให้มีขนาดกลุ่ม 7 คน หลังจากนั้นนำเสนอกรณีศึกษาด้วยวิดีโอทัศน์เรื่องละ 10-15 นาที
ซึ่งเป็นเรื่องราวสภาพการณ์การปฏิบัติพยาบาลผู้คลอด และแจกประเด็นสำคัญที่จะ
อภิปราย ผู้เรียนมีบทบาท คือ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกรณีที่ผู้สอนเสนอให้ด้วยตนเอง
เตรียมความพร้อมที่จะวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ซึ่งใช้เวลา 15 นาที

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์กรณีขั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นสอนของรูปแบบ
การสอนแบบปกติ ผู้สอนมีบทบาทใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์วิจารณ์ประเด็นสำคัญ
ในกรณีศึกษา เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ผู้เรียนมีบทบาทในการกำหนด
บทบาทสมมติให้มีผู้นำการอภิปราย ผู้บันทึกข้อตกลงในกลุ่ม หลังจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์

วิจารณ์ประเด็นสำคัญในกลุ่มย่อย 15 นาที หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มย่อยเสนอผลการอภิปรายต่อกลุ่มใหญ่โดยจำกัดเวลากลุ่มละไม่เกิน 5 นาทีซึ่งชั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์วิจารณ์ ชั้นตอนนี้จะตรงกับขั้นสรุปของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปข้อความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาใช้เวลา 5 นาที

ขั้นที่ 4 ขั้นค้นหาแนวทางการนำความรู้ไปใช้ ชั้นนี้จะตรงกับขั้นสรุปของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนทั้งหมดได้ร่วมกันวางแผนการดูแลหลังจากนั้นให้นำไปปฏิบัติจริงใช้เวลา 10 นาที

ขั้นที่ 5 ขั้นลงมือปฏิบัติซึ่งจะตรงกับขั้นนำไปปฏิบัติของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนมีบทบาทในการนิเทศและผู้เรียนนำการวางแผนในการดูแลไปปฏิบัติ

ขั้นที่ 6 ขั้นสรุปการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของขั้นนำไปปฏิบัติจริงของรูปแบบการสอนแบบปกติ ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงและหาแนวทางการแก้ไข

สรุปแนวคิดของการเรียนโดยใช้กรณีศึกษา เป็นการนำเสนอกรณีศึกษาที่เป็นสถานการณ์ เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่มีความหมาย สร้างจากเหตุการณ์ เรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงในสภาพการณ์จริง มีการเรียนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน และมีการวิเคราะห์ วิจารณ์ เชื่อมโยงความรู้เดิมเพื่อนำไปสู่ความรู้ใหม่

ความแตกต่างระหว่างการสอนแบบปกติกับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา คือ ในขั้นการสอนจะเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้วิเคราะห์วิจารณ์กรณีศึกษา ได้เสนอความคิดเห็น โดยใช้กระบวนการกลุ่ม นอกจากนี้ในขั้นสรุปนอกจากจะมีการสรุปความรู้ที่ได้แล้ว ยังมีการค้นหาแนวทางเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้เรียนเห็นแนวทางในการปฏิบัติจริง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Adam, M. E. (1992) ตรวจสอบศักยภาพของวิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพื่อเป้าหมายการศึกษาที่เชื่อมโยงกับโปรแกรมการศึกษาของรัฐบาลแคนาดา ในการปฏิรูปการศึกษาใหม่ในปี 2000 โดยศึกษาจากนักศึกษาที่สมัครเรียนในระดับที่ 11 ของโรงเรียนบริหารธุรกิจในฮาร์วาร์ด จำนวน 27 คน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามนักศึกษา การสัมภาษณ์ครู การวิเคราะห์จากวิดีโอเทป การอภิปรายกลุ่มของนักศึกษา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงในการคิดอย่างสร้างสรรค์ มีความสนใจหาความรู้เพิ่มขึ้นในการที่จะนำมาอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกับผู้อื่น

Powell, J. L. (1994) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในโรงเรียนสัตวแพทย์ ซึ่งใช้การสอนโดยกรณีศึกษาในวิชาพิษวิทยา โดยที่ผู้วิจัยสังเกตเป็นพิเศษเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในการอภิปรายกลุ่มย่อย ความถี่ของคำถาม การตอบของคำถาม การบรรยายและอภิปรายของผู้สอน ตลอดทั้งภาคการศึกษา ในกลางภาคการศึกษามีการสัมภาษณ์สมาชิกในชั้นเรียน จำนวน 10 คน ซึ่งคำถามเป็นคำถามทั่วไปที่จะช่วยให้แสดงมุมมองของนักศึกษาเอง พบว่า กรณีศึกษาเป็นรูปแบบการสอนที่ซับซ้อน ต้องการการเตรียมตัวมากทั้งในการสอน การประเมินผล ผู้สอนพัฒนาผู้เรียนให้มีระดับความสามารถในการคิดสูงขึ้น แต่ไม่สามารถครอบคลุมเนื้อหาได้เท่ากับวิธีการสอนแบบเดิม ผู้เรียนต้องเตรียมตัวในการเรียน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในแต่ละกรณี การศึกษานี้สนับสนุนว่าการเรียนโดยกรณีศึกษามีประโยชน์ช่วยให้ผู้เรียนได้ทั้งความรู้และทักษะการแก้ปัญหา แต่การใช้การสอนโดยกรณีศึกษานั้นจะต้องมีการใช้อย่างระมัดระวัง

Barry, L.B. (1993) ศึกษาการใช้กรณีศึกษาเพื่อค้นหาว่าครูมีความเข้าใจ อย่างไร หลังจากการอ่านและเขียนกรณี การคิดของครูเป็นผลมาจากระดับของประสบการณ์ โดยศึกษาในครูใหม่ 8 คน ครูที่มีประสบการณ์ 8 คน โดยให้อ่านกรณีเกี่ยวกับการเรียนการสอนใน 4 ระดับและเขียนวิจารณ์ พบว่า ครูกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยมีการคิดที่มีการเปิดเผย ฝึกวิเคราะห์และชัดเจนหรือซับซ้อนน้อย ส่วนในกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีการคิดแบบผสมผสาน เข้าใจอย่างละเอียดละออ มีการรวบรวมเนื้อหา

Blickerton, L. N. (1995) ได้ศึกษาการสอนโดยกรณีศึกษาในนักศึกษาชีววิทยา ชั้นปีที่ 4 การสร้างหลักสูตรเพื่อบรรลุเป้าหมายในปี 2000 เป็นการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการใช้กรณีศึกษาในการเรียนการสอนในหลักสูตรชีววิทยาของกระทรวงศึกษา ในปี 2000 ในแต่เดิมมีการนำการสอนโดยกรณีศึกษาใช้ในการสอนทางสังคมศาสตร์และธุรกิจ ซึ่งเป็นสิ่งที่

น่าจะนำมาใช้ในการสอนทางชีววิทยาได้ โดยกรณีที่น่านำมาใช้นั้นเป็นลักษณะความเรียง นอกจากนี้ผู้วิจัยเสนอว่าควรทำการศึกษาวิจัยต่อไปว่า การใช้กรณีศึกษาในหลักสูตรชีววิทยา เพื่อบรรลุเป้าหมายในปี 2000 จะสามารถบรรลุเป้าหมายของหลักสูตรได้หรือไม่

Tullman, B. A. (1992) ศึกษาการใช้กรณีศึกษาในนักศึกษาครุศาสตร์ก่อนสำเร็จการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาโดยให้นักศึกษากลุ่มที่หนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน การบรรยายและอภิปราย นักศึกษากลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน ศึกษาโดยใช้กรณีศึกษา

ชูศักดิ์ สิงห์อุตร (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมการทำงานกลุ่มของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เรียนวิชาสังคมวิทยา โดยใช้เทคนิคการสอนแบบศึกษากรณีตัวอย่าง กับการสอนตามแนวคู่มือการสอนของหน่วยศึกษานิเทศ กรมสามัญศึกษา พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานด้านผู้นำและสมาชิกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

กนกอร ชาวเวียง (2539) ได้ศึกษาการใช้กรณีศึกษาในการสอนภาคปฏิบัติวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่มีต่อความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และเมื่อเปรียบเทียบกับ การสอนแบบปกติพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีความรู้และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าที่ได้รับการสอนตามปกติ

กาญจนา ปัญญาหน่ววาท (2539) ได้ศึกษาผลของการใช้กรณีศึกษาในการสอนทางคลินิกที่มีต่อความตั้งใจสร้างพฤติกรรม จริยธรรม ในการปฏิบัติกรพยาบาลสุติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลสุติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการสอน โดยใช้กรณีศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับการสอน และความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล สุติศาสตร์ของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยกรณีศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ

วารี กังใจ (2531) ศึกษาคุณภาพการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมทางปาก ในหน่วย ไอ.ซี.ยู กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยวิธีการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลกับผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 7.00-21.00 น. ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มใส่

ท่อหลอดคอจนกระทั่งเอาท่อหลอดค้อออกหรือถึงแก่กรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลระดับคุณภาพดี และคุณภาพปานกลาง ส่วนผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้นมีระดับคุณภาพดีและปานกลาง นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานควรมีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลเป็นระยะ

สุชาติ รัชกุล (2530) ศึกษารูปแบบของบันทึกทางการพยาบาลและประเมินคุณภาพของการพยาบาลในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วที่แผนกเวชระเบียน ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวช ตา-หู-คอ-จมูก และกุมารเวช เป็นระยะเวลา 10 เดือน รวมตัวอย่างแฟ้มประวัติของผู้ป่วยทั้งหมด 500 ฉบับ พบว่า รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลได้ปฏิบัติตามรูปแบบเกินร้อยละ 50 และคุณภาพของการพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับดีถึงดีมาก

ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, สนวน ลิโทชาลิต, นงนาฏ จงธรรมานุรักษ์ (2532) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล เกื้อการุณย์ ในทัศนะของพยาบาลวิชาชีพและโรงพยาบาลกลาง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพการปฏิบัติงาน 4 ด้าน คือ ทักษะการปฏิบัติงานระดับต้น ทักษะการปฏิบัติงานระดับกลาง ทักษะการปฏิบัติงานระดับวิชาชีพ และบุคลิกภาพและลักษณะนิสัยการปฏิบัติงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลด้านทักษะการปฏิบัติงานระดับต้น ทักษะการปฏิบัติงานระดับกลาง ทักษะการปฏิบัติงานระดับวิชาชีพ และบุคลิกภาพและลักษณะนิสัยการปฏิบัติงาน ส่วนมากมีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

HSU, N.L ; Fong, R.C. ; Hsuch, Y. (1995) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยสำรวจคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 1993 - 31 กรกฎาคม 1994 ในหน่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ จำนวน 38 แห่ง จำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 210 คน โดยคะแนนคุณภาพแม่บ้าน 4 จุดประสงค์ คือ 1. มีการวางแผนการพยาบาล 2. ความสนใจความต้องการทางกายภาพของผู้ป่วย 3. ความสนใจในความต้องการจิต-สังคม-วิญญาณ-วัฒนธรรม และ 4. ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างในคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในจุดประสงค์เดียวกัน แต่มีความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพของการพยาบาล ในจุดประสงค์ 1, 2, 3, 4 ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล และครูพยาบาลรู้จักจุดแข็งและจุดอ่อนของการพยาบาลและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

กรอบแนวคิด

