

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปที่ต้องการคำแนะนำชี้แจง และการช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นวิชาชีพที่ทำประโยชน์แก่สังคม มาตั้งแต่สมัยก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ฟลอเรนซ์ ไรตติ้ง เกล ได้เป็นผู้ริเริ่มการพยาบาลที่มีระบบขึ้น การพยาบาลในระยะแรกเริ่มนี้เป็นการบริการที่ให้ด้วยความเต็มใจ ด้วยความสมัครใจ ในประวัติตั้งเดิมของวิชาชีพการพยาบาลจะพบแต่พยาบาลผู้เต็มเปี่ยมไปด้วยความเมตตากรุณา แต่เมื่อวิชาชีพวิวัฒนาการมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งค่อย ๆ กลายมาเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีฐานะต่อสังคม ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาของชีวิตมนุษย์ ความต้องการบริการพยาบาลจึงเพิ่มทวีขึ้นเรื่อย ๆ ตามอัตราการเพิ่มของประชากร ฉะนั้นจึงมาถึงยุคสมัยที่จำนวนพยาบาลผู้ให้บริการไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ และเมื่อผสมผสานกับธรรมชาติของวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องการทั้งความรู้ด้านการรักษาพยาบาลบุคคล (human science) ที่ต้องมีความรู้เรื่องทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล และยังต้องการความรู้ด้านศิลปะการดูแลบุคคล (human care) ที่นำมาใช้ในการพยาบาล เพื่อให้เป็นการดูแลที่ให้ความเมตตากรุณา ด้วยความเป็นมิตร และด้วยความรักความเอาใจใส่ จึงทำให้บริการพยาบาลที่ปรากฏแก่สายตาของสังคมยังขาดคุณภาพที่สมบูรณ์ได้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีแนวนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศให้มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพของบุคลากร เพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการ อันจะส่งผลให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ประสบความสำเร็จเพื่อนำไปสู่เป้าหมายการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั่วหน้า พ.ศ. 2543 (Health For All by the Year 2000) ทั้งนี้เป็นไปตามมติของการประชุมสมัชชา สมัยที่ 30 ในปี พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก (คณะกรรมการการประสานงานโครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข 2529) พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนที่มารับบริการ ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพของพยาบาลให้เป็นพยาบาลที่ดี มีความรู้ ความสามารถ และมีจรรยาบรรณด้วย

ลักษณะของวิชาชีพการพยาบาล ต้องให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งสมาชิกของวิชาชีพคือพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างมีเมตตากรุณา มีจรรยาบรรณสูง มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มีมนุษยสัมพันธ์อันดี มีความอดทน และมีความเสียสละสูง เพราะเป็นการบริการต่อผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ต้องการการดูแลระดับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ (เรณูมาศ วิจิตรรัตน์ 2522; พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ 2523; ลออ หุดางกูร 2528) แต่ในปัจจุบันมักจะพบว่าพยาบาลขาดน้ำใจมีสีหน้าที่ขาดความเป็นมิตร ไม่ได้มาใจตอบคำถาม มีการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควร จากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยพบว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงน้อยกว่าการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล 2528) ในส่วนข้อมูลความคิดเห็นของผู้ร่วมงานด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดคือ แพทย์เห็นว่าพยาบาลยังขาดน้ำใจ และขาดความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเห็นว่าควรมีการพัฒนาให้มีเพิ่มขึ้น (ทัศนยา บุญทอง 2529)

บทความและตำราทางการพยาบาลก็กล่าวไว้ว่า วิชาชีพการพยาบาลต้องประกอบด้วย ส่วนที่เป็นศิลปะการปฏิบัติและส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์ คือส่วนการมีความใส่ใจ มีการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย มีคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติเป็นส่วนศิลปะ สำหรับความรู้และทักษะนับเป็นส่วนวิทยาศาสตร์ โดยเห็นว่าส่วนศิลปะมีความสำคัญยิ่งทางการพยาบาล ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำที่มนุษย์กระทำกับมนุษย์ (พาริดา อิบราฮิม 2525)

รอนสเลย์ (Rawnsley 1980: 244-247) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องเน้นที่บุคคล โดยพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญทั้งด้านศิลปะ และวิทยาศาสตร์ของการพยาบาล (art and science of nursing) คือพยาบาลจะต้องผสมผสานระหว่างความรู้ ทักษะ และจิตใจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ขณะนี้ด้านความรู้และทักษะ ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ แต่ด้านจิตใจนั้นยังไม่ได้ศึกษาในเชิงวิทยาศาสตร์อย่างแพร่หลาย

ไรน์ (Rinne 1987) ก็มีความเห็นสอดคล้องกับ รอนสเลย์ที่ว่า ปัจจุบันนี้การศึกษาพยาบาลยังให้ความสำคัญด้านจิตตปริเขต (affective domain) หรือการช่วยเหลือทางการพยาบาลน้อยมาก เพราะพัฒนาได้ยาก ประเมินได้ยาก แต่หากขาดส่วนนี้แล้วพยาบาลก็จะไม่เป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์ จะเป็นผู้ปฏิบัติทางเทคนิคเท่านั้น ทำให้ขาดคุณภาพ ขาดเอกลักษณ์ และขาดอิสระเชิงวิชาชีพ โดยไรน์ได้เสนอว่า ด้านจิตตปริเขตทางการพยาบาลก็คือ การให้การช่วยเหลือ (caring) ประกอบด้วย การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนองตอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก และการประคับประคองทางอารมณ์

เอกสารทางวิชาการพยาบาลทั้งภายในประเทศและต่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ต่างก็เน้นตรงกันว่า มิติที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลคือ ด้านจิตตทางการพยาบาลหรือการพยาบาลด้านจิตใจ

ซึ่งสามารถแสดงออกได้ด้วยพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors) ที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมพื้นฐานของพยาบาลทุกคน จำเป็นต้องพัฒนาตั้งแต่ปีแรก ๆ ของหลักสูตร แต่จากข้อเขียนและจากการวิจัยบ่งชี้ว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลยังได้รับความสนใจจากวงการศึกษาพยาบาลน้อย โดยจัดการเรียนการสอนการพยาบาลด้านจิตใจไว้ วิชาจริยศาสตร์ทางการพยาบาล จำนวน 2 หน่วยกิต ในชั้นปีที่ 1 และได้สอดแทรกการพยาบาลด้านจิตใจไว้ในการสอนการพยาบาลเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะนามธรรม คือลักษณะเป็นข้อความที่เป็นความคิดรวบยอด ยังไม่มีการสอนการพยาบาลด้านจิตใจที่เน้นการพัฒนาพฤติกรรมภายนอก ในรูปของพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล (กองงานวิทยาลัยพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 2528) ผู้วิจัยคิดว่าการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลที่เน้นการพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลมีความจำเป็นต่อวิชาชีพ จะส่งเสริมให้วิชาชีพการพยาบาลมีเอกลักษณ์เฉพาะของตน จึงควรหาแนวทางทดลองจัดการศึกษาให้เป็นพฤติกรรมภายนอก ในรูปของพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล เพราะจะสามารถจัดการเรียนการสอนได้อย่างเป็นระบบ และวัดประเมินผลได้แม่นยำ ผู้วิจัยจึงปรารถนาที่จะทดลองพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยคาดหวังให้นักศึกษาสำเร็จออกไปเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีปัญญาทางสังคมของแบนดูรา เป็นแนวทางกำหนดวิธีการพัฒนาพฤติกรรม โดยที่ทฤษฎีนี้เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ พฤติกรรม บุคคล และสิ่งแวดล้อม และกล่าวว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ 2 แบบ คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (direct experience) และการเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning)

นอกจากนี้แบนดูราได้ให้ความสำคัญแก่องค์ประกอบทางปัญญา (cognitive) ที่เป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบส่วนบุคคล (personal factors) โดยพิจารณาถึงความสำคัญของความคาดหวัง (expectation) เกี่ยวกับผลกรรมที่จะได้รับ และการกำกับตนเอง (self-regulation) ที่มีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสินใจ (judgmental process) และการมีปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction)

สรุปได้ว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยผ่านการไตร่ตรอง ไม่ใช่แสดงพฤติกรรมเพื่อต้องการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นขณะนั้นเท่านั้น แต่บุคคลจะใช้ความคิด ใช้ความคาดหวังว่าจะได้รับผลกรรมอะไร ตลอดจนพยายามคิดหาวิธีที่จะให้ได้ผลกรรมที่ต้องการ และคิดหลักเห็นผลกรรมทางลบต่าง ๆ โดยบุคคลเรียนรู้กฎเกณฑ์ของพฤติกรรมหรือขั้นตอนของพฤติกรรม หรือมาตรฐานของพฤติกรรม บุคคลจะสังเกตการกระทำของตนเอง และประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับ

พฤติกรรมของผู้อื่นหรือสังคม และจะตัดสินว่าควรกระทำพฤติกรรมอย่างไร อะไรที่จะเป็นมาตรฐานที่ตนจะรับไว้ จนกลายเป็นมาตรฐานของตนเอง (internal standards) นำไปสู่การมีปฏิกิริยาต่อตนเองต่อไป คือถ้าทำได้ตามมาตรฐานจะรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง แต่หากทำได้ต่ำกว่ามาตรฐานของตนก็จะตำหนิตนเอง กระบวนการเหล่านี้เป็นการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งสามารถเกิดได้จากการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ตรงและจากการสังเกตผู้อื่น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการแพทย์พยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาล ตามแนวทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory)

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูแลตัวเอง กลุ่มที่ดูแลตัวเองและฝึกการกำกับตนเอง และกลุ่มที่อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ มีพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการแพทย์พยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งในระยะพัฒนาพฤติกรรมและในระยะติดตามผล
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการแพทย์พยาบาลของนักศึกษา กลุ่มที่ดูแลตัวเอง กลุ่มที่ดูแลตัวเองและฝึกการกำกับตนเอง ในระยะต่าง ๆ คือ ระยะข้อมูลพื้นฐาน ระยะพัฒนาพฤติกรรม และระยะติดตามผล

สมมติฐานในการวิจัย

จากทฤษฎีปัญญาทางสังคมของแบนดูราที่มีหลักว่า พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตตัวเอง และพฤติกรรมของบุคคลจะถูกควบคุมจากการกำกับตนเองด้วย ฉะนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูแลตัวเอง กับกลุ่มที่ดูแลตัวเองและฝึกการกำกับตนเอง จะมีพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุม ทั้งในระยะพัฒนาพฤติกรรมและในระยะติดตามผล

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบและฝึกการกำกับตนเอง จะมีพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลสูงกว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบ ทั้งในระยะพัฒนาพฤติกรรมและในระยะติดตามผล
3. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบ จะมีพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลในระยะพัฒนาพฤติกรรม และในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะข้อมูลพื้นฐาน
4. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบ จะมีพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลในระยะพัฒนาพฤติกรรมและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน
5. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบและฝึกการกำกับตนเอง จะมีพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลในระยะพัฒนาพฤติกรรม และในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะข้อมูลพื้นฐาน
6. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ดูตัวแบบและฝึกการกำกับตนเอง จะมีพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลในระยะพัฒนาพฤติกรรม และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ประโยชน์ทางด้านวิชาการ ถ้าการวิจัยนี้เป็นไปตามความคาดหมาย ถือได้ว่าวิธีการให้สิ่ง เกิดตัวแบบและฝึกการกำกับตนเอง สามารถสร้างพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมในหมวดจิตตปริเขตที่นับว่ามีความยากในการพัฒนา เพราะ เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้กระทำที่ต้องอาศัยกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการจำแนกว่าสิ่งใดมีคุณค่า ควรกระทำหรือไม่มีคุณค่า ไม่ควรกระทำ
2. ประโยชน์ทางการนำไปใช้
 - 2.1 ถ้าวิธีการพัฒนาพฤติกรรมที่สร้างขึ้น สามารถพัฒนาพฤติกรรมได้ตามความหมาย จะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลในโอกาสต่อไป
 - 2.2 กรณีที่ไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมได้ตามที่มุ่งหวัง ก็ยังให้แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป
 - 2.3 จะทำให้ได้กรอบพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล ที่ได้จากการค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการ และจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาล อันเป็นงานหลักของกองงานวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผลผลิตพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ (Key word) สำหรับหัวข้อวิทยานิพนธ์ คือ

1. พฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors) หมายถึงพฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายใจ ขณะรับการรักษาโรคในโรงพยาบาล โดยพยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย รับฟัง เข้าถึงความรู้สึก การสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่มุ่งดูแลคน และให้การประคับประคองทางอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลเป็น 3 หมวด ตามแนวคิดของรินน์ (Rinne 1987: 40-43) คือ

1.1 การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (Recognizing needs of patient)

เน้นการรับรู้ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องสนใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วย และเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย จึงจะสามารถรับรู้ความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยได้ถูกต้อง อันจะเป็นแนวทางในการตอบสนองแก่ผู้ป่วยต่อไป

1.2 การสนองตอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก (Responding to provide positive outcome)

หมายถึงพฤติกรรมความช่วยเหลือที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยทุกประเภท ทุกวัยพึงได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ประกอบด้วยพฤติกรรมตอบสนองด้านการสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย และการพยาบาลที่มุ่งดูแลคนมิใช่มุ่งดูแลโรค

1.3 การประคับประคองทางอารมณ์ (Provide emotional support)

คือ การช่วยเหลือทางการพยาบาลที่มุ่งประคับประคองอารมณ์ของผู้ป่วย แบ่งเป็นการประคับประคองที่แสดงออกทางวาจา (verbal support) คือการให้คำปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล กับการประคับประคองที่แสดงออกทางด้านท่าทาง (non-verbal support) คือการให้การสัมผัสแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดกำลังใจ เกิดความอบอุ่นใจ และการมีสีหน้ายิ้มแย้มเป็นมิตรกับผู้ป่วย

2. นักศึกษาพยาบาล หมายถึงนักศึกษาพยาบาลที่เรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี สังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

3. วิธีการพัฒนาพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura 1986) เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล โดยจัดให้นักศึกษาพยาบาลอยู่ในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มทดลองที่ 1 กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลได้ดูตัวแบบที่แสดงพฤติกรรม การช่วยเหลือทางการพยาบาล

3.2 กลุ่มทดลองที่ 2 กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลได้ดูตัวแบบที่แสดงพฤติกรรม การช่วยเหลือทางการพยาบาล และให้นักศึกษาฝึกการกำกับตนเอง

3.3 กลุ่มควบคุม กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลอยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งไม่ได้จัดอย่างกลุ่มทดลอง

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ขอเสนอเป็นลำดับคือ ทฤษฎีปัญหาทางสังคม วิชาชีพพยาบาล พฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

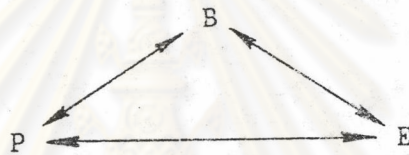
ทฤษฎีปัญหาทางสังคม (Social Cognitive Theory)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีปัญหาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดورا (Bandura 1986) เป็นทฤษฎีพื้นฐานของการวิจัย ซึ่งทฤษฎีนี้ถือว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ ส่วนหนึ่งบุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ถือเป็นการเรียนรู้จากการสังเกต เหตุผลในการเลือกทฤษฎีปัญหาทางสังคมมาเป็นแนวทางการวิจัย ก็เพราะเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญแก่บุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ถือว่าทั้งสามส่วนนี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน และในส่วนของบุคคลถือว่า ความคิดของบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรม

นอกจากนี้เหตุผลอีกอย่างหนึ่งที่เลือกทฤษฎีนี้ ก็เพราะเห็นว่ามีสอดคล้องกับลักษณะของวิชาชีพการพยาบาล และพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลที่จะทำการปลูกฝัง เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีมาตรฐานของวิชาชีพควบคุมอยู่ ขณะเดียวกัน ก็มีความลำบากในการกระทำพฤติกรรมเหล่านี้ให้สมบูรณ์ตามมาตรฐาน เพราะสภาพการทำงานและลักษณะพฤติกรรมที่ต้องกระทำด้วยความใส่ใจ ฉะนั้นบุคคลจะต้องกำกับตนเองด้วยเป็นสิ่งสำคัญจึงจะปฏิบัติกรช่วยเหลือทางการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ในลักษณะวิชาชีพการพยาบาลได้เกี่ยวข้องกับตัวแบบ (model) เป็นอย่างมาก นักศึกษาพยาบาลสามารถที่จะเรียนรู้ได้จากตัวแบบที่เป็นครูพยาบาลและ

พยาบาลประจำการ การนำทฤษฎีนี้มาใช้จะมีส่วนส่งเสริมทางหนึ่งให้ครูพยาบาล และพยาบาลประจำการ แสดงแบบพฤติกรรมที่ช่วยเหลือที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้กลายเป็นตัวแบบชีวิตจริงที่ดีที่จะส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้อีกทางหนึ่ง ทำให้หวังการพยาบาลมีพยาบาลที่ปฏิบัติการช่วยเหลือได้ดีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

แบนดูรา ได้เสนอทฤษฎีปัญหาทางสังคมโดยเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลมิได้ถูกผลักดันโดยพลังภายใน (inner force) ไม่ได้ถูกปรับแต่งอย่างอัตโนมัติ (automatically shaped) และทั้งไม่ได้ถูกควบคุมโดยสิ่งเร้าจากภายนอก (external stimuli) เท่านั้น แต่แบนดูรา อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดโดยการปฏิสัมพันธ์ที่ขึ้นต่อกันจากองค์ประกอบ 3 ส่วน (triadic reciprocity) ดังนี้



B = พฤติกรรม (behavior)

P = ความคิดและองค์ประกอบส่วนบุคคล (cognitive and other personal factors)

E = สภาพแวดล้อม (environmental events)

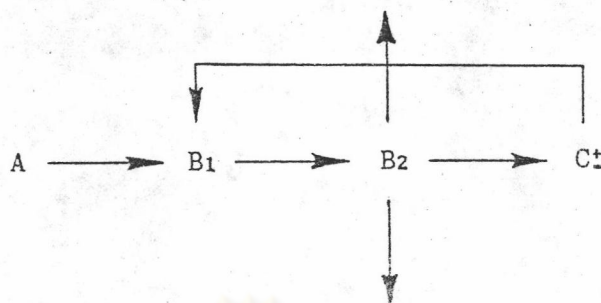
(Bandura 1986 : 23)

โดยแบนดูรา (Bandura 1977) กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนมากของมนุษย์นั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่แบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง (direct experience)
2. การเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning)

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับผลกระทบทางบวก และผลกระทบทางลบจากการกระทำ คือเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ก็จะตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น การตอบสนองบางอย่างทำให้ประสบความสำเร็จ ขณะที่บางอย่างไม่ประสบความสำเร็จก็ก่อให้เกิดการลงโทษ ซึ่งบุคคลจะคงรูปแบบการตอบสนองที่ประสบความสำเร็จไว้ และเลิกปฏิบัติหรือละทิ้งรูปแบบการตอบสนองที่ไม่ประสบความสำเร็จไป แสดงว่าบุคคลได้ใช้ความ

สามารถทางปัญญา (cognitive capacities) ในการพิจารณาก่อนแสดงพฤติกรรม ซึ่งอธิบายได้ดังนี้



A = สภาพแวดล้อมหรือสิ่งเร้า

B₁ = พฤติกรรมภายใน (covert behavior) คือ ความคิด (cognitive) และ องค์ประกอบส่วนบุคคล (personal factor) ซึ่งเชื่อว่าเป็นตัวกำหนดให้ B₂ เกิดขึ้น

B₂ = พฤติกรรมที่แสดงออกมา (overt behavior)

C = ผลกรรมที่มีทั้งผลกรรมทางบวก (C⁺) และผลกรรมทางลบ (C⁻)

2. การเรียนรู้ด้วยการสังเกต เป็นการเรียนรู้ลักษณะหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรม หรือจากการบอกเล่าหรือจากข้อมูล ประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง คือ กระบวนการใส่ใจ (attentional processes) กระบวนการจดจำ (retention processes) กระบวนการทำตาม (production processes) และกระบวนการจูงใจ (motivational processes) ดังแผนภูมิต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Attentional Processes ใส่ใจ	Retention Processes จดจำ	Production Processes ทำตาม	Motivational Processes จูงใจ
<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะตัวแบบเด่นชัด ดึงดูดความสนใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจดจำสิ่งที่ได้รับรู้ในแบบสัญลักษณ์ - ผักพ่นได้โดย การทบทวน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการแปลงสัญลักษณ์ที่จำไปเป็นการกระทำ - การมี feedback ที่ตรงความจริง จะช่วยให้ทำถูก ต้องยิ่งขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวจูงใจ มีทั้งตัวจูงใจภายนอก ตัวจูงใจที่เห็นคนอื่นได้รับ และตัวจูงใจของตนเอง
<p>เหตุการณ์ที่เป็นตัวแบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะผู้สังเกต มีประสาทการรับรู้ที่ดี มีความตื่นตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สังเกตต้องมีทักษะทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญากติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะผู้สังเกต ต้องมีร่างกายปกติ สามารถทำพฤติกรรมได้ และรู้ทักษะย่อย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สังเกตต้องมีความชอบในสิ่งจูงใจ - มีการเปรียบเทียบ กับสังคม - มีมาตรฐานภายใน

2.1 กระบวนการใส่ใจ (Attentional Processes)

บุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้มากนักจากการสังเกต ยกเว้นเขาจะมีความใส่ใจต่อสิ่งนั้น และต้องรับรู้ให้แม่นยำ นั่นคือกระบวนการขั้นนี้ จะเกิดขึ้นได้เพราะสาเหตุฝ่ายตัวแบบ ที่ต้องมีความเด่นชัด ดึงดูดความสนใจ และฝ่ายผู้สังเกตจะต้องมีประสาทการรับรู้ที่ดี มีความตื่นตัวขณะสังเกต จึงเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ

2.2 กระบวนการจดจำ (Retention Processes)

บุคคลจะได้รับอิทธิพลไม่มากนักจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ถ้าบุคคลไม่มีความจำ บุคคลจะจำการกระทำของตัวแบบในลักษณะสัญลักษณ์ จึงทำให้เกิดเป็นความจำ

การขึ้นในลักษณะสัญลักษณ์เชิงภาพ (imagery) และสัญลักษณ์เชิงภาษา (verbal) และความจำจะยิ่งถาวรโดยการทบทวน (rehearsal) ทั้งโดยการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เห็นมาเป็นภาพ ในความคิดและการทบทวนเป็นการปฏิบัติภายในความคิด ขึ้นนี้ตั้งแต่การสร้างเป็นสัญลักษณ์ความจำ สิ่งที่ได้เห็น การจัดระบบสัญลักษณ์ และการฝึกซ้อมภายในใจ ฉะนั้นบุคคลผู้สังเกตจะต้องมีทักษะทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาที่ปกติ

2.3 กระบวนการทำตาม (Production Processes)

คือการกระทำออกมาเป็นพฤติกรรม เพราะว่าทักษะจะยังไม่เกิดขึ้นสมบูรณ์ หากมีแต่การสั่ง เกิดอย่าง เดียว แต่จะต้องพัฒนาเป็นพฤติกรรมด้วย นั่นคือ เมื่อบุคคลดูตัวแบบแล้วจะต้องทดลองทำตามด้วยตนเอง และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับ ฉะนั้นข้อมูลย้อนกลับทั้งจากตนเอง และจากผู้อื่นที่มีความเป็นจริงจะมีส่วนช่วยที่สำคัญในการทำให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมได้เหมาะสมยิ่งขึ้น พร้อมทั้งต้องมีความสามารถทางร่างกายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และต้องรู้ทักษะย่อยที่ประกอบในการทำพฤติกรรม

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

ในทฤษฎีปัญหาทางสังคม แบ่งระหว่างการเกิดความสามารถในการทำพฤติกรรม (acquisition) และการปฏิบัติ (performance) เพราะว่าบุคคลไม่ได้กระทำทุกอย่างตามที่เรียนรู้ แต่จะทำตามเมื่อเห็นคุณค่าของการกระทำนั้น ๆ หรือมีการจูงใจให้กระทำพฤติกรรม ตัวจูงใจมี 3 ชนิด คือ ตัวจูงใจภายนอก (external incentives) ตัวจูงใจที่เห็นคนอื่นได้รับ (vicarious incentives) และตัวจูงใจของตนเอง (self-incentives)

โดยสรุปบุคคลจะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ ถ้าไม่ได้สั่ง เกิดอย่างถาวร หรือการลงรหัส เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ตัวแบบแสดงในลักษณะความจำเชิงตัวแทนมีไม่เพียงพอ หรือมีการล้มเหลวในการคงความรู้ไว้ หรือไม่มีความสามารถทางร่างกายพอที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ หรือขาดการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการไม่ได้รับการจูงใจที่เพียงพอ ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์

กล่าวได้ว่าการเกิดพฤติกรรมส่วนใหญ่มาจากการเรียนรู้จากการสั่ง เกิดขึ้นเอง เพราะว่าถ้าบุคคลเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ตรง เท่านั้นจะทำให้พัฒนาการทางสติปัญญา และทางสังคมมีความจำกัดมาก เพราะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลา และบางพฤติกรรมจะเกิดการผิดพลาดได้มาก นอกจากนี้การเรียนรู้จากการสั่ง เกิดใช้ได้เหมาะสมในกรณีที่จำนวนผู้รับสารมีจำนวนมาก การแสดงแบบอาจมีหลายลักษณะ เช่น บุคคลอื่นกระทำพฤติกรรม โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วิทยุ เอกสาร นั่นคือ

การแสดงแบบอาจเป็นการแสดงการกระทำ (physical demonstration) การแสดงแบบ
 โดยภาพ (pictorial representation) หรือการบรรยาย การพูด (verbal description)
 ซึ่งการใช้ตัวแบบลักษณะใด ขึ้นอยู่กับลักษณะผู้สังเกต และเนื้อหาข้อมูลที่จะเสนอ เช่น ใช้การบรรยาย
 การพูดหรือข้อความเอกสาร (verbal modeling) จะเหมาะสมกับการเรียนรู้ภาษาและเนื้อหาข้อมูล
 เชิงโมโนทัศน์ มากกว่าการแสดงแบบโดยภาพ นอกจากนี้สามารถแบ่งตัวแบบออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) หมายถึง ตัวแบบที่มีชีวิตซึ่งผู้สังเกตสามารถ
 มีปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น

ข้อดีของการเสนอตัวแบบที่มีชีวิตจริง คือ

1. การเสนอตัวแบบประเภทนี้สามารถปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ
 ตัวแบบที่จะเสนอกับผู้สังเกตให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ได้

2. ผู้สังเกตให้ความสนใจและเลียนแบบได้ดี เพราะรับรู้ว่าเป็นตัวแบบประ
 ภาใกล้เคียงกับสภาพจริง หรือเหมือนกับสภาพจริงมากที่สุด

ข้อจำกัดของการเสนอตัวแบบที่มีชีวิตจริง

1. การฝึกตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมที่เป็นขั้นตอน และแสดงอย่างชัดเจนเพื่อให้
 ผู้สังเกตเลียนแบบตามนั้นยาก ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมไม่ได้ไม่สมจริงผู้สังเกตอาจไม่สนใจที่จะ
 เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

2. ขณะดำเนินการเสนอตัวแบบ หากเกิดเหตุขัดข้องขึ้นต้องระงับกระบวนการเสนอ
 ทำให้เสียเวลาในการดำเนินการใหม่

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสังเกตผ่านสื่อหรือ
 สัญลักษณ์ เช่น ตัวแบบที่ปรากฏตามการบอกเล่า ปรากฏในหนังสือ แถบบันทึกภาพ หรือผ่านทาง
 สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ข้อดีของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

1. ตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถทำให้บุคคลจำนวนมากเลียนแบบพฤติกรรม
 อย่างพร้อมเพรียงกัน เช่น ตัวแบบที่ปรากฏทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

2. สามารถจัดกระบวนการเสนอตัวแบบให้เหมาะสมตามความต้องการก่อนนำ
 ไปใช้

3. สามารถเก็บไว้ใช้เสนอตัวแบบได้อีกในกรณีที่ต้องการให้บุคคลเลียนแบบ
 พฤติกรรมทำนองเดียวกัน

4. สามารถใช้กับสภาพการณ์ที่สังเกตได้ยาก เช่น พฤติกรรมของตัวแบบขณะทำการผ่าตัด ขณะทำคลอด หรือขณะช่วยชีวิตผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริง หรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบที่มีชีวิตจริงในสังคม อาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสน ไม่เชื่อถือ และอาจจะไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

เปรียบเทียบอิทธิพลของผลกรรมที่เกิดจากประสบการณ์ตรง และผลกรรมที่เกิดจากตัวแบบ

1. อิทธิพลต่อผลของการเรียนรู้ (Learning effects)

การได้เห็นความสำเร็จ หรือความสำเร็จของผู้อื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า พฤติกรรมอะไรที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ การเรียนรู้จากการสังเกตจะเกิดขึ้นได้เร็วกว่าการเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ตรงในเรื่องทักษะทางความคิด ความเข้าใจรวบยอด (conceptual skill) มากกว่า ทักษะปฏิบัติ (manual skill)

แต่การเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ตรง จะมีประสิทธิภาพในการฝึกทักษะให้ถูกต้องสมบูรณ์และทำได้อย่างมีคุณภาพ ได้ดีกว่า เพียงแต่ดูจากคนอื่น

2. อิทธิพลด้านการจูงใจ (Motivational effects)

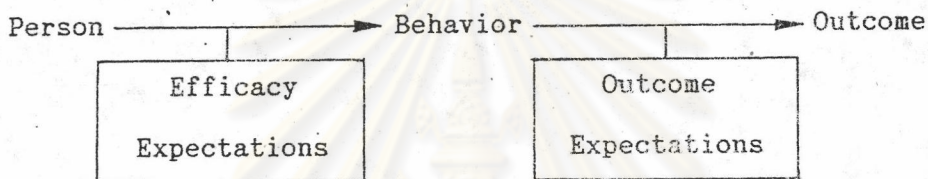
ถ้าพิจารณาเปรียบเทียบเฉพาะอย่างก็พบว่า การจูงใจจากการมีประสบการณ์ตรง (direct incentives) จะก่อให้เกิดการจูงใจมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะการจูงใจจากการมีประสบการณ์ตรง และการจูงใจที่เกิดจากการสังเกตผู้อื่นจะมีผลจูงใจซึ่งกันและกัน (interaction) ฉะนั้นการได้รับการจูงใจทั้งจากการมีประสบการณ์ตรง (direct experience) และจากการสังเกตผู้อื่น (observational learning) จะทำให้เกิดการจูงใจที่ดีที่สุด

ตามแนวคิดของทฤษฎีปัญญาทางสังคมเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้น เพราะต้องการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าในขณะนั้นเท่านั้น แต่บุคคลจะทำการแปลความสิ่งเร้าที่มากกระทบ และบุคคลจะอาศัยความเชื่อ (beliefs) หรือความคาดหวัง (expectations) เป็นแกนนำสำคัญในการทำพฤติกรรม มากกว่าเห็นว่าพฤติกรรมเกิดเพราะความสัมพันธ์เฉพาะหน้าระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (Bandura 1986: 182) นอกจากนี้ทฤษฎีปัญญาทางสังคมมองมนุษย์ว่ามีลักษณะเป็นหน่วยที่จัดกระทำโดยตัวเอง (active agents) แสดงพฤติกรรมโดยอาศัยองค์ประกอบส่วนบุคคล และองค์ประกอบส่วนสภาพแวดล้อม ซึ่งทำให้พฤติกรรมมีการแผ่ขยาย

และมีการคงอยู่ องค์ประกอบส่วนสำคัญด้านบุคคล คือ ความคาดหวัง (expectations) และการกำกับตนเอง (self-regulation) จึงกล่าวได้ว่า บุคคลใช้ปัญญาหรือความคิดในการแสดงพฤติกรรม

ความคาดหวัง (Expectations)

ในการแสดงพฤติกรรมนั้นบุคคลจะมีการคาดหวังในส่วนที่เกี่ยวกับความสามารถของตน ในการทำพฤติกรรมนั้น และคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น (Bandura 1977: 79-81)



ความคาดหวังในศักยภาพ (Efficacy Expectations) เป็นการคาดหมาย หรือคาดหวังในศักยภาพของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectations) เป็นการคาดหมาย หรือคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

บุคคลจะต้องใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เมื่อต้องการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก บุคคลกลัวและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามที่เขาเชื่อว่าเขาไม่สามารถรับมือได้ ในขณะที่บุคคลจะรู้สึกมั่นใจหากรู้ว่าสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ การรู้ศักยภาพของตนเอง (self efficacy) ไม่เพียงแต่จะลดและหยุดยั้งความกลัวล่วงหน้าเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อความพยายามในการแก้ปัญหาด้วย ความคาดหวังในศักยภาพจะกำหนดว่าบุคคลจะพยายามสักเท่าใดในเวลานานเท่าไร การที่มีความคาดหวังในศักยภาพสูงจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการกระทำพฤติกรรมยิ่งขึ้น ส่วนความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจะมีลักษณะเป็นตัวจูงใจ

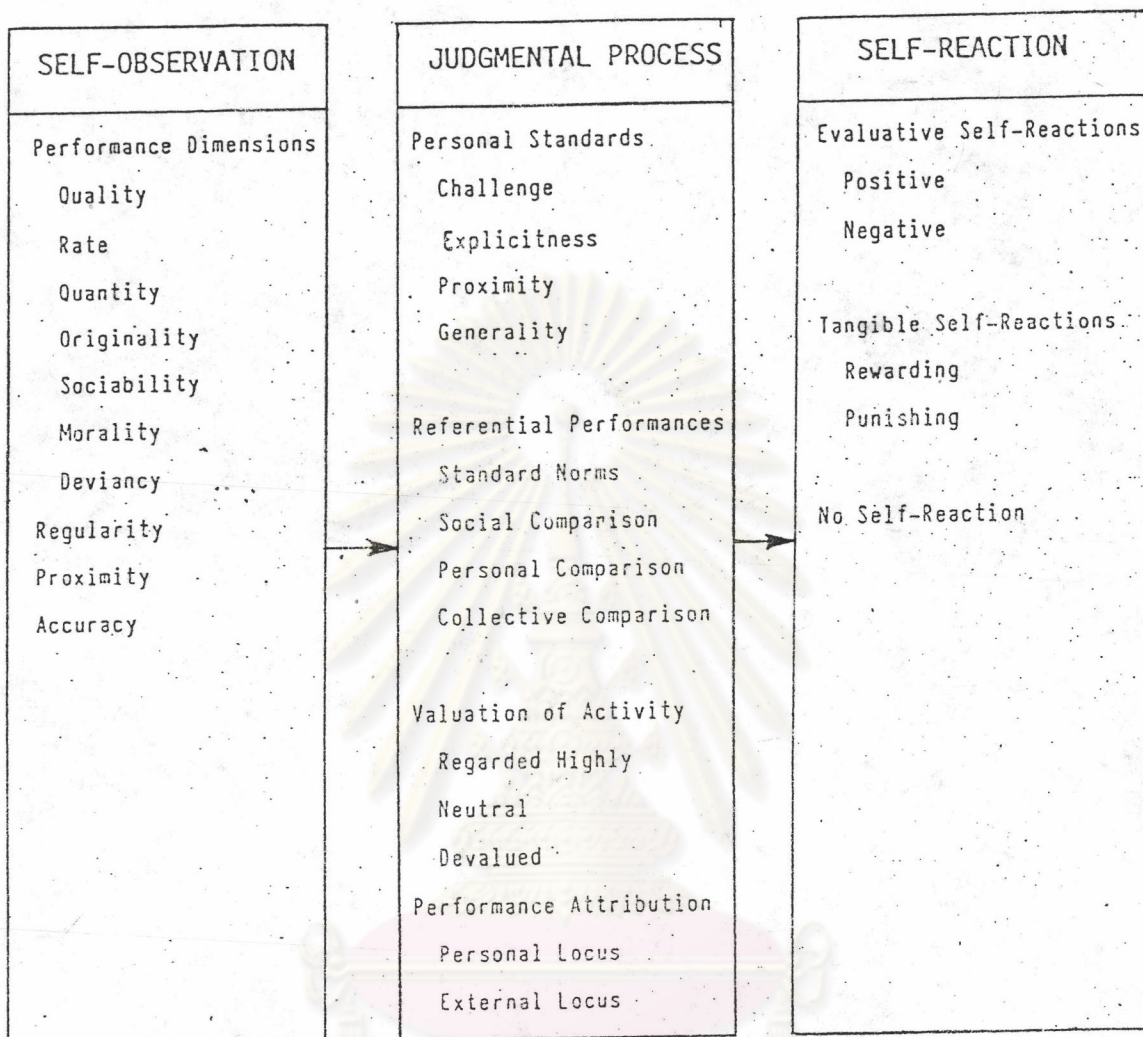
การกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura 1986: 335-362)

บุคคลจะใช้กลไกการกำกับตนเอง มาควบคุมการแสดงพฤติกรรมด้วย เพราะถ้าหากบุคคลเรียนรู้ว่าพฤติกรรมถูกควบคุมโดยผลที่เกิดขึ้นจากภายนอก (external outcome) คือ รางวัล และการลงโทษจากภายนอกเท่านั้น บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น

ความจริงแล้วในการทำพฤติกรรมของบุคคลตามปกติไม่นับเมื่อถูกบังคับ บุคคลจะทำพฤติกรรมโดย
ใช้การชี้นำตนเอง (self-direction) ซึ่งความสามารถในการชี้นำตนเองนี้บุคคลสามารถ
ฝึกฝนได้โดยการควบคุมผลกรรมที่เขาให้กับตัวเอง และตามปกติแล้วพฤติกรรมไม่ได้ถูกควบคุม
จากรางวัล หรือการลงโทษจากภายนอกทันทีเท่านั้น (immediate external reward or
punishment) แต่พฤติกรรมจำนวนมากเกิดจากการชี้นำโดยผลกรรมที่จะมีในอนาคต คือ ผล
ประโยชน์ที่คาดหวังล่วงหน้า (anticipated benefits) จะเป็นสิ่งกระตุ้นตนเองในการชี้นำ
ตนเอง แต่ผลกรรมชนิดนี้อยู่ห่างไกลบุคคลจึงต้องสร้างผลกรรมที่จะเกิดในเวลาอันใกล้ เป็นสิ่ง
ชี้นำ (proximal guides) และต้องจูงใจตนเอง ให้กระทำพฤติกรรม เพื่อจะนำไปสู่ผลที่จะ
เกิดขึ้นในอนาคต (distal outcome) ต่อไป บุคคลจะชี้นำตนเองได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการกำกับ
ตนเองได้ ซึ่งต้องมีการฝึกฝน คือ บุคคลจะต้องมีมาตรฐานของพฤติกรรมของเขาเอง และจะต้อง
มีการประเมินการกระทำโดยตัวเขาเอง กลไกการกำกับตนเองนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ การ
สังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสิน (judgmental process)
และการมีปฏิกริยาต่อตนเอง (self-reaction) ดังรายละเอียดในแผนภาพต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระบวนการกำกับตนเอง (Self-Regulation)



(Bandura 1986 : 337)

ตามแผนภาพนี้แสดงกระบวนการย่อย ๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำกับตนเองในการทำพฤติกรรม โดยการเข้ามาตราภายใน (internal standards) และตัวจูงใจของตนเอง (self incentives) ซึ่งอธิบายในกระบวนการย่อย ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-Observation)

การสังเกตตนเองทำหน้าที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลที่จำเป็นในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติของตน และสามารถทำให้ประเมินได้เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนไป บุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของตนถ้าหากไม่สนใจ ไม่สังเกตการกระทำของตน การสังเกตตนเองอาจกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ เช่น สังเกตคุณภาพของการกระทำ (quality) หรืออัตราการกระทำ (rate) หรือสังเกตปริมาณ (quantity) หรือสังเกตพฤติกรรมการเข้าสังคม พฤติกรรมเชิงสังคม (sociability) หรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรม (morality) หรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนผิดปกติ (deviancy) ซึ่งการสังเกตตนเองนี้จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในโลกการกำกับตนเองได้ เมื่อบุคคลได้สังเกตตนเองอย่างสม่ำเสมออย่างสม่ำเสมอ (regularity) เน้นว่าต้องมีการสังเกตและรายงานต่อตนเองอย่างรวดเร็ว (temporal proximity of self-monitoring) และต้องมีการสังเกตตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ (accuracy) อันจะทำให้ได้เครื่องมือ (ข้อมูล) ที่จะวินิจฉัยตนเอง ทำให้รับรู้ตนเองได้ดีขึ้นและการสังเกตตนเองจะเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นตนเอง (self-motivating device) การสังเกตพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ คือ

1.1 ความเป็นปัจจุบัน (Temporal Proximity)

องค์ประกอบหนึ่งก็คือ ความเป็นปัจจุบันของพฤติกรรมที่สังเกตและการรายงานตนเอง จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะจะเป็นผลกรรมในปัจจุบันซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าผลกรรมที่ห่างไกลออกไป หรือเว้นระยะออกไป นอกจากนี้จะต้องมีระบบระเบียบในการสังเกตด้วย

1.2 การให้การป้อนกลับที่เป็นข้อมูล (Informativeness of Feedback)

องค์ประกอบอีกอย่างหนึ่งคือการให้การป้อนกลับที่เป็นข้อมูล เพื่อให้เห็นลักษณะพฤติกรรมอย่างชัดเจนว่าดำเนินไปอย่างไร เพราะปฏิกิริยาต่อตนเองจะไม่เกิดขึ้น ถ้าเขายังเข้าใจไม่ชัดเจน และการสังเกตตนเองจะส่งเสริมการปฏิบัติได้เมื่อมีหลักฐานความก้าวหน้าของพฤติกรรม และจะมีผลน้อยเมื่อยังเคลือบคลุมไม่แจ่มชัด นั่นคือจะต้องมีการบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

1.3 ระดับของการจูงใจ (Motivational level)

ระดับของการจูงใจ คือ องค์ประกอบอีกอย่างหนึ่งที่ส่งผลในกระบวนการของการสังเกตตนเอง การจูงใจทำได้โดยการตั้งเป้าหมาย (set goals) สำหรับตนเอง และนำไปสู่การประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าว่าเขาปฏิบัติได้อย่างไร แต่ถ้าไม่มีการสังเกต

เองแล้วจะเกิดผลด้านการจูงใจน้อย ซึ่งการปรับปรุงพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเมื่อมีการจูงใจดีกว่า เมื่อไม่มีการจูงใจ

1.4 คุณค่าของพฤติกรรม (Valence)

คุณค่าของพฤติกรรมจะกระทบต่อชนิดและความแรงของปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงการประเมิน (evaluative self-reactions) เพราะการสังเกตตนเองทำให้ได้ข้อมูลออกมา ซึ่งพฤติกรรมที่มีคุณค่า (value) ทำให้เกิดความพึงพอใจส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมที่ไม่มีคุณค่า (devalue) จะลดลง เพราะกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ ส่วนพฤติกรรมที่มีลักษณะกลาง ๆ ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงน้อยเพราะกระตุ้นปฏิกิริยาต่อตนเองไม่มากนัก

1.5 การเน้นที่ความสำเร็จ หรือความล้มเหลว (Focus on Successes or Failures)

การให้รางวัลต่อพฤติกรรมที่ได้ปรับปรุง จะเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการลงโทษต่อสิ่งที่บกพร่อง การสนใจในความสำเร็จเป็นการกระตุ้นเตือนตนเอง ส่วนสิ่งที่ล้มเหลวไม่ก่อให้เกิดการกระตุ้นเตือนตนเอง ฉะนั้นการสังเกตและการเตือนตนเอง (self-monitoring) ควรเน้นในพฤติกรรมที่พึงปรารถนา เพราะการสังเกตสิ่งที่ล้มเหลวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย หรือทำให้เกิดความสำเร็จได้น้อยกว่า

1.6 การอยู่ในอำนาจควบคุม (Amenability of Control)

พฤติกรรมแต่ละอย่างมีความแตกต่างกันในเรื่อง การอยู่ในอำนาจของการควบคุม เช่น พฤติกรรมการพูด และพฤติกรรมการเดินของซีพอร์ที่ต่างก็สามารถสังเกตได้ แต่เราสามารถควบคุมพฤติกรรมการพูดได้ง่ายกว่าการเดินของซีพอร์ การเตือนตนเองเพียงอย่างเดียวสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ง่ายกว่าในพฤติกรรมที่สามารถปรับได้ แต่สำหรับพฤติกรรมที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสูงการสังเกตตนเองจะมีผลเพียงชั่วคราวเท่านั้น ฉะนั้นการได้มีเป้าหมาย (goals) มีการจูงใจภายในตน และอื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการกำกับตนเองด้วย จึงทำให้เกิดความสำเร็จในการชี้นำตนเอง

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgmental Process)

กระบวนการตัดสินใจพฤติกรรมจะต้องมีมาตรฐานของบุคคล เพื่อการตัดสินใจและเพื่อชี้้นำการกระทำของบุคคล

2.1 การพัฒนามาตรฐานของบุคคลทำได้โดยวิธีการดังนี้

2.1.1 การสอนโดยตรง (direct tuition)

2.1.2 ปฏิกริยาของสังคมในเชิงประเมินต่อพฤติกรรมของบุคคล (evaluative social reactions)

2.1.3 การมีตัวแบบแสดงมาตรฐานการประเมินตนเองให้เห็น (self-evaluative standards modeled)

การสอนคือการที่บุคคลได้รับการบอกเล่าว่าพฤติกรรมใดเหมาะสม พฤติกรรมใดไม่เหมาะสม การสอนสามารถสร้างมาตรฐานได้ดีเท่ากับปฏิกริยาของสังคม และยิ่งจะมีประสิทธิภาพในการสร้างมาตรฐานภายในบุคคล ถ้าหากบุคคลได้รับข้อมูลการสอนตรงกับข้อมูลจากสังคม แต่หากการสอนและปฏิกริยาจากสังคมสอดคล้องกันน้อย ก็จะไม่แน่นอนว่าบุคคลจะรับสิ่งใดเป็นมาตรฐานของตน

เมื่อบุคคลได้รับรู้และได้รับการประเมินจากสังคมทำให้เกิดเป็นมาตรฐานของการตัดสินใจ พฤติกรรมของตน บุคคลจะได้รับปฏิกริยาจากสังคม เช่น พ่อ-แม่ และผู้อื่น ที่แสดงปฏิกริยาออกมาว่ายินดีเมื่อบุคคลทำได้ตามมาตรฐาน จะเสียใจเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมต่ำกว่ามาตรฐาน ผลจากปฏิกริยาของสังคมนี้นี้ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของตนเองด้วย คือจะยอมรับ หรือชื่นชมกับตนเอง หรือตำหนิตนเอง โดยการที่บุคคลเปรียบเทียบการกระทำกับมาตรฐานของสังคม

ส่วนการเกิดมาตรฐานภายในจากการที่ได้เห็นตัวแบบแสดงมาตรฐานการประเมินตนเองให้เห็น ได้มีการทดลองให้เด็กได้สังเกตตัวแบบที่มีมาตรฐานในการทำงานสูง และตัวแบบที่มีมาตรฐานในการทำงานต่ำ ผลพบว่า เด็กมักจะทำตามตัวแบบที่ตนเองได้เห็น คือเด็กที่ได้เห็นตัวแบบที่มีมาตรฐานสูงจะให้รางวัลตนเองเฉพาะเมื่อประสบความสำเร็จสูง ขณะที่เด็กที่เห็นตัวแบบที่มีมาตรฐานต่ำจะให้รางวัลแก่ตนเองแม้เมื่อทำงานประสบความสำเร็จน้อย ทั้งนี้พบได้เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ ฉะนั้นมาตรฐานของตัวแบบมีอิทธิพลต่อการกำหนดมาตรฐานของผู้สังเกต คือบุคคลจะรับเอามาตรฐานตามที่ตัวแบบมีปฏิกริยาต่อพฤติกรรมของตัวแบบเอง แต่ถ้าเปลี่ยนสภาพการณ์แล้วตัวแบบเปลี่ยนปฏิกริยาต่อตนเอง จะทำให้ผู้สังเกตรับรู้มากขึ้นว่ามาตรฐานของตัวแบบเป็นอย่างไร

2.2 การสร้างมาตรฐานโดยการสังเกตตัวแบบ มีประเด็นที่ควรพิจารณา คือ

2.2.1 ความขัดแย้งในอิทธิพลของการแสดงแบบ (Discrepancies in Modeling Influences)

กระบวนการเรียนรู้มาตรฐานการปฏิบัติมีความซับซ้อน เมื่อมาตรฐานของตัวแบบไม่สอดคล้องกัน อาจพบในตัวแบบที่ต่างกันและโดยตัวแบบคนเดียวกันแต่ต่าง

สถานการณ์ อย่างไรก็ตามความหลากหลายของการแสดงแบบ ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาในการเรียนรู้จากการสังเกต เพราะพฤติกรรมของบางตัวแบบอาจถูกพิจารณาว่าไม่เหมาะสม (unsuitable) หรือบางพฤติกรรมน่ารังเกียจ (objectionable) หรือบางพฤติกรรมไม่ได้รับรางวัล (unrewarding) ซึ่งผู้สังเกตจะไม่พิจารณาเป็นแหล่งของมาตรฐาน ฉะนั้นแม้ว่าจะมีตัวแบบมากมาย แต่ก็จะมีการเลือกเอาตัวแบบที่มีอิทธิพลเท่านั้น ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้มาตรฐานของการปฏิบัติ โดยการเลือกตัวแบบตามที่เขานำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานที่และเวลาเท่านั้น

2.2.2 ความขัดแย้งระหว่างตัวอย่างและการสอน (Contradictions between Example and Tuition)

มาตรฐานสามารถเกิดจากการสอนเพียงอย่างเดียว หรือ การมีตัวอย่างเพียงอย่างเดียว แต่อิทธิพลของแหล่งทั้ง 2 นี้มักจะร่วมกัน ซึ่งพบว่าผู้สังเกตจะทำตามมากกว่าถ้าการสอนและตัวอย่างสอดคล้องกัน ส่วนการขัดแย้งกันระหว่างตัวอย่างและการสอนมีผลทำให้มาตรฐานลดลงได้

2.2.3 การเอื้ออำนวยจากการแสดงแบบ (Modeling Facilitators)

ลักษณะของตัวแบบที่มีความสามารถจะมีพลังก่อให้เกิดการถ่ายโยงของมาตรฐานสูงของการกระทำได้ดี นอกจากนี้สถานการณ์ของตัวแบบก็ทำให้เกิดการเลียนแบบสูง ลักษณะของผู้สังเกตที่ชอบการควบคุมตนเอง ชอบที่จะทำตามมาตรฐานระดับสูงของตัวแบบ มากกว่าผู้สังเกตที่เห็นว่าพฤติกรรมของตนถูกกำกับจากภายนอก เมื่อได้เห็นมาตรฐานที่ขัดแย้งกัน บุคคลที่มีค่านิยมในการควบคุมตนเองมักจะปฏิเสธมาตรฐานการปฏิบัติที่พ้องผัน

2.3 การแผ่ขยายของมาตรฐานการปฏิบัติ (Generalization of Performance Standards)

เป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาทางสังคม คือการส่งเสริมให้มีการแผ่ขยายของมาตรฐานที่เป็นสิ่งชี้้นำการกำกับตนเองไปสู่กิจกรรมต่าง ๆ และไปสู่อนาคต ซึ่งสามารถสร้างได้ โดยการให้ทำกิจกรรมต่างชนิดกัน แต่จะใช้มาตรฐานการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันสำหรับการประเมินตนเอง โดยบุคคลจะกลั่นกรองมาตรฐานจากการประเมินหลาย ๆ ชนิด เช่น จากข้อกำหนดจากตัวแบบ จากการสอนโดยบุคคลต่าง ๆ หรือบุคคลเดียวกันในกิจกรรมต่าง ๆ หรือในสภาพต่าง ๆ มาเป็นมาตรฐานของตน ซึ่งมาตรฐานนี้จะ เป็นพื้นฐานในกลไกการชี้้นำตนเองต่อไป

2.4 การเปรียบเทียบเชิงอ้างอิงทางสังคม (Social Referential Comparisons)

การที่บุคคลรู้ว่าตนปฏิบัติได้ ยังไม่มีความสมบูรณ์ ถ้ายังไม่ได้ประเมินตนเพื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 3 ส่วนคือ ระดับการปฏิบัติของตน มาตรฐานภายในตน และการกระทำของผู้อื่น ลักษณะการเปรียบเทียบมีหลายอย่าง คือ

2.4.1 การเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (Normative Comparisons)

คือการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นตัวแทนของกลุ่ม เช่น อาจเป็นกลุ่มอายุ กลุ่มการศึกษา หรือที่อยู่อาศัย ฯลฯ เกณฑ์สำหรับการประเมินนี้ต้องมาจากตัวแทนกลุ่มที่คล้ายกับผู้ที่ทำการประเมิน (ถูกประเมิน) เพราะมิฉะนั้นจะไม่เหมาะสม

2.4.2 การเปรียบเทียบกับสังคม (Social Comparison)

ลักษณะนี้เป็นการเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในสภาพการณ์ที่คล้ายกัน เช่น เพื่อนร่วมชั้นหรือผู้ร่วมงาน ซึ่งการที่เปรียบเทียบกับผู้ที่มีความสำเร็จต่ำกว่าทำให้เกิดการประเมินตนเองทางบวก

อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบกับสังคมจะมีคุณค่า เมื่อบุคคลได้ตัดสินใจบนพื้นฐานความจริง เมื่อรู้ว่าปฏิบัติได้สำเร็จจะก่อให้เกิดความมั่นใจ จะเพิ่มการจูงใจทำให้พัฒนาความสามารถได้

2.4.3 การเปรียบเทียบกับตนเอง (Self Comparisons)

โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้เคยทำมาแล้ว ก็มีผลให้เกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจได้เช่นกัน นอกจากนี้พบว่าบุคคลก็พยายามที่จะทำพฤติกรรมให้ได้ดีกว่าเดิม เพราะเมื่อทำได้ระดับหนึ่งแล้วระดับนั้นจะไม่ท้าทายอีกต่อไป บุคคลจึงค้นหาความพึงพอใจใหม่โดยการปรับปรุงให้ก้าวหน้า ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจโดยเทียบกับความสามารถและมาตรฐานของตนเอง มากกว่าเทียบกับผู้อื่น เพราะการเทียบเคียงกับตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการท้าทายตนเอง และประสบการณ์ที่มีความสำเร็จของตนก็ทำให้มีการพัฒนาตนเองโดยไม่ต้องเปรียบเทียบกับสังคมที่อาจไม่ยุติธรรม

2.5 คุณค่าของกิจกรรม (Valuation of Activities)

องค์ประกอบที่สำคัญอย่างอื่นในกระบวนการตัดสินใจ คือ คุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะไม่ได้เอาใจใส่มากนักว่าตนเองจะทำได้อย่างไรหากกิจกรรมนั้นสำคัญน้อย และเขาจะพยายามกระทำน้อยด้วย ตรงกันข้ามในกิจกรรมที่มีคุณค่า บุคคลจะใช้ความพยายามมากกว่า

2.6 การอนุมานสาเหตุในการกระทำ (Performance Attribution)

บุคคลส่วนใหญ่เห็นคุณค่าในความสำเร็จของเขาเมื่อกิจกรรมนั้นสำเร็จลงได้เพราะความสามารถและความพยายามของเขา (personal locus) ตรงกันข้ามหากเขาเห็นว่ากิจกรรมนั้นสำเร็จได้เพราะองค์ประกอบภายนอก (external locus) เขาก็จะมีความพึงพอใจน้อย ดังนั้นเด็กผู้เห็นว่างานนั้นสำเร็จได้เพราะตัวเขา จะให้รางวัล หรือลงโทษตัวเองตามผลของงาน มากกว่าเมื่อเขามองว่างานสำเร็จจากภายนอก

3. การมีปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction)

การมีปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นกระบวนการสุดท้ายในกลไกการกำกับตนเองของบุคคล ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจ (incentive) สำหรับการกระทำของตนเอง และทำหน้าที่ตอบสนองเชิงประเมินต่อพฤติกรรมของตนตามมาตรฐานภายในตน ปฏิกิริยาต่อตนเองอาจเป็นสิ่งที่จับต้องได้ คือเป็นรางวัลหรือการลงโทษก็ได้ หรือเป็นปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงประเมินก็ได้ ซึ่งตามแนวคิดของทฤษฎีปัญหาทางสังคมกล่าวว่า การมีปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงประเมิน จะมีผลต่อพฤติกรรมสูง เพราะทำหน้าที่จูงใจได้ดี และบุคคลสามารถให้แกตนเองได้ทันที (Bandura 1986: 353)

ตัวจูงใจตนเองที่เป็นวัตถุ (tangible self-motivators) พบว่าบุคคลมักจะหลีกเลี่ยงการให้ตัวจูงใจที่เป็นวัตถุแก่ความสำเร็จของพฤติกรรม ยกเว้นบุคคลที่มีลักษณะอ่อนแอ มักจะต้องการสิ่งภายนอก แต่ผู้ที่เข้มแข็งแล้วจะกำกับตัวเอง โดยให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงประเมิน (Bandura 1986: 351) และพบว่าอิทธิพลชนิดหนึ่งที่สามารถแยกบุคคลผู้สามารถกำกับพฤติกรรมตนเองออกจากกลุ่มผู้ล้มเหลวในการกำกับตนเอง คือ ประสิทธิภาพในการใช้ตัวจูงใจภายในตน

ตัวจูงใจภายในตน เป็นตัวจูงใจที่มีประสิทธิภาพมากกว่าตัวจูงใจจากภายนอก แต่อย่างไรก็ตามก็มีความสัมพันธ์ระหว่างระบบตัวจูงใจที่ถูกกำหนดโดยการควบคุมตนเอง (personal control) และการควบคุมจากภายนอก (external control) ผู้ที่มีลักษณะผู้นำตนเองจะไม่ตอบสนองต่อรางวัลจากภายนอก (external rewards) แต่จะชอบใช้ตัวจูงใจภายในตนกำกับพฤติกรรมของตนให้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาพบว่า มีเด็กจำนวนมากเลือกเป้าหมายที่ยาก แม้จะมีอิสระในการเลือกเป้าหมาย หรือบางคนเลือกมาตรฐานสูงและเลือกให้รางวัลน้อย และพบว่า การมีปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก (positive self-reactions) สำหรับพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ ได้ผลดีกว่าการมีปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ (negative self-reactions) ต่อพฤติกรรมที่ล้มเหลว

ไม่ว่าในการศึกษากับเด็กหรือผู้ใหญ่พบว่าสามารถปรับปรุงเรื่องความรู้ หรือเรื่องสมรรถนะในการใช้ตัวจูงใจภายในตนได้ และนอกจากนี้ตัวจูงใจภายในตนจะทำให้เกิดการเสริมแรงโดยทันทีได้ (immediate motivational inducements) จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะของปฏิกริยาที่มีต่อตนเองในทางบวก เช่น ความบิต ความชื่นชมยินดีในตนเอง และความภูมิใจในตนเอง ส่วนปฏิกริยาในทางลบก็คือ การเสียใจ การละอายใจ การตำหนิตนเอง เป็นต้น โดยเน้นว่าในกระบวนการมีปฏิกริยาต่อตนเองที่เป็นกระบวนการสุดท้ายในการกำกับตนเองนี้ บุคคลจำเป็นต้องมีความรู้สึกที่เป็นปฏิกริยาต่อตนเองตามผลของการประเมินซึ่งอาจเป็นปฏิกริยาทางบวก หรือปฏิกริยาทางลบก็ได้

กล่าวโดยสรุป แนวคิดของ ทฤษฎีปัญหาทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาศัยกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) เป็นสื่อกลางที่สำคัญ แต่ขณะเดียวกันสภาพการณ์ทางปัญญาก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยประสบการณ์ที่ประสบจากการปฏิบัติโดยตรงหรือจากการได้เห็นได้เรียนรู้จากผู้อื่น จึงถือได้ว่าสิ่งแวดล้อมภายนอกมีอิทธิพลโดยผ่านทางกระบวนการทางปัญญา กล่าวได้ว่ากระบวนการทางปัญญามีอิทธิพลสำคัญมากในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการคงพฤติกรรมไว้ต่อไป

วิชาชีพการพยาบาล

การพยาบาลถือได้ว่าเป็นวิชาชีพ เพราะเป็นการปฏิบัติอย่างมีหลักการ ผู้ปฏิบัติคือพยาบาล ซึ่งได้รับการศึกษาอบรมมาอย่างดี มิใช่เป็นการปฏิบัติที่เกิดจากการปฏิบัติงานมานาน จนเกิดความเคยชินหรือความชำนาญเท่านั้น และบริการพยาบาลเป็นการปฏิบัติเพื่อสังคม จึงเข้าหลักการของคำว่าวิชาชีพตั้งที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน เช่น

เฟลกเนอร์ (Flexner 1915, quoted in Moloney 1986: 8) ได้กล่าวถึงลักษณะของวิชาชีพไว้ 6 ประการ คือ

1. วิชาชีพปัญญาคือพื้นฐานในการปฏิบัติ และต้องมีความรับผิดชอบสูง
2. เกิดจากการเรียนรู้ เพราะว่ามีองค์ความรู้เป็นพื้นฐาน
3. ลงมาถึงขั้นปฏิบัติการ มิใช่ติดอยู่ในระดับทฤษฎี
4. เทคนิคสามารถนำมาสอนได้โดยศาสตร์ทางการศึกษา

5. มีการจัดการภายในวิชาชีพเป็นอย่างดี
6. ได้รับการจูงใจ จากการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

ไทเลอร์ (Tyler 1952, quoted in Conley 1973: 114) กล่าวว่าลักษณะที่จำเป็น 2 ประการที่ใช้ในการตัดสินว่า อาชีพใดเป็นวิชาชีพหรือไม่ คือจะต้องมีจรรยาบรรณของวิชาชีพที่ผู้ประกอบวิชาชีพนั้นถือปฏิบัติอยู่ และมีหลักการเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติไม่ใช้จากการปฏิบัติ นาน ๆ จนเกิดความเคยชินหรือความชำนาญ

บลอช (Blauch 1955, quoted in Conley 1973: 114) ให้คำจำกัดความของวิชาชีพว่าต้องอาศัยผู้ปฏิบัติที่มีความสามารถหรือความชำนาญพิเศษ ได้รับการศึกษาอบรมมาเป็นเวลานาน ความสำเร็จของวิชาชีพนั้นถือเอาคุณภาพของบริการที่ได้ให้กับสังคมเป็นเครื่องวัด ไม่ใช้มาตรฐานทางการเงิน และวิชาชีพควรมีการจัดตั้งสมาคมวิชาชีพ เพื่อช่วยคงไว้ซึ่งวิชาชีพ ปรับปรุงบริการ และควบคุมจรรยาบรรณของวิชาชีพด้วย

ฟริตสัน (Friedson 1976, quoted in Moloney 1986 : 6) นักสังคมวิทยาได้กล่าวถึงวิชาชีพว่านอกจากจะต้องมีความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญแล้ว ความเป็นอิสระ (autonomy) และความมีเกียรติในสังคม หรือสถานะในสังคมก็เป็นอีกอย่างที่สำคัญ และยังกล่าวอีกว่าวิชาชีพต่างจากอาชีพที่ความมีอิสระ มีสิทธิในการควบคุมงานของตน

จากคำนิยามต่าง ๆ เหล่านี้สรุปได้ว่า การเป็นวิชาชีพจะต้องเกี่ยวข้องกับการมีศาสตร์เฉพาะสาขา ต้องศึกษาอบรมเป็นเวลานานมิใช่เกิดจากประสบการณ์อย่างเดียว มีอิสระ มีสิทธิที่จะควบคุมงานของตน ปฏิบัติเพื่อประโยชน์ของสังคม ได้รับการยอมรับจากสังคม สมาชิกของวิชาชีพก็พึงพอใจในเกียรติที่ได้รับมากกว่าสิ่งจูงใจอย่างอื่น และต้องมีจรรยาบรรณของวิชาชีพ ควรมีสมาคมวิชาชีพ คอยควบคุม ปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติ

การพยาบาล

สำหรับความหมายของการพยาบาล ได้มีนักวิชาการพยาบาลหลายท่านกล่าวไว้ ดังนี้
 อกเว่น (Gowen 1944: 10) ได้กล่าวว่า การพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในรูปของศิลปะ (arts) และวิทยาศาสตร์ (sciences) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งบุคคล โดยมุ่ง

ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี และให้การดูแลรักษาผู้เจ็บป่วย ตลอดจนให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

นอกจากนี้ จอห์นสัน และบริตต์ได้กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นงานที่มีอิสระ มีลักษณะเฉพาะคือ กล่าวว่ องค์ประกอบที่สำคัญ ที่ถือเป็นงานอิสระของการพยาบาล คือการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพสมดุล สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้โดยการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วย (Johnson 1961: 63-66) ส่วน บริตต์ (Brodt 1969: 1674-1676) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การดูแล - รักษา - ประสานงาน (care - cure - coordination) ซึ่งการดูแลถือเป็นบทบาทที่อิสระ นอกจากนี้ จอห์นสัน (Johnson 1965: 38) ยังเน้นว่าในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้นต้องการความรู้สูง และต้องการความสามารถทางสติปัญญาสูงด้วย

เฮนเดอร์สัน (Henderson 1964: 62) กล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นการช่วยเหลือบุคคลซึ่ง เป็นผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการดำรงรักษาสุขภาพหรือ เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพหรือ เพื่อการตายอย่างสงบ

ในปี 1980 สมาคมพยาบาลอเมริกัน (Moloney 1986: 60-61) โดยสมาชิกสภาการปฏิบัติการพยาบาล (The ANA Congress for Nursing Practice) ซึ่งมีนอร์มา แลงจ์ (Norma Lang) เป็นประธาน และมีสมาชิกอีก 7 คน ได้ทำให้นิยามที่สรุปได้ว่ การพยาบาลเป็นการวินิจฉัย และการให้การดูแลรักษาต่อบุคคล (การตอบสนองต่อบุคคล) ได้ตรงตามปัญหาสุขภาพอย่างแท้จริง

ส่วนในประเทศไทย ความหมายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ในมาตรา 4 คือ "การพยาบาล หมายความว่า การกระทำให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค และการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล" (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 : มาตรา 4)

นอกจากนี้ยังมีคำอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของการพยาบาลอีกหลายความหมาย (กองงานวิทยาลัยพยาบาล 2528: 10-12) ทั้งนี้แล้วแต่ว่าจะพิจารณาเน้นหนักในเรื่องความรู้ของศาสตร์หรือลักษณะบริการที่กระทำอยู่ ซึ่งจะ เป็นภาพรวมที่ทำให้รู้จักคำว่า "การพยาบาล" มากขึ้น เช่น

"การพยาบาล เป็นศิลปะและวิทยาศาสตร์"

การพยาบาลเป็นศิลปะเพราะต้องอาศัยความละเอียด รอบคอบ ความพากเพียร อดทน เสียสละ รวมทั้งต้องปฏิบัติด้วยความชำนาญ และใจรัก การพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์ เพราะต้องใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ไปประยุกต์ในการให้บริการแก่สังคม

"การพยาบาล คือ การให้บริการแก่สังคม"

การพยาบาล คือ การให้บริการแก่สังคม ผู้ปฏิบัติต้องอาศัยความรู้และความชำนาญทั้งในด้านศิลปะและวิทยาศาสตร์ เพื่อสนองความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์ และต้องมีพื้นฐานมาจากความเมตตา กรุณา และความเสียสละ เป็นสำคัญ

"การพยาบาล เป็นกระบวนการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล"

การพยาบาล เป็นกระบวนการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพราะว่าการพยาบาลจะต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนอยู่เสมอ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม ประชาชนในที่นี้หมายถึง คนที่มีสุขภาพดี และคนเจ็บป่วย ไม่ว่าจะ เป็นรายบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยผู้ประกอบการพยาบาลจะช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว สังคม เกี่ยวกับการป้องกันโรค และการต่อสู้กับความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน หรืออย่างน้อยก็ช่วยให้เขาเข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย นอกจากนี้ การพยาบาลเป็นกระบวนการเพราะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การพยาบาลจะมีอิทธิพลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และผู้รับบริการก็จะมีอิทธิพลต่อการพยาบาลเช่นกัน

"การพยาบาล คือ การให้ความช่วยเหลือ"

การพยาบาล คือ การให้ความช่วยเหลือแก่เด็ก คนชรา ผู้ป่วย คนพิการ หรือผู้ทุพพลภาพ ซึ่งไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ได้รับความสุขสบาย บรรเทาจากความทุกข์ทรมาน และหายจากโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนช่วยเหลือในการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรคภัยให้แก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้น การให้การพยาบาลต้องมีพื้นฐานมาจากความเมตตา กรุณา และความเสียสละ เป็นสำคัญ

"การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือ"

การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ส่วนหน้าที่โดยอิสระของพยาบาลเกี่ยวกับการช่วยเหลือ เป็นการให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การสังเกตอาการและการบันทึกรายงาน การนิเทศงาน การสอนสุขภาพ จุดประสงค์ของการกระทำนี้ เพื่อช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อการป้องกันโรค ต่อสู้กับความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน หรือพยายามคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในท่าทีที่จะเป็นได้ ดังนั้น

จะเห็นว่าการพยาบาลจึง เป็นบริการแบบผสมผสานงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

จากประเด็นที่เกี่ยวกับวิชาชีพและการพยาบาล ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ กล่าวได้ว่าพยาบาล มองการพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพ เพราะมีการศึกษาอบรม มีองค์ความรู้ทางวิชาชีพ มีศาสตร์เฉพาะของตน คือทฤษฎีทางการพยาบาล (Nursing Theory) ที่ได้มีนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านได้ พัฒนาขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่ก็เป็นที่ตกลงกันว่า ทฤษฎีทางการพยาบาล ต้องเป็นข้อความที่แสดงความสัมพันธ์ของมนทัศน์ 4 อย่าง คือ คน (human/individual) สังคม สิ่งแวดล้อม (society/environment) สุขภาพ (health) และการพยาบาล (nursing) (George 1985 : 12) แม้ว่าทฤษฎีการพยาบาลจะอยู่ในระยะพัฒนา แต่ก็นับได้ว่าการเริ่ม พัฒนาศาสตร์เฉพาะของวิชาชีพขึ้น แต่การที่จะมีความชัดเจนเพียงใดก็อยู่ที่สมาชิกของวิชาชีพการ พยาบาล คือตัวพยาบาลที่จะต้องพยายามนำทฤษฎีทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปเป็นพื้นฐานของ การตั้งสมมติฐานเพื่อการวิจัยในการทดลองใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Processes) ซึ่งมีอยู่ 4 ขั้นตอน บางคนกำหนดเป็น 5 ขั้นตอน คือ การรวบรวมปัญหา (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผน (planning) การนำแผนไปปฏิบัติ (implementation) และ การประเมินผล (evaluation) ตำราบางเล่มจะไม่ปรากฏขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ได้จัด รวมไว้ในขั้นวางแผน ทั้งนี้ทิศทางการใช้กระบวนการพยาบาลจะตั้งอยู่บนข้อตกลงที่เป็นหลักการ (assumption) 2 ประการ คือ การปฏิบัติการพยาบาลระดับวิชาชีพถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล คือระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (interpersonal) และพยาบาลมองผู้รับบริการใน ลักษณะองค์รวม (holistic) คือถือว่าจิตใจและร่างกายไม่แยกจากกัน แต่จะทำหน้าที่เป็นหนึ่ง เดียวกัน บุคคลจะตอบสนองร่วมกัน เช่น เมื่อเกิดอะไรกับส่วนหนึ่งของจิตหรือกาย ก็จะมีผลกระทบ ต่อคนทั้งคน (a whole) จากข้อตกลง 2 ประการนี้จึงบ่งชี้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลนั้น จะต้องใช้ทั้งความรู้ที่เป็นระบบ ระเบียบ จากทฤษฎี ทางการพยาบาล และขณะเดียวกันทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้รับบริการ มองผู้รับบริการในลักษณะองค์รวม และต้องใช้ส่วนที่เป็นศิลปะของวิชาชีพที่เป็น เรื่อง ของการดูแล ช่วยเหลือบุคคลด้วย จึงจะกล่าวได้ว่าการพยาบาลเป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะของ การดูแลช่วยเหลือ

ในขณะที่พยาบาลมองว่าการพยาบาลเป็นวิชาชีพนั้นในสายตาของสังคมที่ยังไม่เข้าใจ สาระของวิชาชีพมักมองว่า การพยาบาลยังอยู่ในระยะพัฒนาไปสู่ความเป็นวิชาชีพโดยกล่าวว่ายัง

ไม่สมบูรณ์ในเรื่องของศาสตร์เฉพาะสาขาและความเป็นอิสระของวิชาชีพ (Moloney 1986: 48) การที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าแม้นักทฤษฎีทางการแพทย์ได้พยายามพัฒนาทฤษฎี แต่ส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าทฤษฎีเหล่านั้นต้องอาศัยทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์อื่น ๆ เป็นพื้นฐาน จึงยังเป็นที่ถกเถียงของบุคคลบางกลุ่มว่าการพยาบาลเป็นศาสตร์เฉพาะสาขาที่ไม่สมบูรณ์นัก ในประเด็นนี้ โลงนิงเจอร์ (Leininger 1981: 11) ได้เสนอว่าการช่วยเหลือ (caring) เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญที่สุดสำหรับการสร้างองค์แห่งความรู้ของการพยาบาล ทั้งนี้เพราะการช่วยเหลือเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล การปฏิบัติต้องอาศัยทั้งศิลปะและศาสตร์ของการช่วยเหลือที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยอย่างมีระบบ แต่ปัญหาอย่างหนึ่งที่วิชาชีพประสบอยู่คือ การที่สมาชิกของวิชาชีพบางส่วนไม่สนใจศึกษาทฤษฎีทางการแพทย์และไม่นำไปสู่การปฏิบัติ ก็ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้นได้ เพราะมองเห็นไม่ชัดเจนว่าพยาบาลได้ปฏิบัติโดยมีศาสตร์เฉพาะสาขาเป็นพื้นฐาน

อีกประการหนึ่ง สังคมส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทของการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล การรักษาเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ ดังนั้นแพทย์จึงวางแผนการรักษา แต่พยาบาลซึ่งทำงานร่วมกันมิใช่เป็นผู้รับคำสั่งแต่เป็นผู้ที่ต้องวางแผนการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางการแพทย์ตัดสินใจปฏิบัติกรพยาบาลส่วนหนึ่ง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ หากพยาบาลคนใดทำงานเพียงรับคำสั่งของแพทย์โดยมิได้ใช้ความรู้ความสามารถของตน ผู้รับบริการก็จะได้รับแต่เพียงการรักษา (cure) แต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ (care) ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่าหากผู้ป่วยได้รับแต่การรักษา ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ความเจ็บป่วยก็คงจะไม่บรรเทาหรือการมีสุขภาพดีก็คงจะเป็นไปได้ยาก และพยาบาลผู้นั้นก็จะทำหน้าที่เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่านั้น แต่ไม่ได้ทำหน้าที่สำคัญของวิชาชีพตนคือการช่วยเหลือ ซึ่งความจริงแล้วการพยาบาลจะครอบคลุมหน้าที่ในการช่วย (assist) ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย ช่วยบรรเทาอาการทั้งด้วยเทคนิคทางการแพทย์ และได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ หน้าที่ในการประคับประคอง (supportive) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ สามารถปฏิบัติตนให้เหมาะสมต่อสภาพความเจ็บป่วย และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องทำหน้าที่ในการสนับสนุน (facilitative) ให้ผู้ป่วยดำรงตนโดยใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ รวมทั้งการมีพัฒนาการตามวัย ฉะนั้นพยาบาลจะต้องทำการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งบทบาทการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น (interdependent role) และบทบาทอิสระ (independent role) จึงถือได้ว่าได้ทำบทบาทตามวิชาชีพของตนสมบูรณ์

บทบาทและกิจกรรมของพยาบาล

บทบาทและกิจกรรมของพยาบาลมี 4 ประการใหญ่ ๆ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ คือการจัดกิจกรรมเพื่อมุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี ให้ความสำคัญเจริญเติบโตตามปกติ สามารถดำรงชีวิตด้วยความปกติสุขทั้งทางกาย จิต และสังคม

การป้องกันโรค คือการจัดกิจกรรมที่มุ่งการป้องกันจากสิ่งคุกคามสุขภาพ หรืออันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดต่อบุคคล คือการป้องกันการเจ็บป่วยนั่นเอง

การรักษาพยาบาล แบ่ง เป็นกิจกรรม 2 ลักษณะคือ

1. การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ไม่อิสระ พยาบาลจะต้องปฏิบัติเพื่อให้บุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและการร่วมมือในการรักษาของแพทย์ กิจกรรมส่วนนี้เป็นการพยาบาลที่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

2. กิจกรรมการช่วยเหลือ ดูแล จัดเป็นกิจกรรมที่อิสระของพยาบาล มุ่งสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลให้ดำเนินไปอย่างปกติตามสภาพ ครอบคลุมการได้รับอากาศ น้ำ อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการประคับประคองจิตใจ ซึ่งมีการได้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย-การรักษาพยาบาลและแนวทางปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลนี้ แม้ในส่วนที่เป็นกิจกรรมไม่อิสระที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์นั้น พยาบาลก็จะปฏิบัติกิจกรรมที่อิสระ คือการดูแลช่วยเหลือแม้อยู่ทุกกิจกรรมไป คือกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการปฏิบัติตามบทบาท และกิจกรรมของการพยาบาลนั้น ไม่ว่าจะเป็น การส่งเสริม การป้องกัน รักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือแม้อยู่ตลอดไป นั่นคือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ (care) เป็นกิจกรรมพื้นฐานของการพยาบาลทุกกิจกรรม ขณะที่การรักษาพยาบาล (cure) เป็นกิจกรรมการพยาบาลส่วนหนึ่งของ care เท่านั้น

การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่จัดให้บุคคลภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามสภาพให้รอดพ้นจากความพิการ หรือหากจะต้องมีความพิการหลงเหลือ ก็ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ หากจะต้องสูญเสียชีวิต ก็ให้ได้เตรียมรับการจากไปด้วยดี

การกระทำบทบาท และกิจกรรมการพยาบาล นั้นเกี่ยวข้องกับบุคคลผู้รับบริการ สังคม ผู้ร่วมงาน และวิชาชีพดังนี้

พยาบาลกับผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องให้ความนับถือต่อความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ต่อค่านิยม ประเพณี และความเชื่อทางศาสนาของผู้รับบริการ ตลอดจนการรักษาข้อมูลส่วนตัวไว้ เป็นความลับ ต้องให้บริการที่เท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงชาติ ศาสนา เพศ วัย หรือฐานะ และ ต้องให้บริการโดยการเคารพในสิทธิมนุษยชน

พยาบาลกับสังคม พยาบาลมีความรับผิดชอบเบื้องต้นร่วมกับประชาชนในการริเริ่มและ ส่งเสริมกิจกรรมที่จะทำให้ความต้องการด้านสุขภาพของสังคมและชุมชนบรรลุเป้าหมาย

พยาบาลกับผู้ร่วมงาน พยาบาลต้องผนึกไว้ซึ่งความสัมพันธ์ และความร่วมมืออันดีกับผู้ ร่วมงาน ทั้งในวิชาชีพการพยาบาลและวิชาชีพอื่น

พยาบาลกับวิชาชีพ นอกจากจะปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงผู้รับบริการ สังคมและผู้ร่วม งานแล้ว พยาบาลต้องคำนึงถึงวิชาชีพการพยาบาล คือต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ พยายาม รักษามาตรฐานสูงสุดของบริการพยาบาลไว้เท่าที่จะทำได้ เมื่อปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพ จะต้องรักษา ความประพฤติส่วนบุคคลให้อยู่ในมาตรฐานที่ดี มิให้เกิดสิ่งที่จะเป็นผลเสียต่อชื่อเสียงของวิชาชีพ ต้องดำรงไว้ซึ่งความสามารถของตนโดยการแสวงหาความรู้อยู่เสมอ และต้องรักษาไว้ซึ่งจรรยา วิชาชีพโดยการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม เพื่อสร้างศรัทธาให้บุคคลและสังคมเชื่อถือ ไว้วางใจ และยอมรับบริการพยาบาล พยาบาลทุกคนมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้กำหนดและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดมาตรฐานของการพยาบาล

นั่นคือบทบาทของพยาบาล มีทั้งส่วนที่อิสระ และไม่อิสระ แต่อย่างไรก็ตามบทบาทอิสระ จะเกิดขึ้นเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติทุกกิจกรรมการพยาบาล

สรุปได้ว่าพยาบาล มองว่าการพยาบาลเป็นวิชาชีพ ในขณะที่สังคมมองว่าการพยาบาล กำลังก้าวไปสู่ความเป็นวิชาชีพ โดยยังขาดความรู้เฉพาะสาขา และความเป็นอิสระเชิงวิชาชีพ ฉะนั้น เป็นหน้าที่สำคัญของการพยาบาลทุกคนที่จะต้องตระหนักถึงสถานะของวิชาชีพในปัจจุบันนี้ โดยจะ ต้องร่วมมือกัน เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้ได้รับการยอมรับเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์ต่อไป และถือเป็น ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่จะปฏิบัติการพยาบาล หรือที่จะกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมให้ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์หลักการของทฤษฎีทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งบทบาทที่อิสระ และบทบาทร่วมกับวิชาชีพอื่น ทั้งนี้ต้องเน้นว่าบทบาทอิสระคือการดูแล ช่วยเหลือ จะสอดแทรกอยู่ในทุกกิจกรรมการพยาบาล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาบทบาทอิสระ คือการดูแลช่วยเหลือทางการพยาบาล (care) อันถือเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นหัวใจของการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล ประกอบกับปรากฏว่าบทบาทที่สำคัญส่วนนี้ยังไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาล ทั้งฝ่ายบริการ และฝ่ายการศึกษาเท่าที่ควร โดยกำหนดพัฒนาในรูปแบบของพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors) จึงขอเสนอแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤติกรรมกรช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors)

ไลนิงเจอร์ (Leininger 1981: 9-15, 1984 : 1-4) ได้ให้นิยามและข้อความรู้เกี่ยวกับ การช่วยเหลือ (care) และการให้การช่วยเหลือ (caring) ไว้ดังนี้

การช่วยเหลือ คือการสนับสนุน หรือส่งเสริมต่อผู้อื่นหรือกลุ่มอื่น ตามความต้องการที่เขาคาดหวัง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์

การให้การช่วยเหลือ หมายถึงกิจกรรมการช่วยเหลือหรือการดูแล ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม มีกระบวนการในการให้การช่วยเหลือต่อผู้อื่น แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (empathetic) การประคับประคอง (supportive) การให้ข้อมูลความรู้ (education) ตามความต้องการของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล

ลักษณะที่สำคัญของการช่วยเหลือและการให้การช่วยเหลือ คือ

1. การช่วยเหลือต่อมนุษย์ (human caring) เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล แต่การแสดงออก กระบวนการ และรูปแบบ จะแปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรม

2. กิจกรรมการช่วยเหลือ (caring acts) และกระบวนการ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ในทุกๆระยะของชีวิตนับตั้งแต่การเกิด การเจริญเติบโต ตามพัฒนาการ การมีชีวิตรอยู่ และสุดท้ายคือการตายอย่างสงบ (peaceful death)

3. การให้การช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่มีค่าทั้งในมิติของความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

4. การช่วยเหลือต้องคำนึงถึงมิติเชิงกายภาพ วัฒนธรรม จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือทั้งบุคคล (holistic care) ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อบุคคลนั้นคือการช่วยเหลือต้องคำนึงถึงด้านร่างกาย วัฒนธรรม จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของเขา

5. ไม่สามารถมีการรักษา (curing) โดยปราศจากการให้การช่วยเหลือ (caring) แต่สามารถมีการให้การช่วยเหลือโดยไม่มีการรักษาได้

6. ที่สำคัญที่สุดคือ การช่วยเหลือเป็นลักษณะพิเศษที่ทำให้ยอมรับว่า การพยาบาลเป็นวิชาชีพและเป็นศาสตร์เชิงวิชาการ (academic discipline)

นอกจากนี้ไลนิงเจอร์ยังเสนอประเด็นปัญหาด้านการช่วยเหลือดังต่อไปนี้

1. การศึกษาพยาบาล ยังคงสอนในระบบที่เน้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา ไม่ได้สอนในระบบที่เน้นเกี่ยวกับ การช่วยเหลืออย่างจริงจัง คือสอนให้เป็นผู้รักษา (curer) มากกว่าสอนให้เป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (carer) และพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางก็ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ (medical curing practice) มากกว่า

2. คำว่าการช่วยเหลือ ยังคงเคลือบคลุมอยู่มาก ยังขาดความชัดเจน ไม่รู้ว่าการที่พยาบาลปฏิบัติการช่วยเหลือนั้นคือทำพฤติกรรมอะไร ประเด็นนี้ชี้ชัดว่าจะต้องพยายามทำให้มันทัศนของการช่วยเหลือเป็นพฤติกรรมภายนอก (overt behaviors) มากกว่าพฤติกรรมภายใน (covert behaviors)

3. ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ หลายทิศทางที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือ มีทั้งส่วนที่เป็นสากลคือการกระทำเกี่ยวกับการช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอด (human survival, protection of human) และส่วนที่แตกต่างกันที่เป็นไปตามวัฒนธรรม ตัวอย่างคือ พยาบาลแคนาดา จะเน้นการให้การช่วยเหลือโดยการประคับประคอง ส่วนพยาบาล จากสหรัฐอเมริกา มักจะให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดด้านจิตใจและด้านร่างกาย

4. ปัจจุบันนี้พยาบาลปฏิบัติด้านการรักษามาก จนบางคนพูดว่า ไม่มีเวลาสำหรับการช่วยเหลือ เช่น ไม่มีเวลาฟังผู้ป่วย ไม่มีเวลาให้การประคับประคอง ตลอดจนไม่มีเวลาทำกิจกรรมด้านการช่วยเหลืออื่น ๆ ฉะนั้นจะต้องพยายามกระตุ้นพยาบาลให้ตระหนักว่าการช่วยเหลือเป็นหัวใจของการพยาบาล ทำอย่างไรจึงจะทำให้พยาบาลรู้คุณค่าของการช่วยเหลือ ทำอย่างไรให้พยาบาลปฏิบัติการช่วยเหลือ ถ้าพยาบาลกลายเป็นเหยื่อของเทคโนโลยีทางการแพทย์แล้วละก็ วิชาชีพการพยาบาลจะเผชิญกับปัญหาที่สำคัญมากที่สุด ฉะนั้นเมื่อการช่วยเหลือเป็นสิ่งสำคัญ เป็นลักษณะเฉพาะของการพยาบาล จึงต้องทำการศึกษาให้กระจ่าง ทั้งในระดับกว้าง และระดับลึก จะทำให้วิชาชีพการพยาบาลมีคุณค่าทั้งทาง เศรษฐกิจ วิชาการ และมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ตามสภาพที่เป็นจริงปรากฏว่า เรื่องของการช่วยเหลือยังก้าวหน้าน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่เริ่มใช้คำว่า การช่วยเหลือมาตั้งแต่สมัยของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญกับการปฏิบัติการช่วยเหลือมากกว่าการปฏิบัติด้านการรักษา (ในบทบาทของพยาบาล) สำหรับในระยะต่อมา โอลิงเจอร์ได้พยายามกระตุ้นให้พยาบาลสนใจในเรื่องการช่วยเหลือ โดยเริ่มตั้งแต่กลางปี 1950 ว่า การช่วยเหลือเป็นทัศนที่สำคัญที่สุดสำหรับสร้างองค์แห่งความรู้ของการพยาบาล (body of substantive knowledge in nursing) แต่การตอบสนองจากกลุ่มของพยาบาลก็ยังมีน้อยมากมีเพียงร้อยละ 10 ของพยาบาลทั้งหมดที่กำลังศึกษามนทัศน์ของการช่วยเหลืออย่างมีระบบ งานวิจัย ซึ่ง โอลิงเจอร์กล่าวว่า มีหลายองค์ประกอบที่ทำให้มีความล่าช้าในการศึกษาเกี่ยวกับมนทัศน์ของการช่วยเหลือ คือ

1. พยาบาลมักเชื่อว่า การช่วยเหลือเป็นเรื่องของการพยาบาล ซึ่งเขารู้ทั้งหมดแล้ว จึงไม่เคยสนใจที่จะศึกษาอย่างลึกซึ้ง ไม่เคยศึกษารูปของการกระทำ (action-oriented)
2. นักวิจัยทางการพยาบาล ไม่ค่อยได้ศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์ของการช่วยเหลือ เพราะจะไปสนใจในมโนทัศน์อื่นมากกว่า เช่น โรค (disease) อาการของโรค (medical symptoms) ส่วนมโนทัศน์ของการช่วยเหลือ เช่น คำว่า การเข้าถึงความรู้สึก ความรัก ความเมตตา กรุณา ฯลฯ นักวิจัยยังสนใจน้อย เพราะคิดว่ายากมากในการศึกษาและยากมากในการวัด
3. มีคำกล่าวที่เข้าใจผิด ๆ เกี่ยวกับการช่วยเหลือ เช่น "การรักษา สำคัญกว่า การช่วยเหลือ" "ปฏิบัติการด้านเทคนิค (technical tasks) และปฏิบัติการด้านการรักษา (medical activity) คือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่สุดขณะเจ็บป่วย" และ "พยาบาลไม่มีเวลาในการปฏิบัติด้านการช่วยเหลือ"
4. การเกิดเทคโนโลยีใหม่ ๆ มากมาย ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการเข้าไปเกี่ยวข้องและจัดเตรียม
5. เนื่องจากไม่มีคุณค่าเชิงเศรษฐกิจ (economic value) ของบริการการช่วยเหลือ (care service)

สำหรับผลงานของโลนิงเจอร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลืออย่างกว้างขวาง ได้เสนอมโนทัศน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการช่วยเหลือ เช่น ความสุขสบาย (comfort) ความสนใจเอาใจใส่ (attention) การสัมผัส (touch) การปกป้อง (protection) การสร้างความไว้วางใจ (trust) การเข้าถึงความรู้สึก (empathy) การประคับประคอง (support) ความเมตตา กรุณา (compassion) ความรัก (love) การสังเกต (surveillance) การช่วยเหลือ (succor) ฯลฯ

วูลฟ (Wolf 1986 : 84-92) ได้กล่าวถึง caring ในบทความเรื่อง "The Caring Concept and Nurse Identified Caring Behaviors" ว่า พยาบาลเป็นจำนวนมากเชื่อว่าศิลปะของการพยาบาลนั้นมีจุดเด่นอยู่ที่ การช่วยเหลือ แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยมากที่ศึกษาด้านการช่วยเหลือ วูลฟ จึงต้องการศึกษาถึงมโนทัศน์ของการช่วยเหลือ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาข้อเขียนที่มีอยู่แล้ว เพื่อรวบรวมเป็นรายการพฤติกรรมการช่วยเหลือ (The Caring Behaviors Inventory = CBI) และสุดท้ายให้พยาบาลเป็นผู้พิจารณาเลือกรายการเหล่านั้นว่ารายการใด หรือข้อความใด เป็นเรื่องของการช่วยเหลือ

ในส่วนการศึกษาข้อเขียนที่มีอยู่ วูลฟ ศึกษาจากหลายท่าน แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงงานของนักเขียน 3 ท่าน ที่ทำให้เข้าใจมโนทัศน์การช่วยเหลือเพิ่มขึ้น คือ

1. งานของ เมเยอร์ออฟ (Mayeroff, quoted in Wolf 1986: 87-88) กล่าวว่าส่วนประกอบที่สำคัญของการช่วยเหลือ มีดังนี้

1.1 การรู้เกี่ยวกับผู้รับการช่วยเหลือ (knowing) เช่น ต้องรู้ว่าเขาเป็นใคร มีลักษณะอย่างไร มีความต้องการอะไร จะตอบสนองความต้องการของเขาได้อย่างไร ตลอดจนเขามีข้อจำกัดอย่างไร

1.2 การเลือกให้เหมาะสม (alternating rhythms) นั่นคือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือ และตัดแปลงและคงพฤติกรรมกรช่วยเหลือที่เหมาะสมไว้

1.3 มีความอดทน มีใจกว้าง (patience) คือผู้ช่วยเหลือจะต้องมีความอดทน และใจกว้าง ยอมรับความสับสนของผู้อื่น พร้อมทั้งจะช่วยให้เขารู้จักตนเอง พร้อมทั้งจะรับฟัง

1.4 มีความจริงใจ (honesty) ต่อผู้รับการช่วยเหลือ

1.5 ทำให้มีความมั่นคง (trust) คือการทำให้ผู้รับการช่วยเหลือเกิดความไว้วางใจ

1.6 ต้องมีความหวัง (hope) คือต้องหวังหรือเชื่อว่าผู้อื่นจะพัฒนาได้จาก การที่ได้รับการช่วยเหลือ

2. งานของนูเวน (Nouwen, quoted in Wolf 1986: 88-89) ได้กล่าวว่า การช่วยเหลือเกี่ยวข้องกับ คำหรือวลี เช่น การมีส่วนร่วมในความทุกข์ยาก การฟังอย่างช่วยเหลือ การพูดนุ่มนวล และการสัมผัส เป็นต้น นอกจากนี้ยังกล่าวเพิ่มเติมว่าในเรื่อง การฟังอย่างช่วยเหลือ (listening with care) นั้น ผู้ฟังจะต้องมีความต้องการที่จะรู้เรื่องของผู้อื่น และรู้สึกว่าการได้รับรู้เรื่องราวเหล่านั้นราวกับกำลังได้รับของขวัญ ส่วนการแสดงออกเกี่ยวกับการช่วยเหลือ (playing with care) ก็ต้องทำอย่างตั้งใจเป็นการทำกิจกรรมเชิงมนุษยนิยม มากกว่าการทำกิจกรรมที่มุ่งหวังสัมฤทธิ์ผลของงาน และสุดท้ายการทำงานด้านการช่วยเหลือ (working with care) ต้องเป็นการปฏิบัติที่มีประโยชน์

3. งานของวัตสัน (Watson, quoted in Wolf 1986 : 89-90) ที่มองว่าการพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธ์ทางารรักษา ซึ่งแกนที่เป็นพื้นฐานของการพยาบาล ถูกสร้างมาจากปรัชญาและวิทยาศาสตร์ของการช่วยเหลือ (philosophy and science of caring) โดยวัตสัน ได้เสนอองค์ประกอบของการช่วยเหลือว่าเกี่ยวกับส่วนต่อไปนี้

3.1 การสร้างค่านิยมด้านการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น การมีความรักเพื่อนมนุษย์

3.2 การสร้างนิสัยที่มีความหวัง

- 3.3 การฝึกฝนให้มีความไวในเรื่องของตนเองและผู้อื่น
- 3.4 การพัฒนาสัมพันธภาพที่มีการช่วยเหลือ และการไว้วางใจ
- 3.5 การส่งเสริม และการยอมรับ การแสดงออกของความรู้สึกทางบวก และไม่ตีเตียนความรู้สึกทางลบของผู้รับการช่วยเหลือ
- 3.6 มีการตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์
- 3.7 มีการให้การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 3.8 ให้การช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุความต้องการของมนุษย์ (human needs)

หลังจาก วูลฟ ได้ศึกษางานของบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วก็รวบรวมคำหรือวลีที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือจากงานเหล่านั้นได้ทั้งหมด 75 ข้อความ แล้วนำไปให้พยาบาลจำนวน 97 คน จัดลำดับว่า มีความเห็นว่าคำหรือวลีเหล่านั้นเป็นลักษณะของการช่วยเหลือมากน้อย เพียงใด โดยให้จัดเป็น 4 ระดับ (เห็นด้วยมาก-เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วยมาก) แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลปรากฏว่าไม่มีรูปแบบที่ชี้ชัดปรากฏ ดังนั้น วูลฟจึง เลือกคำหรือวลีเหล่านั้นจากค่ามัธยฐานของการจัดลำดับ (median rank) เป็นหลัก โดยเลือกไว้ 10 ข้อความที่มีค่ามัธยฐานเกินกว่า 3.75 ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ข้อความ	ค่ามัธยฐานการจัดลำดับ
1. การฟังอย่างตั้งใจ	3.87
2. การลอบโยน	3.84
3. ความจริงใจ	3.82
4. ความอดทน	3.82
5. ความรับผิดชอบ	3.81
6. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย	3.81
7. การสัมผัส	3.81
8. ความไวในการรับรู้	3.77
9. ความนับถือ	3.77
10. การเรียกผู้ป่วยโดยใช่ชื่อ	3.75

ไรเมน (Riemen 1986: 30-35) ศึกษาเรื่องการขาดการช่วยเหลือและการมีการช่วยเหลือในสถานการณ์ทางคลินิก โดยการรายงานของผู้ป่วย (Noncaring and caring in the clinical setting: patients' descriptions) ซึ่งไรเมนกล่าวว่า ขณะทำงานพยาบาลต่างก็ยืนยันว่า การช่วยเหลือเป็นหัวใจของการพยาบาล แต่ในการรับรู้ของผู้ป่วยเห็นว่าขาดการช่วยเหลืออย่างมากคือ ผู้ป่วยรับรู้ว่ายขาดการช่วยเหลือในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติงานอย่างรีบร้อนและมุ่งหวังประสิทธิภาพ
 - 1.1 รีบร้อนตลอดเวลา
 - 1.2 ไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย
 - 1.3 มุ่งหวังประสิทธิภาพของงาน
 - 1.4 ทำงานคล้ายเครื่องจักร
 - 1.5 มาหาผู้ป่วยเมื่อมีงานเท่านั้น
 - 1.6 ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ขาดความเป็นมนุษย์
2. มุ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่
 - 2.1 มาปฏิบัติงานตามหน้าที่ แล้วก็หมดภาระ กลับบ้านเลย
 - 2.2 ทำงานเป็นกิจวัตรประจำวันเท่านั้น
3. ไม่นุ่มนวล กระด้าง และดูถูกผู้ป่วย
 - 3.1 ปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก ๆ
 - 3.2 มีลักษณะบึกบึน ไม่นุ่มนวล
 - 3.3 ให้ความสำคัญน้อย ๆ เท่านั้นราวกับว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาที่จะเข้าใจ
 - 3.4 มองดูผู้ป่วยเป็นเด็กอายุ 10 ขวบ
 - 3.5 ไม่ได้ทำตามสิ่งที่บอกผู้ป่วยไว้
 - 3.6 พูดด้วยเสียงดัง และปฏิบัติด้วยความกระด้าง
4. ไม่มีการตอบสนอง แม้เมื่อขอร้อง
 - 4.1 เมื่อผู้ป่วยกดกริ่งเรียก พยาบาลไม่ได้มาหา
 - 4.2 ไม่ได้ให้ความสนใจในผู้ป่วย
 - 4.3 เมื่อพูดกับผู้ป่วยก็พูดกับผู้อื่นด้วย
 - 4.4 ไม่สนใจกับความต้องการของผู้ป่วย
 - 4.5 ไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย

5. ให้การดูแลรากับว่าผู้ป่วยเป็นวัตถุ
 - 5.1 มองดูที่เครื่องมือโดยไม่ได้มองดูผู้ป่วย
 - 5.2 ทำรากับว่าผู้ป่วยไม่มีชีวิตจิตใจ
 - 5.3 ไม่ได้สนใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
 - 5.4 ไม่ได้สังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 - 5.5 ไม่ได้ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย
 - 5.6 ไม่ได้บอกว่าการกำลังทำอะไรแก่ผู้ป่วย

บราวน์ (Brown 1986: 56-62) ได้ศึกษาจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่ามีลักษณะ 8 อย่าง ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือคือ

1. การรับรู้ คุณภาพ ศักยภาพส่วนบุคคล และความต้องการส่วนบุคคล
2. การทำให้อบอุ่นใจ
3. การให้ข้อมูล
4. การช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวด
5. การให้เวลากับผู้ป่วย
6. การสังเกตอย่างระมัดระวัง
7. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระ
8. การแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ และมีทักษะ เชิงวิชาชีพ

และกล่าวว่ากระบวนการของการช่วยเหลือ มี 4 ส่วนคือ

1. การที่ผู้ป่วยมีความต้องการ หรือไม่พึงพอใจ
2. การที่พยาบาลรับรู้ และยอมรับ ความต้องการของผู้ป่วย
3. การปฏิบัติการพยาบาลหรือการตอบสนองของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุ

ความต้องการ

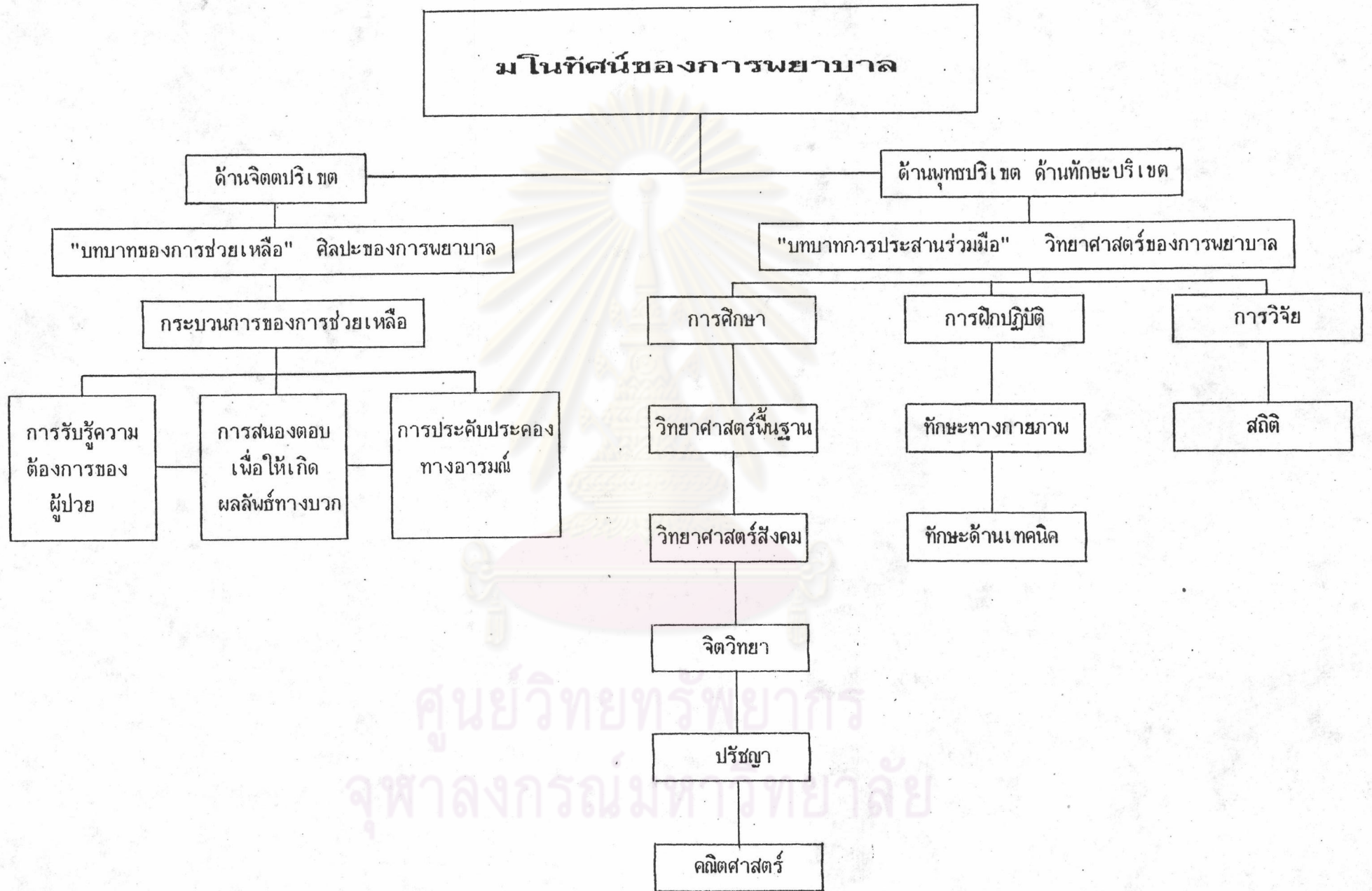
4. การปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ เหมาะสมกับคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

ไรน์ (Rinne 1978: 40-43) กล่าวถึงการช่วยเหลือว่าเป็นศิลปะของการพยาบาล คือเป็นด้านจิตตปริยศาสตร์ ในขณะที่วิทยาศาสตร์ของการพยาบาลคือด้านพุทธปริยศาสตร์ กับด้านทักษะปริยศาสตร์ นอกจากนี้ ไรน์ กล่าวว่า ด้านจิตตปริยศาสตร์ได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาล แต่หลักสูตรการศึกษาได้กำหนดเป็นเป้าหมายของการศึกษาหรือไม่ หรือมีการกำหนดวิชาด้านจิตตปริยศาสตร์หรือไม่ ซึ่งความจริงแล้ววงการศึกษจะต้องให้ความสำคัญมาก นอกจากนี้ไรน์ได้เสนอแนะทัศนคติของการพยาบาลว่าประกอบด้วยส่วนที่เป็นศิลปะของการพยาบาล และส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์ของการ

พยาบาล โดยถือว่าส่วนศิลปะคือการช่วยเหลือทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 หมวด
คือ การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (recognizing needs of others) การสนองตอบเพื่อ
ให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก (responding to provide positive outcome) และการประดับ
ประคองทางอารมณ์ (provide emotional support) ตั้งแผนภาพต่อไปนี้



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



โดยมีรายละเอียดแต่ละหมวดในด้านจิตตปริเขตต์ต่อไปนี้

1. การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (Recognizing needs of others) เป็นกระบวนการที่สามารถเรียนรู้ สามารถส่งเสริมได้ ความสามารถนี้ ก็คือ การที่พยาบาลรู้จักความต้องการ เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ใช้สนใจผู้ป่วยเฉพาะด้านร่างกาย ด้านโรคที่เป็นอยู่ หรืออาการทางกายที่ปรากฏเท่านั้น แต่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับความต้องการด้านอารมณ์อย่างมากด้วย (emotional needs) สรุปได้ว่า พยาบาลจะต้องสนใจผู้ป่วยอย่างดี ต้องเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (empathy) ขึ้นนี้ถือว่าเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมช่วยเหลือ
2. การสนองตอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก (Responding to provide positive outcome) เป้าหมายของการพยาบาลคือการให้บริการ (service) ต่อผู้อื่น โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการบริการว่าต้องการให้ได้ผลลัพธ์ทางบวก เช่น การช่วยเหลือหรือการให้บริการ บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงปัญหาของตน เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหา การทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการบริการหรือการพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือทางการดูแลหรือร่วมมือในการปฏิบัติตน ตลอดจนการให้การพยาบาลที่เน้นบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น หลุดพ้นจากโรคได้เร็วขึ้น เป็นต้น
3. การประคับประคองทางอารมณ์ (Provide emotional support) องค์ประกอบที่สามของมโนทัศน์การช่วยเหลือคือการให้การประคับประคองทางอารมณ์ โดยการแบ่งปัน (sharing) การสัมผัส (touch) และการสื่อสารด้วยวาจา และท่าทาง (verbal and nonverbal communication) พยาบาลจำเป็นจะต้องให้การประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย จะต้องมีความรู้สึกแบ่งปัน ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะถูกแบ่งปันโดยพยาบาล และพยาบาลจะต้องทำงานโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมากกว่าทำงานตามหน้าที่ เช่น มีการคอยผู้ป่วย (waiting) มีการเงียบคอยฟังผู้ป่วยพูด (silence) การที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วย (presence) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความใกล้ชิด หรือการให้การสัมผัสผู้ป่วยจะทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพได้ในเวลาอันสั้น และผู้ป่วยก็รู้สึกอบอุ่น หรือการที่พยาบาลพูดให้ความมั่นใจ พูดลอบโยน ก็มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากการเจ็บป่วยได้ เพราะรู้สึกสุขสบายทางด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมช่วยเหลือทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของโรนีย์เป็นกรอบของพฤติกรรม เพราะเป็นแนวคิดที่ชัดเจนในโครงสร้าง แต่เนื่องจากโรนีย์ให้ไว้เฉพาะโครงสร้างของมโนทัศน์ทางการช่วยเหลือเท่านั้น ส่วนรายละเอียดภายในแต่ละองค์ประกอบยังไม่กระจ่างชัด ประกอบกับการที่โลนิงเจอร์ชี้ว่า การช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมด้วย ผู้วิจัยจึงพิจารณาถึงงานด้านวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้อง

กับมิติด้านจิตใจ ลักษณะของพยาบาลที่ดี และด้านจริยธรรมร่วมด้วย พบว่าจากบทความทางวิชาการ และตำราทางการพยาบาลในประเทศไทยยังไม่ได้กล่าวอย่าง เฉพาะ เจาะจงในเรื่องการช่วยเหลือ แต่ได้เน้นความสำคัญในการพยาบาลด้านจิตใจไว้ด้วย เช่น

ในคู่มือปฏิบัติการพยาบาลขั้นวิชาชีพ ได้เน้นถึงลักษณะของพยาบาลว่าจะต้องมีหน้าที่ทำให้ การพยาบาลด้วยความเต็มใจ ให้ความรัก ให้ความนับถือ และมีความเห็นใจอย่างแท้จริง พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย มีความทุกข์ร้อน วิตกกังวล และกระสับกระส่ายไปกับความทุกข์ ของผู้ป่วยด้วย และมีความรู้สึกว่าจะพร้อมที่จะช่วยเหลือ รวมทั้งการเก็บความลับของผู้ป่วยไม่นำมาพูด เล่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามทางจิตใจ (พาริตา อิบราฮิม 2525: 167-168)

จากเรื่อง "ลักษณะบุคลิกภาพของบุคลากรทางวิชาชีพ" ระบุลักษณะของพยาบาลที่ดีว่าต้อง มีความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เข้าใจคนอื่น มีความอบอุ่น อดทน เสียสละ มีคุณธรรมจริยธรรม ชื่อสัตย์ สุจริต (ทัศนาศู บุญทอง 2529: 203)

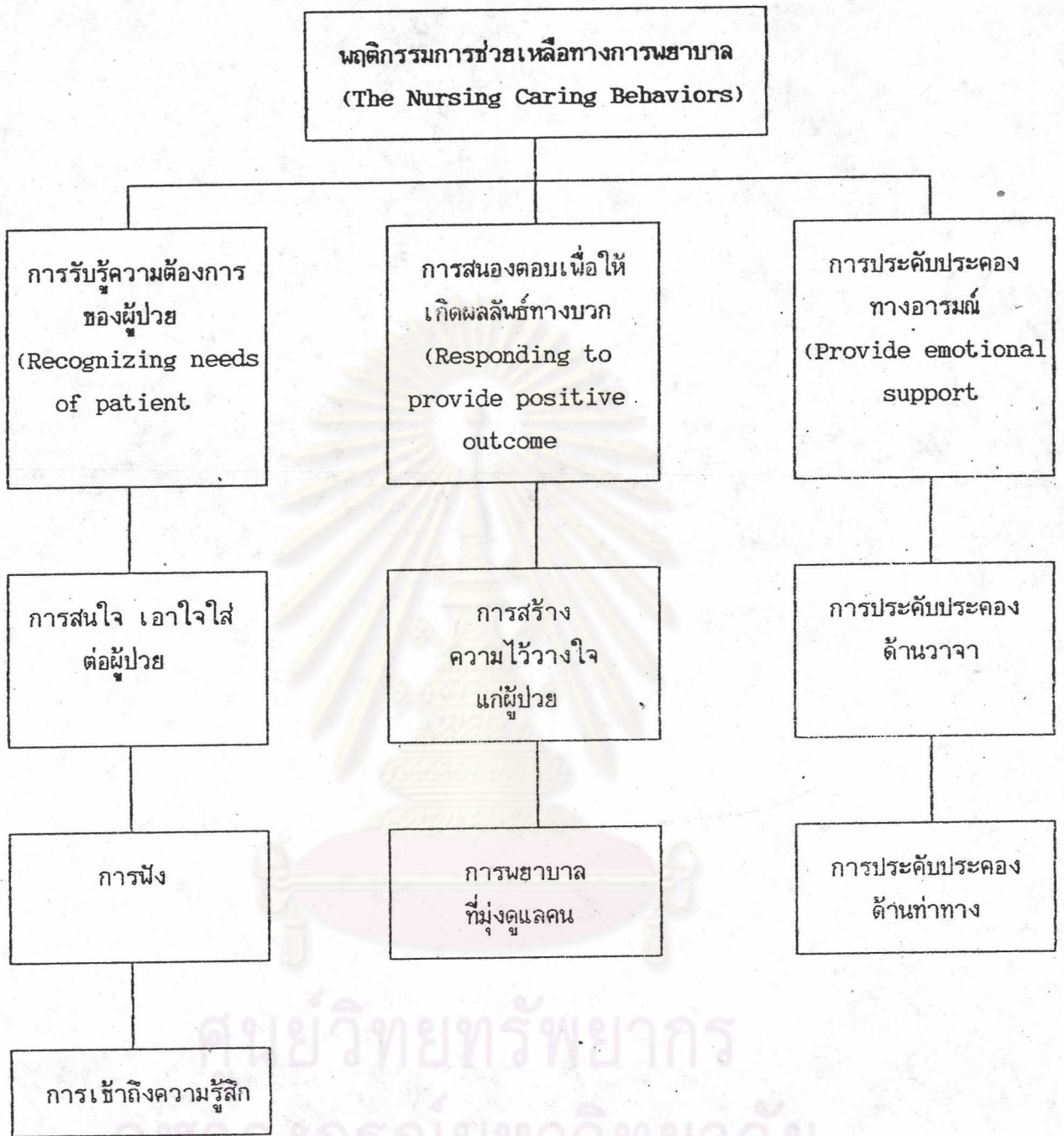
ด้านคุณภาพการพยาบาลนั้น พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ให้ครอบคลุมทั้ง 3 อย่าง ถ้าหากมี ทักษะสูงด้านการพยาบาล และมีความรู้เป็นอย่างดีเท่านั้น ยังไม่พอเพียงสำหรับการพยาบาลที่มี คุณภาพ เนื่องจากขาดเรื่องความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย เพราะไม่ว่าพยาบาลจะมีความรู้ และทักษะมากเพียงใด การพยาบาลก็ยังคงดำเนินไปตามกฎเหมือนเครื่องจักร และผู้ป่วยก็จะได้รับ การปฏิบัติเหมือนวัตถุ ส่วนการพยาบาลที่ดีนั้นควรเริ่มด้วยการให้ความสนใจผู้ป่วย และต้องดูแล ให้ความครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ (สมจิต หนูเจริญกุล 2524: 154) ฉะนั้นพยาบาลจะต้อง ฝึกฝนให้เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม และมีพฤติกรรมช่วยเหลือที่ถือเป็นด้านจิตตปริเขต เพราะ ถือว่าเป็นส่วนสำคัญยิ่งทางการพยาบาล เพราะปฏิบัติการพยาบาลนั้นกระทำต่อมนุษย์ รับผิดชอบชีวิต มนุษย์ทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2530: 834 ; จินตนา ยูนิพันธ์ 2527: 79) สำหรับเรื่องคุณธรรม จริยธรรมที่สำคัญสำหรับผู้ทำงานในวิชาชีพสาธารณสุขนั้นมีหลาย ประการ คือ การมีความเมตตา กรุณา การพูดจาอ่อนหวาน ใช้สรรพนามนำหน้าชื่อเหมาะสม ไม่มี ความถือตัว มีความอดทน ให้บริการโดยไม่คำนึงถึงพื้นฐานหรือลักษณะความแตกต่าง เรื่องอายุ สถานภาพ พร้อมทั้งจะให้บริการและมีความมั่นคงในคุณธรรม (สิวลี ศิริไล 2530: 168-199 ; ลออ หุตาณกุล 2529: 185-186 ; จรัส ยามะรัต และ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ 2528: 794-796)

จากบทความและตำราทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทยที่รวบรวมได้ สรุปได้ว่าการพยาบาลของไทยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล (holistic nursing) ให้ความสำคัญกับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนด้านลักษณะพยาบาลที่ตั้นั้น ผู้อาวุโสในวงการศึกษพยาบาลไทยได้ให้ความสำคัญอันดับต้นกับการเสียสละ อุตุน อุดกลั้น มีความเมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีคุณธรรมจริยธรรม (ทัศนาศู บัญทอง 2529: 204)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ก็ให้ผลตรงกันว่าผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจสูง ซึ่งผู้ป่วยยังได้รับการดูแลจากพยาบาลน้อยกว่าที่ต้องการด้วย เพราะฉะนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นเรื่องการช่วยเหลือด้านจิตใจ พฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีกรอบ และหัวข้อพฤติกรรม ดังต่อไปนี้



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



(หมายเหตุ รายละเอียดพฤติกรรม เสนอไว้ในภาคผนวก ค.)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีของแบนดูรา
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในประเทศไทย

รายละเอียดแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีของแบนดูรา

ในส่วนที่หนึ่งนี้ขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมช่วยเหลือทางการพยาบาลของกลุ่มทดลองที่ 2 ดังต่อไปนี้

การศึกษากลไกของการประเมินตนเอง (self-evaluative) และกลไกของการคาดหวังศักยภาพของตน เกี่ยวกับผลการกระตุ้นของระบบการตั้งเป้าหมาย โดยจัดผู้รับการทดลองเข้าเรียนเงื่อนไขการทดลองที่มีเฉพาะการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback alone) ที่มีเฉพาะการตั้งเป้าหมาย (goal alone) และที่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ (goal + feedback) การศึกษาครั้งนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีต้นกำเนิดอยู่ที่กิจกรรมทางปัญญา ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเสนอว่ามีกลไกพื้นฐานทางปัญญา 2 อย่าง ที่ทำหน้าที่กระตุ้นคือ (1) กลไกที่เป็นความคาดหวังล่วงหน้าในศักยภาพของตน และผลกรรมในอนาคต ที่จะกลายมาเป็นตัวกระตุ้นในปัจจุบันและเป็นตัวกำกับพฤติกรรม (regulators) ความคาดหวังในศักยภาพของตน จะเป็นกลไกในการกระตุ้นตนเอง เช่นผู้ที่มีความคาดหวังในศักยภาพของตนต่ำ (low self-efficacy) จะท้อถอยง่าย ขณะที่ผู้ที่มีความคาดหวังในศักยภาพของตนสูง (high self-efficacy) จะมั่นใจว่าจะบรรลุเป้าหมาย จึงมีความพยายามจนสำเร็จได้ (2) ตัวกระตุ้นทางปัญญาที่สำคัญตัวที่สอง เกี่ยวข้องกับมาตรฐานภายในตนและพฤติกรรมในการประเมินตนเอง (self-evaluative reactions) ที่มีต่อการปฏิบัติของตน การทดลองกระทำกับผู้ป่วยโรคหัวใจ ุดยให้ทำกิจกรรมการออกกำลังกายในระยะพักฟื้น สุ่มผู้ป่วยเข้าเงื่อนไขการทดลองทั้ง 3 ข้างต้นในเงื่อนไขการตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายในการเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มการให้ข้อมูลย้อนกลับก็มีการให้ข้อมูลการออกกำลังกายว่าทำได้ร้อยละเท่าใดตามที่แท้จริง ส่วนกลุ่มเงื่อนไขรวม ก็ให้เลือกเป้าหมายและให้ข้อมูลการออกกำลังกาย สำหรับการวัดการประเมินตนเองให้ผู้รับการทดลองประเมินตนเองในระดับต่าง ๆ 5 ระดับ ตั้งแต่ "พึงพอใจในตนเองสูงสุด

(highly self-satisfaction)" จนถึง "ไม่พึงพอใจต่อตนเองสูงสุด (highly self-dissatisfaction)" ต่อผลการออกกำลังกาย ส่วนการวัดการคาดหวังในศักยภาพของตน ให้ประเมินว่าจะออกกำลังกายได้ระดับใดใน 14 ช่วงของมาตรา แต่ละช่วงมีค่าร้อยละ 10 โดยเทียบกับความสามารถในการออกกำลังกายในระยะ เส้นฐาน คือให้ระดับต่ำกว่าเส้นฐานร้อยละ 50 เป็น 5 ช่วง และระดับเหนือเส้นฐานร้อยละ 80 เป็น 8 ช่วง ผลการทดลองสรุปได้ว่า (1) กระบวนการประเมินตนเองจะต้องผ่านกระบวนการเปรียบเทียบที่ต้องอาศัยมาตรฐานภายในตนและการรู้ระดับการปฏิบัติของตน (2) กลุ่มที่มีการตั้งเป้าหมายและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะมีการออกกำลังกายสูงที่สุด (3) ผลนี้สนับสนุนว่าระบบการตั้งเป้าหมายจะมีพลังก็ต่อเมื่อมีกระบวนการประเมินตนเองและมีความคาดหวังในศักยภาพของตน (Bandura and Cervone 1983: 1017-1028)

การศึกษาการกำกับตนเองอีกเรื่องหนึ่ง ศึกษาว่าการกำกับตนเองเป็นผลของเงื่อนไขทางความคิดและเงื่อนไขของความรู้สึก โดยมีสมมติฐานว่าการประเมินผลและการตอบสนองทางความรู้สึกที่เกิดควบคู่กันต่อพฤติกรรมอาจเป็นตัวเสริมแรงหรือลงโทษ จึงมีผลต่อการควบคุมพฤติกรรมให้คงอยู่ การศึกษาครั้งนี้ได้ทดลอง 5 การทดลอง โดยให้เด็ก 4 ขวบเล่นเกม "Tower of Lights Game" โดยนำเด็กมาเล่นเกมที่ห้องทดลอง อนุญาตให้เล่นได้นานเท่าที่เด็กต้องการ โดยบอกให้เด็กพูดหรือคิด (say or think) ทั้งขณะเล่น และภายหลังเล่นและมีคำถามเด็ก 2 ลักษณะคือ คำถามด้านความรู้สึกต่องาน และความยาก-ง่ายของงาน และมีเงื่อนไขควบคุมที่จะพูดว่างานนี้เป็นงานระดับกลาง หรือพูดด้วยคำไม่มีความหมาย ในการทดลองที่ 1: เพื่อประเมินว่าการที่เด็กประเมินว่างานสนุกขณะทำงาน จะทำให้ทำงานได้นานกว่าเด็กที่ประเมินว่างานไม่สนุก ใช้เด็ก 64 คน วิธีการให้เด็กเล่นเกม และเมื่อมีสัญญาณไฟให้เด็กพูดว่า "งานนี้สนุก สนุกจริง ๆ" หรือ "สิ่งนี้ไม่สนุก" หรือ "สอง-หนึ่ง สอง-หนึ่ง สอง-หนึ่ง" ในเงื่อนไขควบคุม พบว่าเด็กที่ประเมินว่างานสนุก ทำงานได้นานกว่า ; ในการทดลองที่ 2: เพื่อทดสอบว่าคำพูดทางบวกจะมีผลดีไม่ว่าคำพูดนั้นจะสัมพันธ์กับงานหรือไม่ ทดลองกับเด็ก 32 คน ให้เด็กพูดตามความคิดที่ว่างานน่าพอใจ น่ายินดี (พูดว่า "โอเคครีမ်" หรือ "ขนม") ความคิดว่างานไม่น่าพอใจ (พูดว่า "บาดเจ็บ" หรือ "หกล้ม") ส่วนกลุ่มควบคุมพูด "สอง-หนึ่ง สอง-หนึ่ง สอง-หนึ่ง" พบว่าเด็กที่พูดตามความคิดที่น่ายินดีแม้ไม่สัมพันธ์กับงาน ทำงานได้นานกว่าเด็กที่พูดไม่ยินดีหรือเป็นคำพูดกลาง ๆ ถือว่า ความคิดที่น่ายินดีนี้ เป็นตัวเสริมแรง แม้ว่าความยินดีนั้นไม่สัมพันธ์กับงานก็ตาม ; การทดลองที่ 3: เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจว่างานยากหรืองานง่าย จะมีผลต่อเวลาของการทำงานอย่างไร ทดลองกับเด็ก 32 คน โดยให้เด็กพูดว่า "นี่คืองานง่าย" หรือ

"นี่คืองานยาก" กลุ่มควบคุมพูดเหมือนเดิม ผลพบว่า เด็กที่พูดว่า "งานง่าย" จะทำงานยาวนานกว่าเด็กที่พูดว่า "งานยาก" หรือกลุ่มควบคุม ; การทดลองที่ 4: เพื่อศึกษาว่าการพูดว่าภาคภูมิใจหรือการพูดตำหนิตนเองเกี่ยวกับงานที่ทำ จะมีผลต่อการทำงานอย่างไร ทดลองกับเด็ก 32 คน แล้วให้เด็กพูดว่า "ฉันดีจริง ๆ ที่ทำงานนี้" หรือ "ฉันแย่จริงที่ทำงานนี้" และมีกลุ่มควบคุม ผลพบว่าเด็กที่พูดอย่างชื่นชมจะทำงานได้นานกว่าเด็กที่พูดกลาง ๆ หรือพูดอย่างตำหนิ ; การทดลองที่ 5 : เพื่อศึกษาทั้งด้านการพูดประเมินความยาก-ง่าย และการใช้เสียงที่แสดงออกถึงอารมณ์ว่า ศรัทธา กระตือรือร้น หรือเสียงปกติเฉย ๆ หรือเสียงที่พูดตลก ผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมก็จะพูดด้วยเสียง 3 ลักษณะนี้เหมือนกัน ผลพบว่า เด็กเพศหญิงทำงานได้นานกว่าเพศชาย เด็กที่ประเมินว่า ยาก-ง่าย จะทำงานได้นานกว่ากลุ่มควบคุม เด็กที่ประเมินว่า งานยากทำงานได้นานกว่างานง่าย และ เด็กในเงื่อนไขพูดกลาง ๆ และพูดต่างลบ จะมีผลกลับกัน คือพูดว่างานง่ายจะได้ผลดีกว่าคือทำงานได้นานกว่า ฉะนั้นรวมการทดลองทั้ง 5 แล้ว สรุปได้ว่า การพูดประเมินงานทางบวก เช่น งานสนุก งานน่ายินดีหรืองานน่าภาคภูมิใจ จะมีผลดีทำให้ทำงานได้นานกว่า ส่วนการแสดงออกถึงความรู้สึกด้วยคำพูดว่า ศรัทธา หรือ ตำหนิ จะได้ผลว่า คำพูดที่แสดงถึงความศรัทธาจะได้ผลดีกว่างานยาก และทั้งเนื้อหาที่พูดและอารมณ์ที่พูดไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับงาน (Masters and Santrock 1976: 334-348)

การศึกษาด้านการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่ทำการทดลอง 3 เงื่อนไข คือ เงื่อนไขการใช้ nicotin gum เงื่อนไขการใช้การกำกับตนเอง และ เงื่อนไขการรวมกันระหว่างการใช้นicotin gum และการกำกับตนเอง โดยทำการทดลองนาน 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 20 นาที (1 ครั้ง/สัปดาห์) โดยในกลุ่มการกำกับตนเอง ให้ทำกิจกรรมการสำรวจสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ให้กำหนดความสามารถของตนที่จะควบคุมไม่ให้สูบบุหรี่ว่าจะทำได้ระดับใด (efficacy) ให้มีการเขียนแผนการกำกับตนเอง การใช้แผน รวมทั้งผลที่ได้ โดยให้ทำเป็นการบ้านมาส่งแพทย์ทุกสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ในเงื่อนไขการใช้ nicotin gum หยุดบุหรี่ได้ร้อยละ 23 ในเงื่อนไขการกำกับตนเองอย่างเดียว หยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 30 ส่วนในเงื่อนไขรวม 2 อย่างสามารถหยุดบุหรี่ได้ร้อยละ 50 และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมด้วยว่า ผู้มีความคาดหวังในศักยภาพของตนจะมีประโยชน์ เพราะทำให้ง่ายในการดำเนินการตามแผนการทดลองที่ให้กำกับตนเอง (Killen, Maccoby and T aylor 1984: 234-247)

จากการวิจัยด้านการกำกับตนเองทั้งสามเรื่องนี้สามารถสรุปได้ว่า

1. การกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับการตั้งเป้าหมาย (goal setting) และการประเมินตนเอง (self-evaluation)
2. การมีเงื่อนไขให้ตั้งเป้าหมาย ร่วมกับเงื่อนไขการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะมีผลต่อพฤติกรรมสูงกว่าการมีเฉพาะเงื่อนไขเดียว
3. การกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับการประเมินด้วยคำพูดทางบวก เช่น งานสนุก งานน่าชื่นชม และการแสดงออกทางอารมณ์ด้วยสำเนียงทางบวกคือ กระตือรือร้น ชื่นชม จะมีผลดีต่อการทำงานได้นานกว่าเงื่อนไขการพูดทางลบ หรือเงื่อนไขควบคุมที่มีระดับกลาง
4. การกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับการกำหนดศักยภาพของตน การวางแผนแก้ปัญหาของตนเอง การใช้แผน และการบันทึกผลที่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ จะมีประสิทธิภาพสามารถหยุดพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ได้

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนนี้จะเสนองานวิจัยในด้านพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล (The Nursing Caring Behaviors) การเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสัมผัส และการเข้าถึงความรู้สึก ดังต่อไปนี้

2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล

การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อจัดระบบของพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาล โดยศึกษาจากพยาบาลที่ทำหน้าที่บริหาร และพยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาลในคลินิก ด้วยเทคนิคต่าง ๆ คือ การสัมภาษณ์ การศึกษาจากรายงาน การศึกษาจากการอภิปราย และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้ตัวอย่างประชากรทั้งหมด 192 คน ผลการศึกษาสรุปว่า ลักษณะของพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับเรื่องของความรู้สึก หรือจิตใจ คือ การเข้าถึงความรู้สึก การเอาใจใส่ การถือเป็นที่สูง การให้ความรัก ความเมตตา กรุณา การเป็นเพื่อน; เกี่ยวข้องกับเรื่องของร่างกาย คือ การดูแลให้สุขสบาย และการสัมผัส ; เกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คือ การสื่อสารทางการพูด การมีปฏิสัมพันธ์ การฟัง และการประคับประคอง นอกจากนี้จะเป็นเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่รวมกลุ่มมาข้อสรุป ถือเป็นความคิดเห็นเพียงส่วนน้อย (Ray 1984: 95-112)

การศึกษาด้านพฤติกรรมความช่วยเหลือทางการพยาบาลอีกเรื่องหนึ่ง คือการสร้างมาตรฐานเพื่อวัดระดับของพฤติกรรมพยาบาลเชิงมนุษยนิยม (Humanistic Nursing Behaviors) โดยผู้ศึกษาต้องการสร้างมาตรฐานที่มีความเที่ยงและมีทฤษฎีรองรับที่เหมาะสม จึง

าจักรอบทางทฤษฎีของ เฮาเวิร์ด (Howard 1975, quoted in Fenton 1987: 83) มาเป็นแนวทางในการกำหนดข้อความครั้งแรก ซึ่งเฮาเวิร์ดเสนอไว้ 8 องค์ประกอบคือ ลักษณะเฉพาะ คือการที่ผู้ป่วยจะมีความเฉพาะของตน ไม่สามารถแทนกันได้ คือเชื่อในความแตกต่างกันของผู้ป่วยว่าจะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน การช่วยเหลือครอบครัวบุคคล การมีเสรีภาพในการกระทำ การเท่าเทียมกันในสถานะ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรับผิดชอบร่วมกัน การเข้าถึงความรู้สึก การมีความรู้สึกทางบวกต่อผู้ป่วย และการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ ซึ่งสร้างเป็นข้อความครั้งแรก 163 ข้อความ แล้วส่งไปที่พยาบาล 316 คน จากโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในชุมชน และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ทำการตัดสินใจข้อความที่เห็นว่าเป็นพฤติกรรมทางการแพทย์เชิงมนุษยนิยม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาล 316 คน เห็นสอดคล้องกันว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางการแพทย์เชิงมนุษยนิยมมี 4 องค์ประกอบคือ การช่วยเหลือครอบครัวบุคคล การเท่าเทียมกันในสถานะ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรับผิดชอบร่วมกัน และการเข้าถึงความรู้สึก โดยมีข้อความเหลืออยู่ 70 ข้อความใน 4 องค์ประกอบนี้ (Fenton 1987: 82-87)

สรุปได้ว่าพฤติกรรมทางการแพทย์ช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ควรให้กับผู้ป่วยจะต้องครอบคลุมทั้งด้าน จิตใจ ร่างกาย และสังคม สำหรับด้านจิตใจ งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง เน้นตรงกันว่าเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงความรู้สึก การมีเมตตากรุณา การเป็นเพื่อน การให้เกียรติ และการดูแลครอบครัวบุคคล

2.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

การศึกษาถึงวิธีการเรียนรู้ในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยเชื่อว่าหัวใจของการศึกษาพยาบาลอยู่ในคลินิก และพบว่ายังมีงานวิจัยจำนวนน้อย โดยศึกษาในแผนกเด็กป่วยพบว่า นักศึกษาเห็นว่า การศึกษาภาคคลินิกมีเป้าหมาย เพื่อการทำงานที่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วย การนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ทางคลินิก การเรียนรู้ทักษะปฏิบัติ การเป็นนักศึกษาที่ดีและการเป็นพยาบาลที่ดี โดยนักศึกษาเห็นว่าครูพยาบาล และพยาบาลประจำการจะเป็นตัวแบบแก่เขา และพบว่ากระบวนการเรียนรู้ภาคคลินิกประกอบด้วย การสังเกต การฝึกซ้อม การลงมือปฏิบัติจริง และการประเมินผล ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องตรงกันกับ การเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา คือเมื่อนักศึกษาพยาบาลได้สังเกต ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ก็เกิดเป็นความหมายที่กำหนดขึ้นเชิงสัญลักษณ์ขึ้น และในที่สุดจะนำมาใช้รับแต่งการแสดงพฤติกรรมทางการแพทย์ของตนต่อไป (Wilson 1984)

การศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้อีกเรื่องหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถนะในทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นเนื้อหาที่สำคัญในวิชาชีพการพยาบาล และเชื่อว่าเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้และเห็นว่าเป็นทักษะที่ซับซ้อนประกอบด้วยทักษะย่อย ๆ เช่น การสนใจ การเอาใจใส่ผู้ป่วย การสื่อสาร การเข้าถึงความรู้สึก ฯลฯ โดยจัดกลยุทธ์ทางการสอนที่เพิ่มกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้น คือ ใช้การอภิปรายกลุ่มเล็ก การจัดวิดีโอเทปให้เห็นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การอภิปรายถึงพฤติกรรมเหล่านั้น การแสดงบทบาทสมมติ และการมีข้อมูลย้อนกลับจากเพื่อน จากครู สำหรับการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลโปรแกรม ใช้ข้อมูลจากการสอบความรู้เรื่องที่เรียน กับการสังเกตพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้ถ่ายวิดีโอเทปไว้ ผลสรุปว่าโปรแกรมได้ผลคือ สามารถเพิ่มสมรรถนะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ดีกว่าวิธีสอนแบบเดิม (Menikheim and Ryden 1985: 216-218)

การศึกษาเกี่ยวกับการสอนทักษะการสื่อสาร โดยเปรียบเทียบระหว่างการสอน 2 วิธีคือ กลุ่มการสอนแบบบรรยาย และแสดงบทบาทสมมติกับอภิปราย ลักษณะทักษะย่อย ๆ ที่นำมาเป็นเนื้อหา คือ การแสดงพฤติกรรมเอาใจใส่ผู้ป่วย ให้เกียรติผู้ป่วย การช่วยเหลืออย่างนุ่มนวล การสื่อสารอย่างชัดเจน และการเข้าถึงความรู้สึก ภายหลังสอนแล้วทดสอบทันที และเว้นระยะไป 1 เดือน จึงติดตามผลอีกครั้งหนึ่ง ด้วยการวัด 2 ชนิด คือ การทดสอบด้วยแบบสอบถาม การให้ครูประเมินด้วยมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ มีทักษะสูง มีทักษะระดับกลาง มีทักษะน้อย และยังไม่เหมาะสม ใช้มาตรา 9 ช่วง (1-4 = น้อย 5 = กลาง 6-9 = ระดับที่มีทักษะสูง) ผลพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มสอนโดยบรรยาย กับสอนโดยการแสดงบทบาทสมมติ แต่จะมีผลต่างกันเมื่อพิจารณาตัวแปรเพศของนักศึกษาด้วย คือ นักศึกษาชายที่สอนโดยการให้แสดงบทบาทสมมติ จะมีทักษะสูงกว่านักศึกษาชายที่สอนโดยการบรรยาย ตรงกันข้ามนักศึกษาหญิงที่สอนโดยวิธีบรรยายได้คะแนนทักษะสูงกว่าวิธีใช้บทบาทสมมติ (Norris 1986: 102-106)

การศึกษาเพื่อตรวจสอบผลของการฝึกการควบคุมตนเองว่าจะมีผลต่อการแผ่ขยายและการคงอยู่ของพฤติกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของนักศึกษาพยาบาลหรือไม่ โดยใช้นักศึกษาพยาบาล 24 คน กระบวนการฝึกที่สำคัญคือฝึกให้นักศึกษาสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตน ฝึกการประเมินตนเอง กับเกณฑ์พฤติกรรมที่ถูกต้อง และฝึกการเสริมแรงตนเอง ให้ฝึกให้รางวัลตนเอง เมื่อฝึกได้สำเร็จ และลงโทษเมื่อล้มเหลว ใช้เวลาเรียนเรื่องทักษะ 15 ชั่วโมง (กลุ่มรวม) ต่อจากนั้นให้กลุ่มทดลอง (12 คน) ฝึกการควบคุมตนเองแล้วนำกิจกรรม การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จริงอย่างมีระบบ ในเวลา 3 เดือน การเก็บข้อมูลกระทำทันทีหลังการเรียนทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และ 3 เดือนต่อมา คือหลังกลุ่มทดลองฝึก

ในกิจกรรมของตนเอง โดยวัดเรื่องความรู้ ทักษะ และวัดพฤติกรรม (วัดจากการให้การแสดงบทบาทสมมติกับเพื่อน ๆ = การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วัดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย = การแผ่ขยายไปสู่สภาพจริง และวัด 3 เดือนต่อมาโดยให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย = การคงอยู่ของพฤติกรรม โดยใช้การบันทึกด้วย audio tape แล้วให้ผู้สังเกต 2 คน ทำการสังเกต) ผลการศึกษาพบว่าวิธีการควบคุมตนเองมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรม และทัศนคติทางบวก คือใน 3 เดือนต่อมาพบว่า ผลจากกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม (Farley and Baker 1987: 99-103)

จากการวิจัยด้านการเรียนรู้ทักษะทางการพยาบาลสรุปได้ว่า

1. กระบวนการเรียนรู้ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา คือเกี่ยวข้องกับการสังเกต การฝึกซ้อมของตน การลงมือปฏิบัติจริง และการประเมินผล
2. พฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการสอนที่เพิ่มกิจกรรมการฝึก คือมีการอภิปราย + การคู่มือโอเพน + การฝึกบทบาทสมมติ หรือใช้การควบคุมตนเอง
3. เนื้อหาพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการสื่อสารการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ เช่น การเอาใจใส่ การสื่อสาร การเข้าถึงความรู้สึก การช่วยเหลืออย่างนุ่มนวล และการให้เกียรติผู้ป่วย

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสัมผัส

มีการศึกษาผลของการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยหนัก 30 ราย (กลุ่มทดลอง) กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้สัมผัส 30 ราย โดยถือว่าการสัมผัสเป็นรูปแบบที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารด้านท่าทาง โดยผู้ศึกษาให้ความหมายว่า การสัมผัสคือการติดต่อทางร่างกายอย่างนุ่มนวลที่พยาบาลใช้มือสัมผัสบริเวณข้อมือของผู้ป่วย ระหว่างการเข้าไปปฏิสัมพันธ์ โดยเพิ่มความแรงที่เริ่มคำถามแต่ละคำถาม 3 คำถาม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิธีต่าง ๆ 3 อย่าง คือ การสังเกตจากปฏิกิริยาของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังให้การสัมผัส และวัดการเต้นของหัวใจขณะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การสัมผัสทำให้เพิ่มการตอบสนองทางบวกจากผู้ป่วยด้านสีหน้า แต่การประสานสายตาดูให้ผลไม่ต่างกัน การสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากกว่าการไม่สัมผัส ส่วนการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ศึกษา กล่าวว่า พยาบาลในกลุ่มทดลองสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหนักได้ในเวลาอันสั้น (Mc Corkle 1974: 125-132)

การศึกษาผลของการสัมผัสต่อจำนวนเฮโมโกลบินในผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาให้ความหมายของการสัมผัสครั้งนี้ว่าเป็นการสัมผัสเพื่อการรักษา (therapeutic touch) คือการวางมือบนมือผู้ป่วย ประมาณ 10-15 นาที ในบรรยากาศที่ผู้สัมผัสมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย มีความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย และมีความสงบ โดยผู้ศึกษามีความเชื่อพื้นฐานว่า การสัมผัสจะมีผลต่อร่าง

กายของผู้ป่วย จึงศึกษากับจำนวนเฮโมโกลบินที่เป็นส่วนของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจน ไปสู่เนื้อเยื่อ โดยทำการศึกษาถึง 3 ครั้ง ตั้งแต่ปี 1971, 1972 และ 1973 ที่พยายามควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ ยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาก็นับยั้งทั้ง 3 ครั้งว่า การสัมผัสทางการรักษาสารเพิ่มระดับเฮโมโกลบินในกลุ่มทดลองได้ (Krieger 1975: 784-787)

สรุปได้ว่าการสัมผัสมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกอบอุ่น ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ และยังมีผลต่อกลไกด้านกายภาพของบุคคล คือสามารถเพิ่มจำนวนเฮโมโกลบินได้ด้วย

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงความรู้สึก (empathy)

ได้มีการวิจัยด้านการเข้าถึงความรู้สึกที่มุ่งหวังจะฝึกให้กับพยาบาลจำนวน 24 คน ที่มีระดับการเข้าถึงความรู้สึกต่ำ ในเวลา 7 สัปดาห์ เป็นเวลา 11 ชั่วโมง โดยให้ฝึกเกี่ยวกับข้อความรู้เรื่องการเข้าถึงความรู้สึกทั้งระดับผิวและระดับลึก แล้วให้ฝึกบทบาทสมมติในสถานการณ์การให้คำปรึกษา และฝึกการตอบสนองด้วยการเข้าถึงความรู้สึก ตามแนวของกาซดา (Gazda 1973, quoted in LaMonica, and others 1976: 448) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 2 ควบคุม คือ กลุ่มที่ 1 - ทดลอง วัดก่อนทดลอง - ทดลอง - วัดหลังทดลอง ; กลุ่มที่ 2 - ควบคุม วัดก่อนทดลอง - ทดลอง เพื่อดูประสิทธิภาพของการทดลองฝึก ; กลุ่มที่ 3 - ควบคุม วัดเฉพาะหลังทดลอง เพื่อดูเฉพาะตัวแปรการทดสอบซ้ำ โดยการให้เขียนตอบต่อข้อความที่มุ่งเนื้อหา และความรู้สึก และทำการประเมินด้วยแบบประเมินของกาซดา ที่มี 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีการเข้าถึงความรู้สึกเลย จนมีมากสมบูรณ์ ผลการฝึกสามารถเพิ่มระดับการเข้าถึงความรู้สึกให้กับพยาบาลได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้เขียนสรุปว่าควรใช้เวลามากกว่านี้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การเข้าถึงความรู้สึกได้ดีกว่านี้ (La Monica 1976: 447-451)

การศึกษาอีกเรื่องหนึ่งคือ ศึกษาความสัมพันธ์ของการเข้าถึงความรู้สึกกับประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 35 คน เพื่อดูว่าจะมีการเข้าถึงความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์หรือไม่ โดยมีการวัด 4 ครั้ง คือ ครั้งแรก เมื่อศึกษาสิ้นสุดในเทอมที่ 1 วัดครั้งที่ 2 เมื่อศึกษาอยู่ในเทอมที่ 2 เป็นการขึ้นปฏิบัติงานกับผู้ป่วยครั้งแรก ห่างจากการวัดครั้งที่ 1 เท่ากับ 5 เดือน วัดครั้งที่ 3 เมื่อเสร็จสิ้นแผนกแรกของการฝึกปฏิบัติ คือห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 5 สัปดาห์ ครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลด้านส่วนตัว คือ อายุ เพศ ประกอบด้วยครั้งที่ 4 วัดเมื่อปลายเทอมที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 5 สัปดาห์ต่อมา โดยใช้เครื่องมือ

วัดชุดเดียวกัน คือ Davis' Interpersonal Reactivity Index (IRI) ผลปรากฏว่าระดับการเข้าถึงความรู้สึกของนักศึกษาหญิงสูงกว่านักศึกษาชาย และไม่มี การเปลี่ยนแปลงเมื่อนักศึกษามีประสบการณ์เพิ่มขึ้น (Becker and Sands 1988: 198-203)

สรุปได้ว่า การเข้าถึงความรู้สึกสามารถจะพัฒนาได้แต่ต้องใช้วิธีการที่จัดห้อย่างเป็นระบบให้มีการฝึกฝนโดยใช้เวลา และจะไม่เกิดได้ง่ายในสภาพการเรียนการสอนที่ไม่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะ เพื่อสร้างทักษะนี้

3. งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในประเทศไทย

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ในเรื่องการพยาบาล และตัวแบบมีดังต่อไปนี้

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล

การวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยด้านความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และ เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนกับผู้ป่วยแผนกพิเศษในโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้ป่วยแผนกพิเศษ กับผู้ป่วยแผนกสามัญในโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้ป่วยเพศชายกับผู้ป่วยเพศหญิง และผู้ป่วยที่เป็นโรคกับผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว ศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน 30 คน โรงพยาบาลรัฐบาลแผนกพิเศษ 30 คน แผนกสามัญ 30 คน ใช้แบบสัมภาษณ์รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าความต้องการอันดับแรกของผู้ป่วยคือความต้องการรับรู้สิ่งต่าง ๆ รองลงมาคือต้องการความเป็นอิสระ และต้องการความปลอดภัย ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตใจทั้งนั้น ส่วนความต้องการด้านร่างกายผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยกว่า ซึ่งผลที่พบนี้สอดคล้องกันไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน หรือผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐบาล หรือแผนกสามัญหรือแผนกพิเศษ หรือผู้ป่วยเพศชายหรือผู้ป่วยเพศหญิง (เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ 2522)

สำหรับการศึกษาถึงความคิดเห็นด้านความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทั้ง เพศชายและเพศหญิง ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม จำนวน 55 คน จากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการเรียงตามลำดับดังนี้ การสังเกตและนับจำนวนชีพจร หายใจ การมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ต้องการการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญ การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจนเต็มความสามารถ สรุปได้ว่า ความต้องการอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยคือความต้องการด้านจิตใจทั้งสิ้น มีเฉพาะการสังเกตและนับจำนวนชีพจรหายใจเท่านั้นที่เป็นด้านร่างกาย และผลของความ

ต้องการเหล่านี้ก็ตรงกันทั้งผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง หรือทั้งผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และแผนก ศัลยกรรม (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ 2523)

การศึกษาอีกเรื่องหนึ่ง เกี่ยวกับความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวัง กับเป็นจริง ของผู้ป่วย และพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยศึกษากับผู้ป่วย สามัญ 400 คน กับพยาบาลวิชาชีพ 195 คน โดยการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นในกิจกรรม การพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังจะ ได้รับต่ำกว่าที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติ ความคิดเห็นในกิจกรรม การพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติสูงกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง ความคิดเห็นในกิจกรรมการ พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังจะได้รับ แสดงว่าความคิดเห็นในกิจกรรม การพยาบาล ที่คาดหวัง และเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลไม่ตรงกัน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล 2518)

การศึกษาเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลของรัฐของกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ตอบคำถามว่า พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหนักอย่างไร มีพฤติกรรมที่มุ่งดูแลคน หรือ มีพฤติกรรมพยาบาลมุ่งงาน และพยาบาลให้การดูแลต่างกันหรือไม่ระหว่างผู้ป่วยรู้สึกดีกับผู้ป่วย ไม่รู้สึกดี โดยศึกษาจากพยาบาล 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตพฤติกรรมพยาบาล ที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยหนักรู้สึกดี และผู้ป่วยหนักไม่รู้สึกดี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลให้การพยาบาล แบบมุ่งดูแลคน แต่พบว่าพยาบาลจะให้การพยาบาลมุ่งดูแลคน เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกดีสูงกว่า ผู้ป่วยไม่รู้สึกดี โดยให้การพยาบาลแตกต่างกันในเรื่องการแสดงออกทางสีหน้าและสายตา ด้านการพูด ที่แสดงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ด้านการพูดเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และด้านการสัมผัสผู้ป่วย (นฤมล บทมารักษ์ 2528)

การศึกษาอีกเรื่องที่ต้องการศึกษาผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับ ความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะ หลอดเลือดขอดในถุงอัมชะ โดยศึกษากับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน 1 ที่ได้รับการพยาบาลด้านจิตใจ และกลุ่มควบคุม 20 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติตาม แนวการพยาบาลตามกิจวัตร การพยาบาลด้านจิตใจที่ผู้ป่วยได้รับในกลุ่มทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ลดความวิตกกังวลในขณะผ่าตัด เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ให้เวลาแก่ผู้ป่วยซักถามสนทนาถึงการเจ็บป่วยของตน และการผ่าตัด ให้คำชี้แจง คำอธิบาย ตาม ความเป็นจริง โดยทำที่สงบ ไม่รีบร้อน และสุดท้ายพยาบาลได้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยการพูดให้ มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์ ก่อนผ่าตัด 1 วัน และวัดระดับความวิตกกังวลขณะผ่าตัดโดยการ สัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรม

ความวิตกกังวล ผลการเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลด้านจิตใจ มีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ศิริกาญจน์ เผือกเทศ 2528)

การศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยแผนกอายุรกรรม โดยศึกษาถึงตัวแปรอายุ และเพศผู้ป่วย ศึกษาจากผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ จำนวน 36 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มเท่า ๆ กันคือ กลุ่มที่ 1 เป็นตัวอย่างประชากรที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 2 ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวล แบบสังเกตพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความวิตกกังวล และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกและความคิดเห็นภายหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการสัมผัส และพูดกระตุ้นลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่พูดกระตุ้นอย่างเดียว สำหรับผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง และผู้ป่วยกลุ่มอายุต่างกัน ระดับความวิตกกังวลที่ลดลงไม่แตกต่างกัน (ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ 2527)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับการเข้าถึงความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 380 คน ของโรงพยาบาล 12 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถาม 4 ชุด เพื่อวัดทัศนคติ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ วัดค่านิยมทางวิชาชีพและค่านิยมทางบริการ วัดความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย และสอบถามข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากร สำหรับแบบสอบถามวัดการเข้าถึงความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย สร้างตามแนวการตอบสนองผู้ป่วย ตามมาตรฐานประเมินระดับการเข้าถึงความรู้สึกของกาซดา ซึ่งมีระดับของการเข้าถึงความรู้สึก 4 ระดับ ตั้งแต่การตอบสนองในระดับต่ำสุด คือตอบสนองในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือผู้ป่วยรู้สึก จนถึงการตอบสนองระดับสูงสุด ที่ตอบสนองสอดคล้องกับอารมณ์และเรื่องราวของผู้ป่วย โดยสร้างข้อความในรูปแบบสถานการณ์ที่พูดโต้ตอบระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย แล้วถามในส่วนที่จะเป็นคำพูดของพยาบาล ซึ่งสร้างเป็นชนิด 4 ตัวเลือก ตามระดับทั้ง 4 ของการเข้าถึงความรู้สึกที่กล่าวแล้ว แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่ม หรือลดตัวแปรเป็นขั้น ๆ ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ทัศนคติ ค่านิยมทางวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงความรู้สึก ส่วนประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงความรู้สึก (เรวดี ศิรินคร 2531)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลในประเทศนี้ สรุปได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการดูแลด้านจิตใจสูง เช่น ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ด้านการยอมรับ และต้องการความมั่นใจในการช่วยเหลือ ตลอดจนความต้องการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ส่วนความต้องการด้านร่างกายเป็นอันดับรองลงมา การพยาบาลด้านจิตใจสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดได้ รวมทั้งการสัมผัสก็ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยอายุรกรรมได้ พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลแบบมุ่งดูแลคนแก่ผู้ป่วยรู้สึกดีสูงกว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกดี นอกจากนี้ยังพบว่าความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวัง และเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลไม่ตรงกัน ส่วนในเรื่องการเข้าถึงความรู้สึกก็พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีการเข้าถึงความรู้สึกต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับตัวแบบ

การศึกษามูลของการใช้ตัวแบบในการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนการศึกษาคณะปฏิบัติวิชาการพยาบาลจิตเวช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน ให้กลุ่มทดลองชมตัวแบบสัญลักษณ์แบบบันทึกภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลขึ้นไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเป็นครั้งแรก การสร้างสัมพันธภาพในเชิงรักษากับผู้ป่วย และสถานการณ์ที่นักศึกษาพบกับผู้ป่วยในสภาพทั่ว ๆ ไป รวมเป็น 3 เรื่อง ให้ชมเรื่องละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ชมภาพยนตร์การ์ตูน และทำการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองดังกล่าว และวัดอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ต่อมาเป็นระยะติดตามผล แล้วทำการทดสอบด้วยค่าที (t-test) พบว่ากลุ่มทดลองสามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผล (ดาราอารณ ต๊ะปิ่นดา 2527)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย