

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

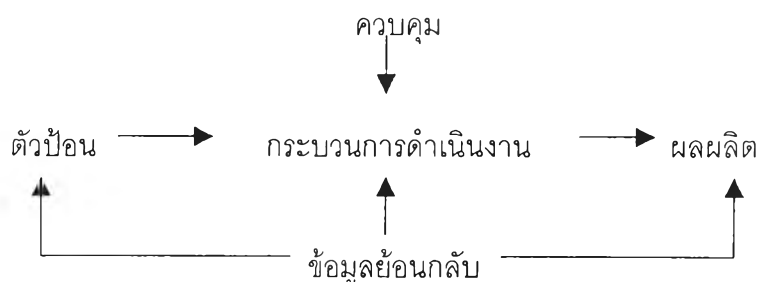
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อັตมโนทัศน์ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ กับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากทฤษฎี ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การเรียนการสอนทางคลินิกในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
2. อັตมโนทัศน์
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 พัฒนาการของอັตมโนทัศน์
  - 2.3 การประเมินอັตมโนทัศน์
3. สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 ทฤษฎีของสัมพันธภาพ
  - 3.3 องค์ประกอบของสัมพันธภาพ
  - 3.4 สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ
  - 3.5 กระบวนการช่วยเหลือ
4. ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล
  - 4.1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล
  - 4.2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา
  - 4.3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ
  - 4.4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติ
  - 4.5 ความสามารถในการประเมินและการสรุปผล
5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน
  - 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน
    - 5.1.1 ความหมายของภาวะฉุกเฉิน
    - 5.1.2 การจำแนกการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
    - 5.1.3 หลักการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน

- 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน
  - 5.2.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหายใจ
  - 5.2.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบไหลเวียนโลหิต
  - 5.2.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบสมองและไขสันหลัง
  - 5.2.4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาของกระดูกหักและข้อเคลื่อน
6. ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน
7. การวัดและประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การเรียนการสอนทางคลินิกในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ เป็นการจัดการศึกษาที่มุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ สถาบันการศึกษาต้องพัฒนาให้บัณฑิตมีความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและบุคลากรที่มีสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การที่จะก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้นั้นต้องผ่านกระบวนการเพื่อที่จะให้บัณฑิตพยาบาลเกิดความรู้ความสามารถทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติตามลักษณะวิชาชีพที่ต้องการนั้น การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ตามแนวคิดของทฤษฎีระบบ ซึ่งประกอบด้วยตัวป้อน (input) กระบวนการดำเนินงาน (process) การควบคุม (controlling) ผลผลิต (output) และ ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527: 26-27)



แผนภูมิที่ 1 ระบบการเรียนการสอนด้านพยาบาลศาสตร์

ที่มา : จินตนา ยูนิพันธุ์ (2527: 27)

เมื่อพิจารณาระบบการเรียนการสอนด้านพยาบาลศาสตร์พบว่ามีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527: 26-33)

1. ตัวป้อน (Input) สิ่งที่เป็นตัวป้อนในระบบการเรียนการสอน ได้แก่ อาจารย์ หรือ ผู้สอน ผู้เรียน หลักสูตร และสิ่งแวดล้อมทางการเรียนการสอน

1.1 ผู้สอนมีบทบาทในฐานะผู้อำนวยการในการเรียนรู้ รับผิดชอบในการเลือก และจัดเรียงประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นผู้ประสานงานระหว่างสถาบันการศึกษากับแหล่งฝึก เป็นผู้ถ่ายทอดวัฒนธรรมในบทบาทสมาชิกของวิชาชีพ ผู้สอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลประสบผลสำเร็จในการศึกษา

1.2 ผู้เรียนหรือนักศึกษาพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบ มีธรรมชาติ เฉพาะในเรื่องความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทักษะพื้นฐานเดิม ความถนัดทางการเรียน ความ

ต้องการและความคาดหวัง ผู้เรียนมีหน้าที่ร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมให้เข้าใจ นำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสบการณ์และความชำนาญ

1.3 หลักสูตร คือแบบแผนของประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดที่สถาบันการศึกษาจัดไว้ให้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดพัฒนาการ และมีสัมฤทธิ์ผลตามจุดหมายของหลักสูตรที่วางไว้ หลักสูตรเป็นแนวทางที่ครูใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นเครื่องมือในการที่จะทำให้ผลผลิตของการศึกษาพยาบาลเป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง

1.4 สิ่งแวดล้อมทางการเรียนการสอน สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อนักศึกษาพยาบาลที่จะประสบผลสำเร็จทางการศึกษา และการพัฒนาด้านต่างๆ ได้มาก ซึ่งครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจและทางสังคม เช่น สภาพห้องเรียน การจัดเวลาเรียน การเลือกแหล่งวิทยากรต่าง ๆ สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน พฤติกรรมและวิธีการสอนของครู รวมทั้งเจตคติของครูต่อผู้เรียน

2. กระบวนการดำเนินงาน (Process) เป็นการนำตัวป้อนทั้งหมด ที่ก่อให้เกิดผลผลิตตามที่ต้องการ กระบวนการดำเนินงานเริ่มต้นจากกำหนดจุดหมายของการเรียนการสอน กำหนดเนื้อหาวิชา การดำเนินการสอนและการประเมินผลการเรียนการสอน

3. การควบคุม (Controlling) เป็นสิ่งที่ช่วยให้การเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการควบคุมที่สำคัญก็คือ การประเมินผลการเรียนการสอนซึ่งเป็นวิธีการที่กำกับการเรียนการสอนเป็นไปตามที่คาดหวัง เริ่มจากการตรวจสอบความรู้ เจตคติและทักษะของผู้เรียนที่เป็นพื้นฐานในการเรียนบทต่อไป การประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) และการประเมินผลสรุป (Summative evaluation)

4. ผลผลิต (Output) ส่วนสุดท้ายของระบบการเรียนการสอน คือผลผลิตซึ่งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความรู้ เจตคติและทักษะในตัวผู้เรียน หากการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นไปตามจุดหมายของการเรียนการสอนที่กำหนดไว้แสดงว่าผลผลิตของการเรียนการสอนเป็นไปในทางที่ดี สำหรับผลผลิตของระบบการเรียนการสอนทางการพยาบาล คือ ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยอาศัยความรู้และมีคุณธรรม มีเจตคติและค่านิยมที่ดีต่อวิชาชีพ

5. ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ข้อมูลนี้ได้จากการวิเคราะห์ผลของการประเมินผลการเรียนการสอน รวมทั้งการประเมินความก้าวหน้า และประเมินผลสรุป ซึ่งจะเป็ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้สอนได้นำไปปรับปรุงแก้ไขที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ เพื่อให้ระบบการเรียนการสอนดำเนินต่อไปและให้ได้ผลผลิตตรงตามความต้องการ

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล ให้ไปสู่จุดหมายที่ต้องการ ซึ่งต้องอาศัยการเรียนการสอนที่หลากหลาย ทันสมัย ผสมผสานเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาความรู้

ความสามารถ และปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งด้านการพัฒนาตนเอง พัฒนาวิชาชีพและ พัฒนาสังคม เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว การจัดการเรียนการสอนจึงประกอบไปด้วยการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี เป็นการศึกษาความรู้พื้นฐานทางวิทยาการทั่ว ๆ ไป และความรู้ในวิชาชีพพยาบาลโดยตรง การให้ความรู้มุ่งเน้นด้านเนื้อหาวิชา ซึ่งผู้เรียนและผู้สอน จะต้องเข้าใจ หลักสูตรอย่างกระจ่างชัดตั้งแต่ปรัชญาของหลักสูตร วัตถุประสงค์ของหลักสูตร และเนื้อหาสาระของหลักสูตรเพื่อนำหลักการ กฎ ทฤษฎี และข้อความรู้ต่าง ๆ ตามหลักสูตรไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นข้อความรู้ การสอนเพื่อแก้ปัญหา และการเรียนรู้ด้วยตนเอง (อรทิพาส่องศิริ, 2537)

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการสอนในตึกผู้ป่วย ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหัวใจของการสอนหลักสูตรวิชาชีพพยาบาล (สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์, 2525) ผู้เรียนมีโอกาสที่จะเรียนรู้และรับรู้ได้โดยใช้ประสาทสัมผัสทุกส่วนพร้อมกับได้ลงมือทำ และทดลองแก้ปัญหาด้วยตนเอง การวัดความสำเร็จทางการพยาบาล วัดได้จากคุณลักษณะทางวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลแสดงออกมาให้ปรากฏ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Smith (1986 อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) ที่กล่าวว่า การสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจที่สำคัญของการเรียนวิชาพยาบาล เพราะนักศึกษาจะได้เรียนรู้ด้วยการมีประสบการณ์ด้วยตนเอง ทั้งในเหตุการณ์ปกติ และฉุกเฉินเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บไข้ และปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ประจำวัน เพื่อให้เกิดทักษะมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้นักศึกษามีเจตคติต่อวิชาชีพในทางที่ดี เฉลียวฉลาด และเป็นผู้ใหญ่

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นการวางแผน และการกำหนดวิธีการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อมุ่งให้นักศึกษามีโอกาสที่จะนำความรู้ที่ได้ศึกษามาจากภาคทฤษฎีไปใช้ให้เกิดพัฒนาการทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ด้านพุทธิพิสัย ด้านนี้จะมุ่งให้นักศึกษาได้เรียนรู้ความจริง ข้อเท็จจริงได้ใช้ความคิด สติปัญญา ความสามารถที่จะนำความรู้ที่จะได้รับไปประยุกต์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีเหตุผล พร้อมทั้งอธิบายและทำนายผลของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถวิเคราะห์ให้เห็นส่วนประกอบ ความสัมพันธ์และหลักการปฏิบัติ ตลอดจนจนมีความสามารถที่จะระดมความคิด เพื่อสร้างสรรค์ความคิดใหม่ และทำการประเมินผลงานได้อย่างมีหลักเกณฑ์

3. ด้านจิตพิสัย พัฒนาการในด้านนี้จะครอบคลุมถึง ความสนใจ ทัศนคติ ค่านิยม ความนิยมชมชอบ ตลอดจนจนความสามารถในการปรับตัว และความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบ

พฤติกรรมที่แสดงออกให้ทราบถึงพัฒนาการด้านนี้อาจแท้จริงนั้น เป็นสิ่งที่สรุปได้ค่อนข้างลำบาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกสำนึกคิดที่อยู่ในจิตใจของคน ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากระทบ เป็นพฤติกรรมที่อาจถูกบังคับให้ซ่อนเร้นอยู่

4. ด้านทักษะพิสัย ด้านนี้จะเน้นพัฒนาการด้านทักษะในด้านการปฏิบัติโดยตรง การกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ไม่ค่อยจะยุ่งยากซับซ้อนนัก การประเมินผลความสามารถทำได้เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามพัฒนาการด้านนี้จะสัมฤทธิ์ผลมากน้อยเพียงใดนั้น นักศึกษาจะต้องพัฒนาการในด้านพุทธิพิสัยและจิตพิสัยมาเป็นอย่างดีและมั่นคงพอสมควรแล้ว จึงจะช่วยให้การเรียนเพื่อให้เกิดทักษะในด้านปฏิบัติเป็นไปโดยอัตโนมัติ ด้วยความมั่นใจ และได้รับผลสูง

จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกิดจากการเรียนรู้ (learned profession) ต้องเรียนรู้จึงจะฝึกปฏิบัติได้ ให้นักศึกษาค้นคว้าหาความรู้และนำความรู้ หลักการ จากการศึกษาภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เป็นจริง ได้ทดลองฝึกกับผู้ป่วยจริง ฝึกการตัดสินใจและแก้ปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ดังคำกล่าวของ ดิวอี้ ที่ว่า Learning by doing ซึ่งสอดคล้องกับ กษมา วรวรรณ ณ ออยุธยา (2539 อ้างถึงในอำพล จินดาวัฒนะ, 2540: 28) ได้กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนที่จะส่งเสริมให้เกิดระบบการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ต้อง

- คำนึงถึงพื้นฐานความแตกต่างของผู้เรียน ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้ผู้เรียนทุกคนได้รับการพัฒนาตามศักยภาพ มีวิธีการเรียนการสอนที่หลากหลาย
- สนับสนุนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ค้นหาคำตอบด้วยตัวเอง โดยมีครูเป็นกัลยาณมิตรคอยเกื้อหนุนดูแล
- ให้ผู้เรียนเรียนรู้จากสถานการณ์ที่มีความหมาย มีความเชื่อมโยงกับความรู้เดิม
- เรียนรู้จากปัญหาจริง ประสบการณ์จริง จะทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่เรียนมาในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาแบบองค์รวม
- ให้ผู้เรียนรู้จักคิด ใคร่ครวญ ไตร่ตรองด้วยตนเอง และเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนและทำงานร่วมกับผู้อื่น

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นกับบุคคลตลอดชีวิตและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวเข้ากับสังคมและความสามารถในการดำรงชีวิต และพัฒนาสังคมให้ดีขึ้น เพราะการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่มีลักษณะถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝนแล้ว (อรันันท์ หาญยุทธ, 2532) มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และมีกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (long life learning )

การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาก เมื่อผู้เรียนมีความพร้อม มีเจตคติที่ดีและได้ลงมือปฏิบัติ การที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เรียน จะทำให้เกิดความรู้ได้เป็นอย่างดี ความพร้อมนั้น มิใช่เป็นการรอคอยให้เกิดพัฒนาการตามธรรมชาติ แต่เป็นการสร้างให้เกิดความพร้อมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา การแนะแนว การฝึกหัดในสถานการณ์จำลอง ดังนั้น การจัดการศึกษาพยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีพัฒนาการด้านสติปัญญา มีทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล สามารถนำความรู้ภาคทฤษฎี ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ มีเจตคติ มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีความพึงพอใจในวิชาชีพ และสามารถพัฒนาไปสู่การมีทักษะในการประกอบวิชาชีพ

## 2. อัตมโนทัศน์ (Self – Concept)

อัตมโนทัศน์ เป็นปัจจัยด้านจิต-สังคม ที่มีอิทธิพลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม อัตมโนทัศน์ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ก่อให้เกิดการรับรู้และแสดงพฤติกรรม

### 2.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์

มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้ คือ

อำเภอ ศิริพิพัฒน์ ( 2519 : 93 ) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นส่วนหนึ่งของอัตตา (Self) อันเป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลที่บุคคลคิดว่าเป็นตัวเขาตลอดเวลา และทุกสถานที่

ทิตนา แชมณี ( 2526 : 26 ) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของตนที่มีต่อตนเอง เช่น การรับรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความสามารถอย่างไร มีปัญหาหรือปมด้อยอะไร เป็นต้น ความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่าง ๆ ที่รวมกันเข้านี้จะป็นเครื่องบ่งชี้หรือตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น

กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์ ( 2527 : 208 – 209 ) กล่าวว่า คนที่มีอัตมโนทัศน์ดีหรือทางบวกมักเกิดความมั่นใจในตนเอง มีความกล้าในการแสดงความสามารถของตนเอง แต่ถ้ามีมากเกินไปมักจะเป็นคนขี้คุย ขี้โม้ มักกล่าวยกตนข่มท่านบ่อยครั้ง และมักดูถูกความสามารถของคนอื่นว่าด้อยกว่าตน

สำหรับคนที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดีหรือทางลบ มักไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความสามารถของตนเอง เมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่น ถ้ามีมากเกินไปมักจะเป็นคนที่ดูถูกความสามารถของตนเองคิดว่าตนเองมีปมด้อย มีการถ่อมตัว และเกรงกลัวหรือยอมทำตามผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่มีลักษณะเก่งกว่า

พรณี ข. เจริญจิต (2538 : 592) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ คือ ภาพของตนเองซึ่งเกิดจากความคิด ความรู้สึก เจตคติ การรับรู้ การตีความเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะความสามารถและคุณค่าของตนเอง

Rogers (1951 : 136) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นโครงสร้างการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับ รูปร่างลักษณะ ความสามารถ และการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง

Stuart & Sundeen (1995 : 376) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึก ความคิด เห็นและความเชื่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถของบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ค่านิยมเกี่ยวกับประสบการณ์และวัตถุ จุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต และอุดมการณ์ของบุคคล

จากความหมายของอัตมโนทัศน์ข้างต้น สรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับตนเองและค่านิยมของบุคคล อันเป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินตัดสินตนเองเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถและคุณค่าของตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

## 2.2 พัฒนาการของอัตมโนทัศน์

จากการศึกษาที่ผ่านมานักวิชาการต่างมีความคิดเห็นตรงกันว่า อัตมโนทัศน์ไม่ได้มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่จะมีพัฒนาการขึ้นอย่างช้า ๆ เมื่อทารกสามารถจดจำและแยกแยะความแตกต่างของตนเองออกจากผู้อื่นได้ ซึ่งกระบวนการแยกตนเองออกจากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมนั้นจะมีการพัฒนาการเร็วขึ้นเมื่อเด็กสามารถเข้าใจภาษา การเรียกชื่อเด็กจะช่วยทำให้เด็กสามารถรับรู้ ว่าตนเองเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งเป็นอิสระและไม่ขึ้นอยู่กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม กระบวนการพัฒนาการของอัตมโนทัศน์สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ คือ (Stuart & Sundeen, 1995 : 376)

ปัจจัยที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและประสบการณ์ทางวัฒนธรรม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ปัจจัยที่ 2 ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม

ปัจจัยที่ 3 การประสบความสำเร็จในตนเอง (Self – Actualization) หรือการตระหนักถึงศักยภาพที่เป็นจริงของบุคคล

พัฒนาการของอัตมโนทัศน์นอกจากจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว Hurlock (1978: 707-708 ) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหลายอย่าง เช่น ความมุ่งหวังของแม่ ทศนคติของของสมาชิกภายในครอบครัว ลักษณะทางร่างกาย ระดับวุฒิภาวะ



อิทธิพลจากสื่อมวลชน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความต้องการของโรงเรียน ความเชื่อทางศาสนา  
ฐานะเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัวทัศนคติของเพื่อน

ประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและผู้อื่น ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมี  
พัฒนาการเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น ซึ่ง Sullivan (1963 cited in Stuart & Sundeen, 1995 :  
376) เรียกพัฒนาการนี้ว่า เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองโดยมีผู้อื่นเป็นกระจกเงาสสะท้อน  
พฤติกรรมของตน นั้นหมายความว่า การที่บุคคลจะมีความเชื่อว่าเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ  
การตีความจากพฤติกรรมที่ผู้อื่นแสดงต่อบุคคลนั้น Stuart & Sundeen (1995 : 376) กล่าวว่า  
บุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ของบุคคลเป็นอย่างมาก  
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็ก ๆ บิดามารดาจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต สอดคล้องกับ  
คำกล่าวของ Combs & Snygg (1959 : 68) ที่ว่า ไม่มีประสบการณ์ใดที่มีความสำคัญในการ  
พัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็กได้ดีเท่ากับประสบการณ์ในวัยเด็กตอนต้น ที่เกิดขึ้นในครอบครัว  
ของเด็กเอง ซึ่งครอบครัวจะเป็นผู้ชี้แนะให้เด็กรู้จักชีวิตตนเองได้เร็วที่สุดและถาวรตลอดไป ดังนั้น  
ครอบครัวจึงต้องจัดเตรียมประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ให้เด็กโดยเร็วที่สุด ดังนี้ คือ ( Stuart &  
Sundeen, 1995 : 376)

1. ความรู้สึกเพียงพอหรือไม่เพียงพอ
2. ความรู้สึกยอมรับหรือปฏิเสธ
3. โอกาสในการเลียนแบบ
4. ความคาดหวังเกี่ยวกับเป้าหมาย ค่านิยมและพฤติกรรมที่ยอมรับได้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์นั้น นอกจากความสัมพันธ์  
ระหว่างบุคคลแล้ว วัฒนธรรม และการอบรมเลี้ยงดูก็มีผลต่ออัตมโนทัศน์ และพัฒนาการทาง  
บุคลิกภาพ ซึ่ง สุรางค์ จันทน์เอม ( 2529 : 51 – 52 ) สรุปไว้ว่า บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์อย่างไรนั้น  
ขึ้น กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

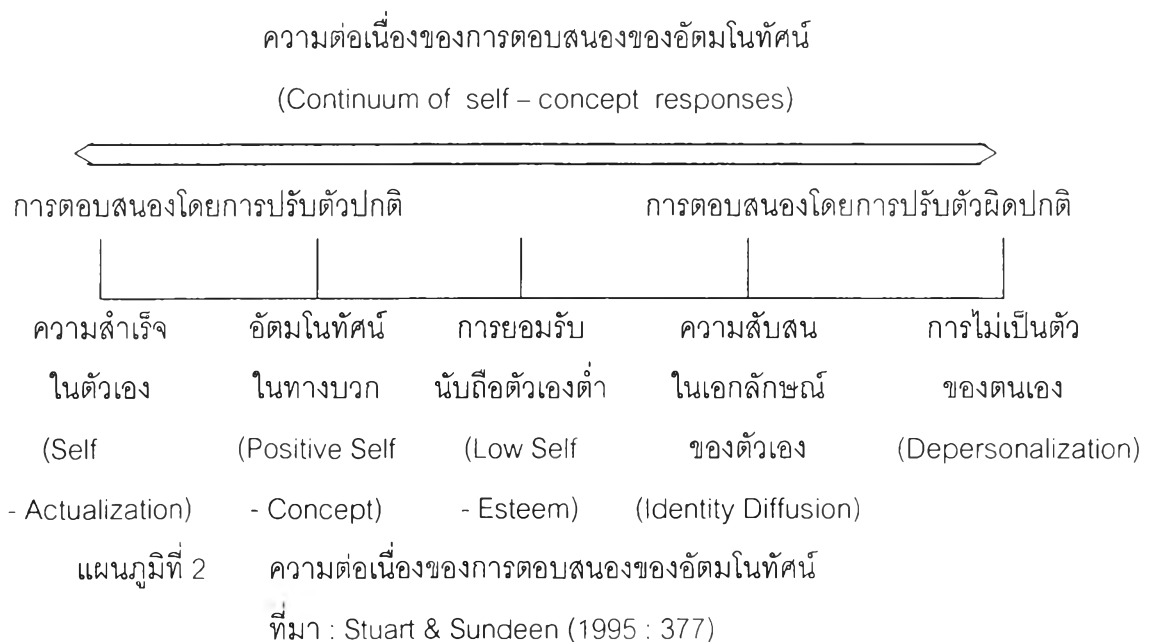
องค์ประกอบที่ 2 การอบรมเลี้ยงดู

องค์ประกอบที่ 3 วัฒนธรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรมในสังคม

อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองเปรียบเสมือนแกนของวงล้ออันมีลักษณะ  
นิยัยเป็นซี่ล้อ และเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมของบุคคลเพราะว่าบุคคลย่อมประพฤติหรือปฏิบัติตนใน  
แนวทางที่ตนเองคิด ตนเองเป็น ( Hurlock, 1967 : 651 อ้างถึงในสุวิมล จอดพิมาย, 2537 : 35)  
สามารถพัฒนาไปในทางที่ดี (Positive) และในทางที่ไม่ดี(Negative)ได้บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์อ่อนแอ  
หรืออัตมโนทัศน์ในทางไม่ดี จะไม่มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบหรือเบี่ยงเบนไปจากความ  
เป็นจริง ความรู้สึกมักถูกคุกคามได้ง่าย มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ง่ายและรวดเร็วมักหมกมุ่น

อยู่กับการปกป้องตนเอง ตรงข้ามกับบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ที่เข้มแข็ง หรือมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี มักเป็นบุคคลที่เปิดเผยและมีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เพราะมีพื้นฐานของประสบการณ์ที่เป็นจริง ประสบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับเป็นผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง (Stuart & Sundeen, 1995 : 377) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์มีผลไปจนถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลจะรับรู้ต่อประสบการณ์ และเลือกแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ และปฏิเสธหรือบิดเบือนประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์แห่งตน (Rogers, 1951 : 509) การยอมรับ หรือปฏิเสธประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับ อัตมโนทัศน์ในปัจจุบันที่ตนดำรงอยู่ ฉะนั้นอัตมโนทัศน์มีความสำคัญในแง่ของการจัดระบบระเบียบ ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา เพื่อที่จะสามารถเลือกประยุกต์ให้เหมาะกับสถานการณ์

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์เป็นผลมาจากการเรียน ประสบการณ์ ของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลักษณะวัฒนธรรม และการอบรมเลี้ยงดู อัตมโนทัศน์จะมีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่องตามวัยและระดับวุฒิภาวะ ไม่มีขอบเขต ไม่จำกัดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น ในตัวเอง มีอิสระในการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ ไม่ดีจะมีบุคลิกภาพ และการปรับตัวที่ผิดปกติไป บุคคลจะมีการตอบสนองของอัตมโนทัศน์จากการ ที่มีการปรับตัวได้ดีที่สุด ในระยะของความสำเริงในตัวเอง (State of Self – Actualization) ทำให้ บุคคลมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก แต่ถ้ามีการปรับตัวผิดปกติก็จะมีการตอบสนองออกมาในรูปของ การไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้มีความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเองมีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (Low Self - Esteem) ( Stuart & Sundeen, 1995 : 377) ตามที่แสดงในแผนภูมิที่ 2



### 2.3 การประเมินอัตมโนทัศน์

เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตหรือมองเห็นได้ แต่เราสามารถประเมินได้ 2 วิธี คือ โดยการซักถามจากบุคคลนั้น และโดยการให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือให้ นักจิตวิทยา สังเกตพฤติกรรม แล้วสรุปความเห็นออกมา (Driver, 1976: 177-179 อ้างถึงใน สมศรี สัจจะสกุล รัตน์, 2537) อีกวิธีหนึ่งคือ การประเมินอัตมโนทัศน์จากตัวบุคคล โดยให้เหตุผลว่า บุคคลจะรู้จักตนเองดีกว่าคนอื่น ๆ จึงควรถามความคิดเห็นจากบุคคลนั่นเอง (อำไพ ศิริพิพัฒน์, 2515: 101)

### 3. สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล การเรียนการสอนในคลินิก ถือเป็นหัวใจสำคัญ และในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา นักศึกษาอาจเกิดความรู้สึกเครียด สับสน และต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ถ้าไม่อาจปรับตัวหรือได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจที่เพียงพอ นักศึกษาพยาบาลยังขาดประสบการณ์ในเชิงวิชาชีพ ต้องการความรักความเห็นใจเอาใจใส่และความอบอุ่นจากรุ่นพี่ ซึ่งจะเป็แรงสนับสนุนที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปจากอาจารย์พยาบาล ถ้าพยาบาลประจำการเกิดความรู้สึกว่าการดูแล สอนและแนะนำนักศึกษาพยาบาลเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ไม่เต็มใจจะให้ความร่วมมือแล้วจะส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวของนักศึกษา ดังนั้นสัมพันธภาพในการช่วยเหลือของพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

#### 3.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญและมีบทบาทอย่างมากต่อการดำรงชีวิตในการอยู่ร่วมกันในสังคม จากการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan เน้นว่ามนุษย์อยู่ใต้อิทธิพลของความสัมพันธ์กับผู้อื่นตั้งแต่แรกเกิดออกมาเป็นตัวตน จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มนุษย์เป็นสัตว์สังคมไม่สามารถหลบเลี่ยงขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ได้

มีนักการศึกษาและผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525: 796) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพว่า หมายถึงความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง

จารุวรรณ ต. สกุล (2528) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน อาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือบุคคลต่อกลุ่ม หรือกลุ่มต่อกลุ่มก็ได้ โดยอาศัยการแสดงออกทั้งกาย วาจา และใจต่อผู้อื่น

นิพนธ์ คันธเสวี (2531) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพของมนุษย์ หมายถึง ความเกี่ยวข้องเกี่ยวพันไม่ว่าจะดีหรือร้าย และไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ระหว่างมนุษย์ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์หรือไม่ก็ได้

Gay (1981 : 441) กล่าวว่า สัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างบุคคล โดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย อย่างต่อเนื่องและรวมเข้าด้วยกันเป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความคุ้นเคยและบุคคลที่เกี่ยวข้องจะอยู่ในฐานะบุคคลอันเป็นที่รักของกันและกัน

ธีระพร อูวรรณโณ ( 2535: 7/12 ) ได้ให้คำจำกัดความของการช่วยเหลือว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้กระทำ กระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่น

Brammer ( 1988 ) กล่าวถึง การช่วยเหลือว่าเป็นการเสริมสร้างสภาพการณ์ให้ผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เมื่อเกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ

Myer (1983) กล่าวถึง การช่วยเหลือว่า เป็นการแลกเปลี่ยนทางสังคม และเป็นค่านิยมทางสังคมที่บุคคลพอใจกระทำเพื่อให้เกิดผลดีแก่ตนในแง่สังคม เพื่อให้เกิดความสบายใจ นอกจากนี้ยังเป็นความรับผิดชอบของสังคมที่ต้องเผื่อแผ่การช่วยเหลือแก่บุคคลอย่างยุติธรรม แม้ว่าเขาเหล่านั้นจะไม่สามารถตอบแทนได้ก็ตาม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ หมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมจากการที่มีปฏิสัมพันธ์ช่วยเหลือกันและกัน ระหว่างบุคคล อาจเป็น 2 คน หรือเป็นกลุ่มก็ได้ โดยพยายามให้กระบวนการปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดความพึงพอใจกัน เพื่อให้ถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

### 3.2 ทฤษฎีของสัมพันธภาพ

Hall & Lindzey (1966 อ้างถึงในผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530: 55-57 ) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan (Harry Stack Sullivan'Theory of Interpersonal Relationships) ไว้ดังนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพของ Sullivan โดย Sullivan เห็นว่าตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกันกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมนี้จะรวมทั้งบุคคลและสภาพการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของแต่ละบุคคลนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลอื่นมองเขาและเข้าใจเขา มนุษย์มีความปรารถนาพื้นฐาน 2 ประการคือ ความพอใจ ( Satisfactory ) และความมั่นคง ( Security ) ซึ่งมีพื้นฐานทั้ง 2 ประการนี้ ทำให้บุคคลเกิดสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน

2. พัฒนาการของบุคลิกภาพตามทัศนะของ Sullivan กล่าวว่า การพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของชีวิต ขึ้นอยู่กับโอกาสสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสม ย่อมพัฒนา

บุคลิกภาพที่พึงประสงค์ แต่ในทางตรงกันข้ามหากในแต่ละขั้นตอนของชีวิตมนุษย์ขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ย่อมพัฒนาบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม

สรุปได้ว่า Sullivan เน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคมเพราะจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมเกิดขึ้น เน้นความต้องการความมั่นคง และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดี เพื่อสภาพจิตสังคมที่สมบูรณ์ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหามากมาย อันเป็นผลมาจากการขาดความพึงพอใจ

นอกจากนี้พบว่า Peplau ( 1962 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527: 56, ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์:2539: 59 ) มีความเห็นที่สอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพของ Sullivan โดยมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนประกอบด้วยลักษณะความต้องการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และด้านสัมพันธ์ภาพ ซึ่งผลของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้ มีพื้นฐานมาจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกจนตลอดช่วงชีวิตพัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวล ความรู้สึกเหล่านี้ เกี่ยวข้องกับระดับความปรารถนาที่แต่ละบุคคลตั้งไว้ บุคคลจะจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมจึงมีความมุ่งหมายให้ตนเองรู้สึกพอใจ และรู้สึกมั่นคงมากขึ้น

จากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และ Peplau ดังกล่าว จะพบว่า การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังคงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลให้เกิดขึ้น เพื่อดำรงรักษาตนและภาวะสุขภาพจิตที่ดี สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น จะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกันและกัน การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี คอยให้ความสนใจความห่วงใย ความเห็นใจ ความยินดีที่จะแบ่งปันกัน และความยินดีที่จะรับใช้ซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานดำเนินไปอย่างราบรื่น

### 3.3 องค์ประกอบของสัมพันธ์ภาพ

Beyer & Marshall ( 1981: 663 ) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสถาบันอุดมศึกษา มี 8 องค์ประกอบคือ

1. ความมั่นใจและความไว้วางใจ ( Confidence and Trust )
2. การให้ความช่วยเหลือกันและกัน ( Mutual help )
3. การสนับสนุนกันและกัน ( Mutual support )
4. ความเป็นมิตรและความรื่นรมย์ ( Friendliness and Enjoyment )

5. การทำงานเป็นกลุ่มที่มุ่งสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกัน ( Team efforts toward goal achievement )
6. การริเริ่มสร้างสรรค์ ( Creativity )
7. การติดต่อสื่อสารแบบเปิด ( Open communication )
8. ความเป็นอิสระจากการคุกคาม ( Free from threat )

### การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การที่บุคคลมีความสนใจและเข้าใจผู้อื่น นับเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้าง

สัมพันธภาพ สิ่งแรกที่จะสร้างความดึงดูด ความสนใจและความเป็นมิตร คือ ยิ้มแย้มแจ่มใส คำพูดที่จริงใจ ทำในสิ่งที่ไม่ขัดกับคำพูดและขัดกับจิตใจของตัวเอง การถนอมน้ำใจ การช่วยรักษาหน้า และการให้ความสำคัญแก่ผู้อื่นเป็นหลักสำคัญในการผูกใจผู้อื่น การให้โดยไม่ต้องการตอบแทน การไม่ทำตนเป็นคู่แข่งกับเพื่อน การแบ่งภาระโดยไม่ต้องให้ขอร้อง ส่วนการคิดเอาเปรียบผู้อื่น แม้จะเล็กน้อย ก็เป็นจุดเริ่มต้นของความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันได้

นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ เป็นการก่อให้เกิดความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์ด้วยกัน โดยมีแรงกระตุ้นร่วมกัน ก่อให้เกิดความพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพต้องอาศัยความรู้และศิลปะ เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ( Brammer, 1988: 11 ) มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การมีความสัมพันธ์กับคนอื่นมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพราะถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองก็เกิดความพึงพอใจ มีความมั่นคงทางจิตใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ก็เกิดความคับข้องใจ และความขัดแย้ง

### หลักที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ

การยอมรับ (Acceptance) คือการยอมรับผู้อื่นโดยไม่ตำหนิว่าสภาพการณ์นั้นผิด-ถูก, ดี-เลว อย่างไร

ความสม่ำเสมอ (Consistency) คือมีความสม่ำเสมอในการติดต่อไม่ว่าจะเป็นการพูดหรือการกระทำ

ความจริงใจและจริงจัง (Genuine) คือมีความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือ โดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการกระทำ ไม่เสแสร้งหรือแกล้งทำ.

### สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ

สัมพันธภาพในการช่วยเหลือจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีบุคคล 2 ฝ่าย คือ ผู้ให้การช่วยเหลือ (Helper) และผู้รับการช่วยเหลือ ( Helpee) ซึ่งเรียกชื่อแตกต่างกันไปตามตำแหน่งหน้าที่ และ

ลักษณะของสัมพันธภาพช่วยเหลือ เช่น แพทย์-ผู้ป่วย พยาบาล-ผู้รับบริการ ที่ปรึกษา-ผู้รับบริการ ครู-นักเรียน เป็นต้น โดยพิจารณาถึงความต้องการของผู้รับเป็นสำคัญ ไม่ใช่ความต้องการของผู้ให้ ปัญหาของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออาจมีสาเหตุมาจาก

- 1) สภาวะแวดล้อมภายนอก จากภาระงาน สังคม หรือสภาพทางเศรษฐกิจที่ควบคุมได้ยาก
- 2) สภาวะระหว่างบุคคล เช่น การทะเลาะเบาะแว้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระหว่างเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน
- 3) สภาวะภายในตัวบุคคล เช่น ความเจ็บป่วยหรือความเครียดในแต่ละวันที่ไม่สามารถแก้ไขให้ผ่อนคลายลงได้ด้วยตนเอง

จากการที่แต่ละบุคคลมีความซับซ้อนทั้งทางอารมณ์ และความคิด ซึ่งธีระพร อุวรรณโณ (2535) ได้อธิบายถึงตัวแปรที่มีผลทำให้การช่วยเหลือเกิดขึ้นมากหรือน้อย คือ

ในด้านของผู้ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่

- 1) ความสำเร็จและความล้มเหลวในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง
- 2) การคำนึงถึงกิจกรรมของตนเองซึ่งยังไม่แน่ใจว่าจะเกิดผลดีหรือผลเสีย
- 3) ความมีอารมณ์ดี อาจนึกถึงสภาพการณ์ในอดีต หรือได้รับสิ่งอันน่าพึงพอใจ
- 4) ความรู้จักการที่เห็นบุคคลถูกทำร้าย อาจจากตนเองหรือผู้อื่น
- 5) การสูญเสียและการช่วยเหลือ ถ้าต้องเสียทรัพย์สินหรือเวลา อาจทำการช่วยเหลือน้อยลงหรือช้าลง

- 6) ภูมิหลังของผู้ช่วยเหลือ เช่น เกิดในครอบครัวที่ชอบให้ความช่วยเหลือ

ในด้านของผู้รับความช่วยเหลือ ได้แก่

- 1) ผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ตาบอด พิการ
- 2) เพื่อน และญาติ จะได้รับความช่วยเหลือก่อนและมาก
- 3) ความคล้ายคลึงระหว่างผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ เช่น การแต่งกาย ทัศนะ
- 4) ความชอบพอ
- 5) เพศของบุคคล พบว่า เพศหญิงจะได้รับความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย

Brammer (1988) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1. การร่วมรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ (Helper Empathy) การมีความร่วมรู้สึกและเห็นอกเห็นใจเป็นหนทางแห่งความเข้าใจในตัวผู้รับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ให้การช่วยเหลือได้รับรู้เรื่องราวของผู้รับการช่วยเหลือ

2. การแสดงความอบอุ่นและเอื้ออาทร (Warmth and Caring) ความอบอุ่นเป็นเงื่อนไขของความเป็นมิตร ซึ่งพิจารณาจากการแสดงออก เช่น การยิ้ม การสบตาและอากัปกริยาต่าง ๆ ความเอื้ออาทร มีความหมายใกล้เคียงและเกี่ยวข้องกับความอบอุ่นมักจะแสดงออกในความห่วงใย เอาใจใส่ ในตัวผู้รับการช่วยเหลืออย่างแท้จริง

3. การเปิดกว้าง (Openness) เป็นการเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือโดยมีความสัมพันธ์ในการกระตุ้นให้ผู้รับการช่วยเหลือได้เปิดเผยความนึกคิด และความรู้สึกอย่างเป็นอิสระต่อผู้ที่ให้การช่วยเหลือ

4. การแสดงออกถึงความเคารพและเชื่อมั่น (Positive Regard and Respect) การมีความเชื่อมั่นเป็นการสื่อความหมายที่ดีที่สุดที่จะแสดงให้ผู้รับการช่วยเหลือได้รับรู้ว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือมีความสนใจและเข้าใจในตัวของผู้รับการช่วยเหลืออย่างจริงจัง

5. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้องและเฉพาะเจาะจง (Concreteness and Specificity) ผู้ให้ความช่วยเหลือมองเห็นรายละเอียดอย่างเฉพาะเจาะจงและเป็นรูปธรรม โดยพยายามที่จะทำให้ผู้รับการช่วยเหลือได้มองเห็นประเด็นสำคัญของปัญหานั้นด้วย

6. ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร (Communication Competence) การช่วยเหลือจำเป็นจะต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน

7. การกระทำอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Intentionality) คือความสามารถของผู้ให้ความช่วยเหลือที่จะเลือกวิธีการช่วยเหลือแบบต่าง ๆ จากสถานการณ์ต่าง ๆ ของการช่วยเหลือ โดยพิจารณาจากภูมิหลังของผู้รับการช่วยเหลือ แล้วนำวิธีที่เหมาะสมมาใช้

### กระบวนการช่วยเหลือ (The Process of Helping)

ซีพลูมอน รังสยาธร (2534) ได้กล่าวถึงกระบวนการช่วยเหลือไว้ดังนี้

กระบวนการช่วยเหลือคือ ผู้ให้ความช่วยเหลือเริ่มสร้างพื้นฐานความสัมพันธ์อันดีกับผู้ต้องการความช่วยเหลือ โดยอาศัยการตอบสนองอย่างประนีประนอมในระดับที่ง่ายต่อการเข้าใจ ( facilitation ) ตามลำดับดังนี้

1. การร่วมรู้สึก (empathy) คือ การที่ผู้ให้ความช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกของผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างลึกซึ้ง ซึ่งความรู้สึกนี้มีความสำคัญมากในกระบวนการช่วยเหลือ เพราะว่าถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือไม่เข้าใจ ไม่มีความรู้สึกกับผู้ต้องการความช่วยเหลือที่ไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้

2. การยอมรับนับถือ (Respect) การที่เราจะให้ความช่วยเหลือใครสักคนนั้นเราจะต้องมีความนับถือ และยอมรับว่าเขาสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง ความรู้สึกยอมรับนี้เกิด



จากการที่เราได้ศึกษาถึงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว และความสามารถในการพัฒนาของผู้ที่ ต้องการความช่วยเหลือ

3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (Warmth) คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะรักและ เอาใจใส่คนที่เราเข้าใจและยอมรับ ผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้ต้องการความช่วยเหลือก็เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือมีความเข้าใจ ให้การยอมรับ ให้ความรักและการเอาใจใส่ในตัวผู้ต้องการ ความช่วยเหลือแล้ว บรรยากาศของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้ต้องการความ ช่วยเหลือจะเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ต้องการความช่วยเหลือได้ตรวจสอบและรู้จัก ตนเอง (self- exploration) ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายแรกของกระบวนการช่วยเหลือ เมื่อผู้ต้องการ ความช่วยเหลือได้รู้จักตนเองมากขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การช่วยให้ผู้ต้องการความช่วยเหลือมี ความเข้าใจตนเอง โดยอาศัยการตอบสนองในระดับที่สูงขึ้น (facilitation - action dimensions)

4. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้อง (Concreteness) คือการที่ผู้ต้องการความ ช่วยเหลือได้บอกกล่าวถึงความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองอย่างถูกต้องตรงความเป็นจริง ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือตอบสนองได้อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ต้องการความช่วยเหลือเข้าใจตนเอง มากขึ้น

5. การมีความซื่อสัตย์และจริงใจ (Genuineness) หมายถึง ความสามารถของ ผู้ให้ความช่วยเหลือที่แสดงความจริงใจ และซื่อสัตย์ต่อผู้ต้องการความช่วยเหลือซึ่งเป็นการแสดง ออกอย่างแท้จริงจากส่วนลึกภายในใจ ความซื่อสัตย์และจริงใจของผู้ให้ความช่วยเหลือจะมีผลกั ต่อเมื่อผู้ต้องการความช่วยเหลือยอมรับและเข้าใจซึ่งจะช่วยให้เขามีความเชื่อถือและความเข้าใจ มากขึ้น

6. การเปิดเผยตนเอง (Self - disclosure) ของผู้ให้ความช่วยเหลือจะทำให้ความ สัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้ต้องการความช่วยเหลือใกล้ชิดกันมากขึ้น ถ้าเกี่ยวข้องกับ หรือคล้ายคลึงกับปัญหาของผู้ต้องการความช่วยเหลือ ผู้ให้ความช่วยเหลือแสดงให้เห็นว่าตนเอง ก็เคยประสบปัญหาเหมือนผู้ต้องการความช่วยเหลือเช่นกัน และได้เห็นแนวทางหรือสามารถ แก้ปัญหานั้นได้ จะช่วยขจัดข้อสงสัยหรือความไม่แน่ใจของผู้ต้องการความช่วยเหลือได้

7. การชี้ให้เห็นความแตกต่าง (Confrontation) เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ที่ให้ความ ช่วยเหลือได้รู้ว่า สิ่งที่ผู้ต้องการความช่วยเหลือ ได้พูดและได้กระทำลงไปในั้นแตกต่างหรือไม่ การชี้ให้เห็นความแตกต่างนี้ จะช่วยให้ผู้ต้องการความช่วยเหลือยอมรับและเห็นสภาพที่แท้จริง ของปัญหาและยังช่วยให้เขาได้ประเมินผลตนเองด้วย (self - evaluation)

8. การพูดความจริง (Immediacy) จะช่วยชี้ให้เห็นว่า โดยแท้จริงแล้วความ สัมพันธ์ของผู้ให้ความช่วยเหลือ และผู้ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างไร เมื่อดำเนินการตาม ขั้นตอนถึงระดับนี้แล้ว ความสัมพันธ์ควรเป็นไปอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา จริงใจและยุติธรรม

ผู้ให้ความช่วยเหลือสามารถให้คำแนะนำ แก่ผู้ต้องการความช่วยเหลือ ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ผู้ต้องการความช่วยเหลือจะเข้าใจตัวเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีทางวิชาชีพเป็นสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและมีการรับรู้ต่อบทบาทของกันและกัน ก่อให้เกิดความมั่นคงทางวิชาชีพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ในทางตรงกันข้ามสัมพันธภาพในทางลบจะทำให้เกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติการพยาบาลและเพิ่มความกดดันให้แก่ นักศึกษาพยาบาลทำให้เกิด ความเครียด ความเบื่อหน่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้สนใจจะศึกษาถึง สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ ซึ่งได้นำคุณลักษณะของผู้ให้การช่วยเหลือของบุคคลในสถาบันอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล กับพยาบาลประจำการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย 7 ด้าน คือ

1. การร่วมรู้สึก (Empathy) ความเข้าใจและการเข้าถึงความรู้สึกของนักศึกษา จะทำให้ผู้ให้ช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของนักศึกษา การที่พยาบาลประจำการแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลที่แสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ความกังวลใจ ตกใจ เศร้าใจ และช่วยแสวงหาหนทางช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆให้เกิดการเรียนรู้ ในการฝึกภาคปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

2. การแสดงความอบอุ่นและเอื้ออาทร (Warmth and Caring) เป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้อื่นได้อย่างลุ่มลึก โดยที่พยาบาลประจำการแสดงออกถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร จากการแสดงออก เช่น การยิ้ม การสบตาและอากัปกิริยาต่าง ๆ มีความห่วงใย เอาใจใส่ ในตัวนักศึกษอย่างแท้จริง เมื่อใดก็ตาม ถ้าขาดความเป็นมิตร และขาดความอบอุ่นในขณะที่ปฏิบัติงานร่วมกันนั้นย่อมก่อให้เกิด บรรยากาศแห่งความตึงเครียด อึดอัด ขาดความเป็นกันเอง ไม่มีการผ่อนคลายขาดการสนใจและเป็นห่วงเป็นใยกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ปรารถนา อันจะไม่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพในทางที่ดีได้ แต่ถ้าในการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลมีความเป็นมิตรและความเอื้ออาทรต่อกันแล้ว นักศึกษาย่อมที่จะกล้าแสดงความรู้สึกและปรึกษาปัญหาต่อกันได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่ง

3. การเปิดเผยตนเอง (Openness) เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งสำหรับการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพของมนุษย์ คือ การที่พยาบาลประจำการเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือโดยการกระตุ้นให้นักศึกษาได้เปิดเผยความนึกคิด นักศึกษาพยาบาลและพยาบาล ต้องใช้การสื่อสารแบบ

เปิดและมีการเปิดเผยตนในการทำงานร่วมกัน ลักษณะที่เห็นได้ชัดคือ การสื่อสารภาษาต่อหน้ากัน อย่างตรงไปตรงมา ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อกันในการปฏิบัติงานในคลินิก โอกาสที่นักศึกษาจะได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความรู้ ความก้าวหน้า ความสามารถในการทำงาน และมีการปรับพฤติกรรมในด้านต่างๆ ของตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญเป็นสิ่งกระตุ้นให้นักศึกษามีการปรับปรุงและพัฒนาตนเองในด้านทักษะ เพิ่มพูนความรู้ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพทุกคน จึงควรมีการเปิดเผยตนเองโดยมีการติดต่อแบบตัวต่อตัว ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ อภิปรายปัญหาต่อกันอย่างตรงไปตรงมา มีการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ

4. การยอมรับ (Respect) การสร้างสัมพันธภาพในทางที่ดีนั้นต้องมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้รับการช่วยเหลือ การที่พยาบาลประจำการมองเห็นความสำคัญและมีความเชื่อมั่น ยอมรับในความเป็นบุคคล และความสามารถของนักศึกษา เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในรูปของการทำงานเป็นทีม มีการประชุมกันทั้งก่อนและหลัง การปฏิบัติงานต้องอาศัยการรับฟังความคิดเห็น การยอมรับนับถือยกย่องกัน ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก พยาบาลประจำการมีหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม ที่จะกระตุ้นและส่งเสริมสมาชิกในทีมให้มีความรับผิดชอบในหน้าที่ มีการสอนให้ความรู้กันและกันเพื่อให้เกิดการทำงานที่สร้างสรรค์

5. การมีความซื่อสัตย์และจริงใจ (Genuineness) การช่วยเหลือนั้นจำเป็นต้องมีการแสดงความจริงใจและซื่อสัตย์ การที่พยาบาลประจำการมีการประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่เกือบตลอดเวลา ระบบการทำงานของพยาบาลมีส่วนเกื้อหนุนให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือกัน โดยที่พยาบาลประจำการจะเป็นผู้คอยชี้แนะ และให้โอกาสนักศึกษาได้เรียนรู้ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้ดีนับตั้งแต่การให้คำแนะนำ การแสดงถึงความบริสุทธิ์ใจที่มีต่อนักศึกษาพยาบาล โดยที่พยาบาลจะทำให้ นักศึกษาพยาบาลมองเห็นประเด็นสำคัญของปัญหาและพยาบาลประจำการได้ให้คำแนะนำอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงและให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ในคลินิก

6. การเป็นแบบอย่าง (Role Model) การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ให้การช่วยเหลือ จะเป็นแบบอย่างแก่ผู้ได้รับการช่วยเหลือ พยาบาลประจำการเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก สามารถปฏิบัติบทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือ และแสดงตนเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษา เพราะนักศึกษายังขาดความมั่นใจ จะพยายามดูแบบอย่างจากพยาบาลประจำการ ถ้านักศึกษาได้รับแบบอย่างที่ดี ต้อง ทั้งทางบุคลิกลักษณะ การปฏิบัติการพยาบาล ด้านวิชาการ และเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ ดังนั้น การแสดงตนเป็นแบบอย่างของพยาบาลประจำการ มีส่วนสำคัญที่จะทำให้

นักศึกษามีความเป็นพยาบาลที่สมบูรณ์ ดังคำกล่าวของ Watson (1979 อ้างถึงในสุนทรี สิทธิ มงคลชัย, 2539: 2) ว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยคือ แบบอย่างที่ดี ที่จะเอื้ออำนวยให้กับผู้เรียนที่กำลังฝึกปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ มีเป้าหมาย และมีการดำรงความเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรสวาท ชัยตรุณ (2537) ศึกษาพบว่า การเป็นแบบอย่างสามารถร่วมทำนวยประสพการณ์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาได้

7. การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning Activity) การที่พยาบาลประจำการมีการจัดเตรียมอุปกรณ์การพยาบาล และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ทางด้านทฤษฎีและเทคนิคการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อมุ่งสร้างความเจริญงอกงามทางปัญญาให้กับนักศึกษา ครอบคลุมทั้งทาง ด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ ขณะเดียวกันการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาจะต้องส่งเสริมการเรียนรู้ ในภาคทฤษฎีเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นว่า สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานในคลินิก นักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับพยาบาลดี ก็จะมีผลให้เกิดการเรียนรู้ลักษณะการทำงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายทอดความรู้ ความชำนาญทางการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของพยาบาลทุกคน การช่วยเหลือและสนับสนุนนักศึกษาพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษามีประสิทธิภาพ และผลของการมีสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาและพยาบาลที่ดี จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีประสพการณ์และเกิดการเรียนรู้ที่ดี และส่งเสริมให้เกิดเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ

#### 4. ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจและความหมายในการตัดสินใจ

ท่ามกลางความเจริญของเทคโนโลยีต่างๆ ในยุคปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การดำเนินชีวิตของคนในสังคมประสบความยุ่งยากมีปัญหา ความขัดแย้ง และการแข่งขันมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อนปัญหาด้านสุขภาพของบุคคลในสังคมตลอดเวลา ขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าในศาสตร์ทางการแพทย์ที่พัฒนารุดหน้าอย่างรวดเร็ว มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ พยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจกับสภาพการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่สามารถตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติการพยาบาล มักเกี่ยวข้องกัชีวิตมนุษย์โดยตรง การที่จะตัดสินใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น มีความสำคัญต่อชีวิตในบางสถานการณ์ถ้ามีการตัดสินใจผิดไป อาจหมายถึงชีวิตที่ต้องสูญเสียไป ทักษะในการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องใช้สติปัญญา

ในการคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงเหตุและผล วิเคราะห์ และตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2538 : 21) การตัดสินใจจะต้องมีหลักการและอาศัยข้อมูลต่างๆ เพื่อ ประกอบการพิจารณาโดยใช้ความรอบคอบมีวิจารณญาณและมีเหตุมีผล มีผู้รู้ ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจไว้หลายท่าน ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528 : 125) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการแห่งสติปัญญา และการใช้ความรู้ในทางปฏิบัติตามขั้นตอนด้วยการวิเคราะห์อย่างตรรกะตรง กัลั่นกรองให้ได้มาซึ่งข้อปฏิบัติที่เหมาะสม เท่ากับเป็นการแก้ไขปัญหาที่แม่นยำตรงเชิงวิทยาศาสตร์ กระบวนการแก้ปัญหา ต้องกระทำด้วยความเต็มใจ ด้วยสติและเป็นกิจกรรมแห่งความคิด ซึ่งมีเรื่องของเจตคติ ค่านิยมอยู่เบื้องหลัง ในควบคุมทิศทาง ของการทำงาน ของสติปัญญา และความรู้

ธงชัย สันติวงษ์ (2530 : 152) สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537 : 19) จิระจิตต์ ราคา (2538: 235 ) ให้ความหมายของการตัดสินใจ หมายถึง การเลือกทางปฏิบัติ ซึ่งมีหลายทางเลือก โดยอาศัยทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นรูปแบบการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่างๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล การตัดสินใจจึงเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเลือกทางปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุด

สมิต ออบสุวรรณ (2539 : 21) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิด การพิจารณาไตร่ตรองด้วยเหตุผล อย่างรอบคอบ เกี่ยวกับสภาพการณ์หรือเรื่องราวที่ปรากฏ ที่เกิดจากวิจารณญาณของตนเองมาเป็นเหตุผลประกอบการพิจารณาในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด จากทางเลือกหลายทาง เพื่อนำไปสู่การบรรลุตามจุดหมายที่วางไว้

ปรางค์ทิพย์ อุจจะรัตน์ (2541 : 97) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการคิด การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบระเบียบเพื่อการเลือกวิธีปฏิบัติจากหลายทางเลือก ที่คิดค้นไว้ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

Swartz and Perkins (1990 : 45) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นการคิดและการริเริ่มในการค้นหาทางเลือก ตรวจสอบเหตุผลของแต่ละทางเลือก และการประเมินเหตุผลที่นำมาใช้ในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด

Gillies (1994) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่ปรารถนา จากหลายทางเลือกโดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ

LeFevre (1995 : 45) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการปฏิบัติทางการแพทย์ในคลินิก การตัดสินใจทางการแพทย์ต้องคิดด้วยความรอบคอบตั้งใจ อยู่

บนพื้นฐานของหลักการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ประกอบกับต้องมีความรู้ ทักษะ และ เจตคติที่ดี

Swansburg and Swansburg (1995) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกจากทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามทางเลือกนั้น

Marquis and Huston, (1996: 29 อ้างถึงใน ปรารงค์ทิพย์ อุจจะรัตน์,2541 : 97) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการคิด การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อการเลือกวิธีปฏิบัติ

Clark and Concutt (1997: 102 อ้างถึงใน ปรารงค์ทิพย์ อุจจะรัตน์,2541: 97) กล่าวว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆ

จากความหมายของการตัดสินใจข้างต้นสรุปได้ว่า การตัดสินใจ เป็นกระบวนการที่บุคคลคิดพิจารณาโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อ แก้ปัญหาโดยเลือกทางปฏิบัติจากหลายๆ ทางเลือก โดยมีขั้นตอนได้แก่ การพิจารณาปัญหา การพิจารณาทางเลือกต่างๆ การตัดสินใจเลือก การนำทางเลือกที่ตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติ และการประเมินผล การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กันมากการตัดสินใจจะถูกใช้ภายในกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งขั้นตอนในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมจากวิธีการหลายๆ วิธี ถือได้ว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการตัดสินใจ (Clark and Concutt,1997: 102 อ้างถึงในปรารงค์ทิพย์ อุจจะรัตน์,2541 : 97)

## 4.2 ทฤษฎีการตัดสินใจและกระบวนการการตัดสินใจ

### 4.2.1 ทฤษฎีการตัดสินใจ

Feldman and Amold (1983 อ้างถึงใน รุจิรา อินทรตุล, 2531 ) ได้แบ่งทฤษฎีการตัดสินใจออกเป็น 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีการตัดสินใจแบบดั้งเดิม (Traditional Theory) เป็นทฤษฎีที่มีสมมติฐานว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่เป็นเหตุเป็นผลยึดระเบียบแบบแผนเป็นเกณฑ์ ผู้ตัดสินใจสั่งการได้พยายามสรรหาหรือคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จให้มากที่สุด

2. ทฤษฎีพฤติกรรมในการตัดสินใจ (Behavioral Theory) Simon et al (1967) ให้แนวความคิดว่า ความสามารถของมนุษย์ในการแก้ปัญหานั้นมีน้อย เมื่อเทียบกับปัญหาที่ต้องการจะแก้ไขอย่างมีเหตุผล ฉะนั้นในการตัดสินใจของคนนั้นจะต้องอยู่ในสภาพที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถหาทางเลือก รวมทั้งไม่สามารถประเมินทางเลือกได้ทุกทางเลือกไม่สามารถบอกได้ว่าทางเลือกไหนจะให้ประโยชน์สูงสุด กล่าวคือ มีข้อจำกัดทางการให้เหตุผลซึ่งถูกสนับสนุนอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้คนจึงประเมินทางเลือกต่างๆไปเรื่อยๆ จนกระทั่งมีทาง

เลือกใดทางเลือกหนึ่งที่พอใจ และยอมรับได้ นับว่าเป็นการตัดสินใจที่มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมของกลุ่มชนหรือองค์การ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมาก เพราะพฤติกรรมเหล่านี้มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ตัดสินใจจึงจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการตัดสินใจมากขึ้น เช่น ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการต่างๆ ทางด้านสถิติและการวิจัย เป็นต้น เพื่อให้การตัดสินใจรวดเร็ว ประหยัด ลดค่าใช้จ่าย และได้ผลแน่นอนตรงตามวัตถุประสงค์

3. ทฤษฎีความขัดแย้งในการตัดสินใจ (Conflict Theory of Decision Making) Lanis and Mann (1983) ได้พัฒนาแนวคิดที่ว่า การตัดสินใจนั้น โดยธรรมชาติแล้วเกิดจากความกดดันและความขัดแย้ง การที่บุคคลมีความกดดันและความขัดแย้งในระดับสูงมาก ก็จะสามารถใช้กระบวนการตัดสินใจได้ในระดับที่เหมาะสม และคุณภาพของการตัดสินใจขึ้นอยู่กับกระบวนการประมวลและประเมินข้อมูล ความกดดันเกิดได้หลายระดับ และกระบวนการในการประมวลและประเมินข้อมูล จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อความกดดันอยู่ในระดับสูงพอเท่านั้น

#### 4.2.2 กระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจเป็นกระบวนการแห่งสติปัญญา รวมทั้งการใช้ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการเลือกที่จะปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้พิจารณาอย่างรอบคอบ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้แบ่งกระบวนการตัดสินใจไว้ต่างๆ กันดังนี้

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2533) กล่าวว่า ขั้นตอนในการตัดสินใจมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การพิจารณาถึงตัวปัญหา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดตัวปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือกโดยการ วิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่
3. การประเมินผลทางเลือกโดยการวิเคราะห์ประเมินผลทางเลือกที่ดีและเหมาะสม
4. การตัดสินใจเลือกทางเลือก โดยการ ใช้ดุลยพินิจ ตัดสินใจเลือกทางเลือก
5. การตัดสินใจออกคำสั่งเพื่อปฏิบัติ เป็นการ ตกลงใจสั่งการปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจลงมือปฏิบัติและประเมินผลการตัดสินใจ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536 : 127) ได้กล่าวว่า ขั้นตอนของการตัดสินใจประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

1. กำหนดจุดมุ่งหมายและให้ลำดับความสำคัญ
2. ระบุปัญหา
3. บ่งชี้ปัญหาให้ชัดเจน
4. สร้างเกณฑ์ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเลือก

5. แสวงหาแนวทางปฏิบัติ
6. พิจารณาผลดี ผลเสียของทางเลือกและผลที่จะเกิดขึ้นตามมา
7. ตัดสินใจเลือกข้อปฏิบัติที่ดีที่สุด
8. คำนึงถึงข้อผูกพันที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ
9. นำทางเลือกที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ
10. ประเมินผลการปฏิบัติ

พิชญากรณ์ มูลศิลป์ (2540 : 2) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย

7 ขั้นตอนคือ

1. สถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา (Situation and Problem analysis)
2. กำหนดทางเลือก (Define alternatives)
3. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Selection alternative)
4. ประเมินทางเลือก (Evaluate the alternative)
5. วางแผนการปฏิบัติตามทางเลือกที่เลือกได้ (Planning)
6. ลงมือปฏิบัติตามทางเลือก (Implementation)
7. ประเมินผล (Evaluation)

รศนา อัชชาภิจ (2537) ได้กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายของการตัดสินใจอย่างชัดเจน
2. กำหนดทางเลือกเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจ
3. ตรวจสอบเพื่อหลีกเลี่ยง หรือยอมจำนนต่อข้อจำกัด
4. ดำเนินการวิเคราะห์การตัดสินใจ
5. ตัดสินใจโดยยึดวัตถุประสงค์

Jones and Beck (1996) Swansburg (1995) ได้กล่าวถึง กระบวนการตัดสินใจ

ไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การพิจารณาค้นหาทางเลือก
3. จัดเรียงทางเลือก และดำเนินการเลือก
4. ปฏิบัติตามทางเลือกให้ทันกับเวลาที่กำหนด
5. ประเมินผล



Marquis and Huston, (1996: 35-39) Gillies (1994: 426-428) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจไว้ 9 ขั้นตอน คือ (อ้างถึงในปรารภศัพท์ อัจจะรัตน์, 2541 : 97)

1. การระบุเรื่องราวหรือปัญหาที่ต้องการตัดสินใจให้ชัดเจน โดยเรียงลำดับความสำคัญก่อน หลัง
2. การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ กำหนดวัตถุประสงค์ของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ
3. ระบุเกณฑ์ที่จะยอมรับได้สำหรับการตัดสินใจนั้นๆ ซึ่งเกณฑ์นี้จะเป็นแนวทางสำหรับผู้ทำการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกสำหรับการปฏิบัติ
4. กำหนดทางเลือกหลายๆ ทางยิ่งทางเลือกมากเท่าไร โอกาสที่จะตัดสินใจสำหรับทางเลือกที่มีคุณภาพยิ่งมากขึ้น
5. ประเมินทางเลือกที่กำหนดทั้งข้อดีและข้อเสีย
6. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดและเป็นไปได้มากที่สุดที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
7. นำทางเลือกที่ตัดสินใจเลือกแล้วไปปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ยากและสำคัญที่สุดในกระบวนการตัดสินใจ
8. ประเมินผลการตัดสินใจ การประเมินผลการดำเนินการถือได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นและจะต้องกระทำ เพื่อดูว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ จะต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นที่ขั้นตอนที่ 1 เพื่อเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง

Dunn (1998 : 26-31) ได้กำหนด กระบวนการตัดสินใจได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การระบุปัญหา
2. การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
3. พิจารณาและพัฒนาทางเลือก
4. ประเมินทางเลือกและเลือกในสิ่งที่ดีที่สุด
5. ปฏิบัติตามทางเลือกและติดตามประเมินผล

จากกรอบแนวคิดและกระบวนการตัดสินใจ ที่ผู้วิจัยได้เสนอไปแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Dunn (1998) Jones and Beck, (1996) ; Swansburg, (1995) ; ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และการนำไปในการศึกษาความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหามหาวิทยาลัยของนักศึกษาพยาบาล (สมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537) และนำมาสรุปเป็นกระบวนการตัดสินใจ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาหรือสถานการณ์

3. การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบ ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก และหาทางเลือกที่ดีที่สุด
4. เลือกทางปฏิบัติเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ต้องใช้ดุลยพินิจตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด เพื่อนำไปปฏิบัติ
5. การประเมินและการสรุปผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่พิจารณาผลของการปฏิบัติ

#### 4.3 ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพทางการปฏิบัติที่มีความหมายและเป็นความต้องการของบุคคลที่สามารถระบุและแสดงศักยภาพของการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ในการให้การพยาบาลนั้น พยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมินค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถระบุถึงวิธีการ การแก้ปัญหาหรือตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ เมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ดี ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ควรได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวของนักศึกษาพยาบาลทุกคน

ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เป็นการบ่งชี้ว่าในสถานการณ์นั้นมีข้อมูลอะไรที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เช่น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นอย่างไร โดยพยายามหาปัญหา กำหนดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการด้านพื้นฐานของมนุษย์ในสถานการณ์ที่กำหนดให้ ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจึงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถในทักษะต่างๆ เช่น การสังเกต การฟัง การรอบรู้ในสถานการณ์ เพื่อ ช่วยให้พิจารณาปัญหาและต้องมีความรู้ต่อปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 ความสามารถในการวินิจฉัยปัญหา เป็นการรับรู้สถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาทางการพยาบาลอย่างไร โดยวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาให้ชัดเจน อธิบายได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาใด และนักศึกษาจะให้การพยาบาลอย่างไร ระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเกิดปัญหาอะไร โดยที่นักศึกษาจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลที่จะช่วยอธิบายถึงสาเหตุของปัญหาได้อย่างชัดเจน ยิ่งมีข้อมูลมาก ก็จะสามารถอธิบายถึงสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยความสามารถของนักศึกษาในแต่ละคน

ขั้นตอนที่ 3 ความสามารถในการพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นการระบุทางเลือกที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งพิจารณาผลดี ผลเสียที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และศึกษาวิเคราะห์

ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมขณะนั้น ตลอดจนหาแนวทางการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย

ขั้นตอนที่ 4 ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติ เป็นการระบุว่า ถ้านักศึกษาอยู่ในสถานการณ์นั้นจะปฏิบัติอย่างไร เพราะอะไร

ขั้นตอนที่ 5 ความสามารถในการประเมินและสรุปผล เป็นการพิจารณาการกระทำและผลลัพธ์ของการกระทำที่ตัดสินใจ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ซึ่งช่วยให้นักศึกษามีแนวทางในการตัดสินใจว่า เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวอีก นักศึกษาจะทำอย่างไร โดยนำผลการตัดสินใจในสถานการณ์ไปใช้จะทำอย่างไร โดยนำผลการตัดสินใจในสถานการณ์ไปใช้

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน

### 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จะพบว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและทางด้านทรัพย์สิน ซึ่งอาจเสียอวัยวะทำให้พิการหรือเสียชีวิต จากสถิติสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 - 2539 พบว่า สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุยังเป็นการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2539 สูงถึง 38,421 คน หรือเท่ากับ 64.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สถิติสาธารณสุข, 2539: 84)

ผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนมากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนและทันการณ์ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความจำเป็นที่จะต้องระดมความรู้ บุคลากร และวัสดุครุภัณฑ์การแพทย์ทุกชนิด เข้าช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ดี และมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของทีมงาน ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์ตามลำดับ โดยการค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนดำเนินการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดความพิการ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

### 5.1.1 ความหมายของภาวะฉุกเฉิน

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster s Dictionary, 1983 ) ภาวะฉุกเฉิน หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยไม่คาดคิดมาก่อนและต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

ประเวศ วะสี ( 2536 อ้างถึงใน จุริวัฒน์ คงทอง, 2539: 50 ) ให้ทัศนะใหม่เกี่ยวกับ สุขภาพองค์รวม (Holistic Health) ด้านระบบบริการจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงได้โดยประชาชนทั้งหมด สุขภาพดีถ้วนหน้า ( Health for all ) จึงจะมีได้ โดยคำนึงถึงปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

ปัญหาฉุกเฉิน ( Emergency )

ปัญหาไม่ฉุกเฉิน ( Non-Emergency )

ปัญหาฉุกเฉิน หมายถึง ปัญหาที่รุนแรง รวดเร็วและเป็นอันตรายถึงกับชีวิตหากรักษาไม่ทันท่วงที กลวิธีเพื่อการบำบัดรักษาของปัญหาฉุกเฉิน จึงควรเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นเอกลักษณ์ฉุกเฉินซึ่งต้องการจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

อนันต์ ตันมุขยกุล ( 2530: 1 ) ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาโดยรีบด่วน ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะถึงแก่ชีวิต จะมีความทุกข์ทรมานหรือมีความพิการตามมา

จินตนา ศิรินาวิน ( 2532: 1 ) และ ดารณี จามจรี ( 2537: 63 ) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถ้าได้รับการช่วยเหลือที่ไม่ทันหรือไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้ง่าย

วิจิตร บุญยโหดระ ( 2536 : 5 ) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหัน จำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือ และดูแลรักษาทันที ซึ่งอาจเกิดจากภาวะต่างๆคือ การเกิดโรคในระบบต่างๆของร่างกาย การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การเกิดโรคติดต่อ และโรคติดต่อฉับพลัน เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือ และให้การดูแลรักษาทันที ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินคือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหนัก มีสภาพและความรุนแรงแตกต่างกันไป อาการแสดงที่พบเห็นจะเป็นการบ่งชี้ถึงความหนักเบาแห่งการบาดเจ็บ ที่เกี่ยวข้องไปสู่หน้าที่ของอวัยวะภายในที่ถูกทำลาย

ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประการ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากพยาธิสภาพต่าง และผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ผู้ป่วยฉุกเฉินจึงต้องได้รับการดูแลรักษาทันทีที่ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

กลุ่มการบาดเจ็บจำแนกออกเป็น 2 ประเภท (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2530: 38-39) คือ

1. บาดเจ็บเกิดจากไม่ตั้งใจ (Unintentional Injuries) ได้แก่ อุบัติภัย
2. บาดเจ็บเกิดจากตั้งใจ (Intentional Injuries) ได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกาย และการทำร้ายตนเอง

บาดเจ็บ ( Injury ) คือ ผลซึ่งเกิดจากร่างกายกระทบกับวัตถุหรือสารเคมีในอัตราความรุนแรงที่เกินกว่าร่างกายหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายจะทนทานได้

อุบัติเหตุ ( Accident ) คือ อุบัติการซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดหมายมาก่อนทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตาย หรือการสูญเสียทรัพย์สินโดยที่ไม่ต้องการ เช่น

1. อุบัติภัยจากการจราจร ( Traffic Accident )
2. อุบัติภัยจากการทำงาน ( Occupational Accidents )
3. อุบัติภัยในบ้าน ( Home or Domestic Accidents )
4. อุบัติภัยในสาธารณสถาน ( Public Accidents )

5.1.2 การจำแนกความฉุกเฉิน ( Classification of Emergencies ) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (First Emergency) ได้แก่ ผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจะต้องได้รับการรักษาทันที ( ภายใน 2 - 3 นาที ) และไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมาก ( Second Emergency ) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ( Third Emergency ) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง

ซึ่งสอดคล้องกับ ดารณี จามจรี ( 2537:91 ) ได้แบ่งประเภทของผู้ป่วยฉุกเฉินเป็น 3 ประเภทคือ

- ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ( Emergent )
- ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ( Urgent )
- ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ( Non-emergent )

ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ( Emergent ) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะตาย หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งภาวะฉุกเฉินที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที ได้แก่

1. หหมดสติทันทีและคลำชีพจรที่คอและขาหนีบไม่ได้ ให้ถือว่าเป็นภาวะ "หัวใจหยุดเต้น" (Cardiac arrest) ต้องทำการฟื้นคืนชีพทันที มิฉะนั้นสมองของผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวรใน 3 - 5 นาที

2. หายใจไม่ออกทันที ส่วนมากมักจะเกิดจากมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ลักษณะนี้ต้องรีบช่วยเหลือให้ทางเดินหายใจโล่งทันที

3. หยุดหายใจ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นช้าๆ ต้องรีบช่วยหายใจทันที โดยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และต้องระวังเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่กระดูกคอของผู้ป่วยด้วยแล้วจึงใช้ Self - inflating Lung bag เพื่อนำอากาศที่มีออกซิเจนเข้าสู่ปอด แต่ถ้าช่วยแล้วสังเกตว่าหน้าอกผู้ป่วยไม่ขยายออก แสดงว่าอาจมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ให้การช่วยเหลือในลักษณะเดียวกับการช่วยผู้ป่วยที่หายใจไม่ออกทันที

4. คลำชีพจรที่คอและขาหนีบไม่ได้ แต่ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อครุนแรง ให้รักษาแบบภาวะ "หัวใจหยุดเต้น" หรือ แบบภาวะ "ช็อค" และแก้ไขที่สาเหตุด้วย

5. ชักตลอดเวลาหรือชักจนเขียว ต้องรีบป้องกันการบาดเจ็บจากการชัก เช่น การกัดลิ้น กัดปาก โดยใช้ผ้าม้วน เป็นแท่งคาไว้ระหว่างฟันบนและฟันล่าง และระมัดระวังการกด หรือออกกำลังยึดแขนขาผู้ป่วยขณะชัก ช่วยหายใจถ้าหายใจผิดปกติ

6. เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ต้องประเมินสัญญาณชีพ และทำการห้ามเลือดโดยทันที

ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือการรักษาพยาบาลเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ได้แก่

1. หายใจช้ากว่า 10 หรือเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที มีอาการหายใจลำบาก หรือหอบเหนื่อย โดยเฉพาะถ้าพบร่วมกับเสมหะเป็นฟองปนเลือด

2. ชีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น

1) ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที

2) ตกเลือด ชีตมาก หรือเขียว

3) เจ็บปวดมากหรือทุรนทุราย

4) มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น

- 5) ความดันเลือดตัวบนต่ำกว่า 60 mmHg. หรือตัวล่างสูงกว่า 130 mmHg. โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- 6) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35 องศาหรือสูงกว่า 40 องศา โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- 7) ฤทธิ์พิษหรือ Drug overuse
- 8) ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดเจ็บที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures, Burns, Back injury with or without spinal cord damage

ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non - emergent) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพึ่งการให้บริการจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ต้องได้รับการตรวจรักษาโดยการส่งต่อไปตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือจัดลำดับความสำคัญในการตรวจรักษาเป็นลำดับสุดท้าย ผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่ การมีกระดูกหักเล็กน้อย และมีการบาดเจ็บเล็กน้อย เสียชีวิตก่อนนำส่ง

### 5.1.3 หลักการประเมินอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน

การประเมินอาการผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมิน ว่ามีความผิดปกติใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กิจกรรมการประเมินต้องการความเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับจากสภาพที่เห็นครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Blair and Hall (1994) กล่าวถึงการประเมินอาการ 3 ขั้นตอน คือ

- 1) การประเมินขั้นต้น (Primary assessment) เป็นการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว เพื่อหาความเสี่ยงและปัญหาที่ถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ (Airway) การหายใจ (Breathing) การไหลเวียน (Circulation) และ กระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Spine)
- 2) การประเมินขั้นที่สอง (Secondary assessment) เป็นการประเมินเพื่อดูอาการทั่วไป (General appearance) ตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้าเพื่อหาความผิดปกติ สภาพบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย
- 3) การประเมินเฉพาะราย (Focused assessment) เป็นการประเมินที่ละเอียดกว่าการประเมินขั้นต้น และขั้นที่สอง กรณีที่ยังไม่แน่ใจ ได้แก่ การชันสูตร การตรวจทางรังสี การตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วในการประเมินอาการผู้ป่วย ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะแบ่งกิจกรรมการประเมินออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยยึดเอาปัญหาความเจ็บป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมาก่อนเป็นอันดับแรก (ดารณี จามจรี, 2536 : 62-85) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1.** การประเมินอาการเบื้องต้นหรือการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว (Primary assessment or initial assessment) มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาปัญหาสำคัญที่จะทำให้อาการผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การประเมินในขั้นตอนนี้ ได้แก่

1) Airway ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับอากาศในการหายใจเพียงพอ โดยที่ทางเดินหายใจไม่ถูกอุดกั้น ในรายที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณไซส์หลัง กระดูกคอ ให้ใช้มือทั้งสองข้างประคองที่ศีรษะผู้ป่วย ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างจับมุมขากรรไกรดันขึ้นมาข้างหน้า

2) Breathing ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้เพียงพอหรือไม่ สังเกตและค้นหาอาการสำคัญที่มีผลต่อการหายใจ ได้แก่ tension pneumothorax, open pneumothorax และ flail chest

3) Circulation and Bleeding ประเมินอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต ตรวจสอบ capillary filling ค้นหาปริมาณจุดเลือดออกทั้งภายในและภายนอก ร่างกายอย่างรวดเร็ว ในกรณีที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีการเสียโลหิตจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพื่อรักษาสภาพการไหลเวียนโลหิตในร่างกายให้เพียงพอ การพิจารณาภาวะช็อคในระยะนี้ควรกระทำอย่างรวดเร็วโดยพิจารณาอาการและอาการแสดง เช่น ผิวหนังจะเย็นซีด โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้ง / นาที มีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mm.Hg ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซีด และมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป

4) Brief Neurological Evaluation ประกอบด้วย

4.1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of Conscious) โดยการให้

Glasgow coma scale

4.2) ตรวจสอบขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง

**ขั้นตอนที่ 2** Secondary survey โดยใช้หลักการประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (Head-to-toe examination) การประเมินอาการในขั้นตอนนี้จะเริ่มก็ต่อเมื่อการประเมินอาการในขั้นตอนที่ 1 เสร็จสิ้น โดยที่ภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยการตรวจสอบอีกครั้งว่า ผู้ป่วยที่ทางเดินหายใจที่โล่งได้รับออกซิเจนเพียงพอ ชีพจรและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่มีจุดเลือดออกใดที่ไม่ได้รับความควบคุม เมื่อเรียบร้อยแล้วจึงเริ่มการประเมินอาการผู้ป่วยในขั้นตอนต่อไป คือการประเมินอวัยวะตามระบบต่าง ๆ ดังนี้

1) Head ตรวจสอบบาดแผลและร่องรอยการบาดเจ็บอื่น ๆ รวมทั้งการทำงานประสาทสมองส่วนกลาง ส่วนปลาย และขนาดของรูม่านตาที่ปฏิกิริยาต่อแสง



- 2) Neck ตรวจบริเวณกระดูกคอ (Cervical) เพื่อหาการวมตึงหรือผิดรูปร่างจากกระดูกต้นคอ เส้นเลือดที่คอโป่งพองหรือไม่
- 3) Chest ตรวจดูร่องรอยของการได้รับบาดเจ็บ เช่น รอยแท่ง ร่องรอยการหักของกระดูกทรวงอก ตรวจสอบการขยายตัวของทรวงอกระหว่างการหายใจเข้า-ออก และตรวจสอบการผ่านของลมเข้าสู่ปอดทั้งสองข้าง
- 4) Abdomen ตรวจสอบร่องรอยการบาดเจ็บ การเจ็บปวด เฉพาะที่และลักษณะการเกร็งของกล้ามเนื้อท้อง กดเจ็บหรือไม่
- 5) Pelvic ตรวจหาร่องรอยการได้รับบาดเจ็บ ของการหักของกระดูกเชิงกราน หรืออาการแสดงที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น กดเจ็บ ขยับไม่ได้
- 6) Genital - region ตรวจหาร่องรอยของการบาดเจ็บ หรือความผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศ
- 7) Extremities ค้นหาอาการบาดเจ็บ การผิดรูปร่างของอวัยวะแขนขา การวมและการหัก การปวดร้าวไปตามเส้นประสาท ลักษณะสีผิวที่เปลี่ยนแปลงไป

#### 5.1.3.1 การซักประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติผู้ป่วยเป็นข้อมูลสำคัญที่สุดของการวินิจฉัยโรค กล่าวกันว่ากรวินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติ ร้อยละ 85 การตรวจร่างกาย ร้อยละ 10 และการสืบค้นเพิ่มเติมร้อยละ 5 ถ้าผู้ป่วยสามารถให้ประวัติได้ ควรซักถามให้ได้ข้อมูลมากพอที่จะทราบว่ามีปัญหาฉุกเฉินของผู้ป่วยคืออะไร ประวัติที่ดีไม่ใช่ประวัติที่ละเอียดที่สุดแต่เป็นข้อมูลที่ถูกต้องมีความเชื่อถือได้ และตรงประเด็นในการวินิจฉัยปัญหาว่าเร่งด่วนเพียงใด และช่วยวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ออกจากกัน ในรายที่ไม่สามารถให้ประวัติได้ ญาติ ผู้นำส่ง ผู้เห็นเหตุการณ์ จะเป็นผู้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีที่สุด จึงควรให้ความสำคัญแก่ญาติและผู้นำส่งโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ชาติมาอย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยอาการหนักมากควรใช้เวลาในการซักประวัติให้สั้นที่สุด เพียงเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมาด้วยปัญหาใด และรีบทำการประเมินสภาพผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 เมื่อบำบัดปัญหาเรียบร้อยแล้ว จึงทำการซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมได้ จะเห็นว่าการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นขบวนการที่ต่อเนื่องกัน ในภาวะฉุกเฉินจึงต้องตัดสินใจว่าควรทำอะไรก่อนอะไรหลัง

#### ข้อปฏิบัติในการซักประวัติ

การจะเริ่มซักประวัติควรเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองว่าเป็นใคร และบอกวัตถุประสงค์ของการซักถาม ตรวจร่างกาย ผู้ซักถามควรอยู่ข้างลำตัวผู้ป่วย เพื่อที่ระหว่างการซักถามจะได้สังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย

1. สอบถามชื่อ อายุ อาชีพ ของผู้ป่วย
2. สอบถามอาการสำคัญ ที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาล
3. ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ สอบถามลักษณะของอุบัติเหตุที่ได้รับเพื่อให้ทราบถึง กลไกของการได้รับบาดเจ็บนั้นๆ (Mechanism of injury) เนื่องจากลักษณะของอุบัติเหตุที่ได้รับจะทำให้เราสามารถคาดการณ์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ภายในร่างกายได้
4. สอบถามผู้ป่วยว่าเคยมีอาการเจ็บป่วยลักษณะนี้มาก่อนหรือไม่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การรักษาที่เคยได้รับ
5. ยาที่รับประทานเป็นประจำ รวมถึงสารเสพติด
6. อาการแพ้ยา ชนิดของยาที่แพ้

ในกรณีซักถามข้อมูลจากญาติหรือผู้เห็นเหตุการณ์สิ่งที่ควรซักถาม ได้แก่

- 1.) ชื่อ อายุ ของผู้ป่วย
- 2.) เหตุการณ์หรือการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
- 3.) เห็นเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่
- 4.) ผู้ป่วยบ่นหรือแสดงอาการใดก่อนเกิดเหตุหรือไม่
- 5.) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอะไรอยู่หรือไม่
- 6.) ทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยรับประทานยาอะไรประจำ

#### 5.1.3.2 การตรวจร่างกาย

วัตถุประสงค์ของการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาอาการและอาการแสดง ที่บ่งถึงปัญหาของการเจ็บป่วย กิจกรรมในการตรวจร่างกายประกอบด้วย

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว
2. การประเมินสัญญาณชีพ
3. การประเมินอาการและอาการแสดง

#### การประเมินระดับความรู้สึกตัว

เป็นการประเมินเพื่อดูปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการตรวจ หรือออกคำสั่งของผู้ทำการตรวจ โดยการจำแนกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหรือสับสน หรือไม่รู้สึกตัวเลย ในการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินทางระบบประสาทในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาททุกประเภท โดยการให้คะแนนตามการตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งมีช่วงคะแนนที่ต่ำสุดเท่ากับ 3 และสูงสุดเท่ากับ 15 ดังแสดงในตารางที่ 1

Glasgow coma scale		SCORE
<u>การลืมตา</u>	ลืมตาได้เอง	4
	ลืมเมื่อเรียก	3
	ลืมเมื่อเจ็บ	2
	ไม่ลืมเลย	1
<u>การพูด</u>	พูดคุยได้ไม่สับสน	4
	พูดคุยได้แต่สับสน	3
	พูดเป็นคำ ๆ	2
	ส่งเสียงไม่เป็นคำ	1
<u>การเคลื่อนไหว</u>	ทำตามคำสั่ง	6
	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
	ชักแขนขาหนี	4
	Flexion (abnormal)	3
	Extension (abnormal)	2
	ไม่เคลื่อนไหวเลย	1

SCORE < 7 are defined as coma

ตารางที่ 1 การประเมินทางระบบประสาท (ดารณี จามจวี, 2537: 96)

### การประเมินสัญญาณชีพ

การประเมินอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร เมื่อจับชีพจรสิ่งที่ต้องคำนึงถึงมีอยู่ 2 ประการ คือ อัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร ซึ่งจะช่วยให้ตัดสินใจได้

อัตราการเต้นและลักษณะการเต้นของชีพจร	ความน่าจะเป็นของการผิดปกติภายในร่างกาย
เร็ว สม่ำเสมอ ชัดเจน	อาจไม่มีความผิดปกติอะไร ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยหรือเกิดจากการตกใจ มีไข้ ความดันโลหิตสูง หรือเป็นอาการเบื้องต้นของการเสียเลือด
เร็ว สม่ำเสมอ เบา	เป็นอาการของ shock ซึ่งมักเกิดตามหลังการเสียเลือดอย่างมาก
ช้า	Head injury ฤทธิ์จากยาพวก Barbiturate narcotics พิษบางชนิด อาจมีปัญหาทางหัวใจ
ไม่มีชีพจร	Cardiac arrest

ตารางที่ 2 อัตราและลักษณะการเต้นของชีพจรที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกาย

(ดารณี จามจุรี, 2537: 97)

### อัตราการหายใจและลักษณะการหายใจ

อัตราการหายใจแบ่งเป็น การหายใจปกติ เร็วและช้า ส่วนลักษณะของการหายใจ ได้แก่ จังหวะความลึก เสียงของหายใจที่เข้าออกในแต่ละครั้งยังบอกได้ว่าผู้ป่วยหายใจที่ต้องออกแรงในการหายใจอย่างมาก (Labored breathing) หายใจลำบาก (difficult breathing) หรือมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า-ออก (Painful breathing) รวมทั้งถ้าผู้ป่วยแสดงการหายใจที่ต้องการมีการเคลื่อนไหวของไหล่ คอ กล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยได้ใช้ accessory muscle ช่วยหายใจควรมีการจดบันทึกไว้

### ความดันโลหิต

ในการวัดความดันโลหิต เราจะไม่มีทางทราบได้เลยว่านั่นคือ ค่าปกติของคนๆ นั้นหรือไม่ถ้าไม่มีประวัติเก่าของผู้ป่วยรายนั้นอยู่ ดังนั้นระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการวัดความดันโลหิตไว้เป็นระยะ ๆ

การประเมินอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อค้นหาอาการไข้ในผู้ป่วยเนื่องจากอาการไข้เป็นอาการนำ และอาการแสดงของโรคหลายกลุ่ม ข้อมูลจากการประเมินโดยวิธีนี้จะมีประโยชน์ในการนำไปผสมผสานกับข้อมูลอื่นทางคลินิก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยต่อไป

การประเมินอาการ และอาการแสดง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งสามารถเก็บรวบรวมได้ระหว่างการซักถามผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติ โดยที่พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับ ตำแหน่งของอาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการที่เป็น ระยะเวลาที่มีอาการ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น เช่น เจ็บหน้าอกทุกครั้งที่มีอารมณ์โกรธ เมื่อ

ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจะต้องทำการตรวจสอบตำแหน่งบริเวณที่มีความผิดปกติตามที่ผู้ป่วยบอก เพื่อค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมและสนับสนุนปัญหาความเจ็บป่วยที่แท้จริง ข้อมูลความผิดปกติของอาการแสดงจะได้รับการสังเกต หรือการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการของการได้รับอุบัติเหตุ

### 5.1.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษ

ในการพิจารณาว่าการตรวจใดมีข้อบ่งชี้จำเป็นอาจจะไม่ยากนัก กรณีที่วินิจฉัยได้ชัดเจนจากประวัติและการตรวจร่างกาย แต่ในกรณีที่ไม่แน่ใจ เช่น ผู้สูงอายุที่หมดสติและตรวจไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ ทางระบบประสาท การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคแควลงได้

5.1.3.3.1 การตรวจในห้องปฏิบัติการ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้กันมีอยู่ไม่กี่ประเภท ส่วนใหญ่เป็นการส่งตรวจในสิ่งที่สามารถทราบค่า ในเวลาไม่กี่นาที หรือไม่ถึงชั่วโมง ยกเว้นในบางกรณีที่ต้องเจาะเก็บไว้ หรือผลของการตรวจยังไม่ได้ในขณะนั้น แต่มีผลต่อการรักษาต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องรับรักษาในโรงพยาบาล

5.1.3.3.2 การตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้แก่การส่ง X-ray การตรวจทางคอมพิวเตอร์ การตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ฯลฯ การจะส่งตรวจพิเศษ ส่วนใหญ่อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ ในส่วนของพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการทำและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจพิเศษต่างๆ ได้ และจะต้องพิจารณาถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย

การแปลผลการตรวจพิเศษบางอย่าง จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

ซึ่งลักษณะงานในภาวะฉุกเฉินเป็นงานรักษาพยาบาลที่เร่งด่วนและจับใจ พยาบาลจะต้องค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว โดยจะต้องนำองค์ความรู้ทางการพยาบาลทุกระบบเพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ตลอดจนให้การช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีหลักการดูแลรักษาพยาบาล ดังนี้ (สงศรี กิตติรักษตระกูล, 2537: 65)

1. ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่กำลังคุกคามชีวิตผู้ป่วย
2. ค้นหาสาเหตุ และ/หรือปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินแล้วดำเนินการแก้ไข
3. ดูแลและรักษาสภาวะของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปลอดภัยและคงที่ โดยเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

4. รักษาหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะสำคัญของร่างกายให้คงที่
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ
6. ควบคุมระครองจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ

การปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน โดยเฉพาะการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินมีกฎเกณฑ์ที่พยาบาลทุกคนต้องคำนึงถึง เพื่อปฏิบัติทั้งบนหอผู้ป่วย คลินิก และหน่วยการพยาบาลฉุกเฉิน สรุปเป็นข้อ ๆ ดังต่อไปนี้ (Luise, 1970 อ้างถึงใน สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2534: 68)

1. ความรู้ฉุกเฉิน โดยรู้ถึงความเป็นมาของโรคของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ และสามารถสังเกตถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
2. ให้การพยาบาลฉุกเฉิน พยาบาลจะเป็นบุคคลแรกที่พบกับผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน พยาบาลจึงต้องรู้ว่าจะให้การพยาบาลเช่นใดเมื่อผู้ป่วยมาถึง
3. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็ว และจัดระบบงานให้เหมาะสม
4. การสัมผัสผู้ป่วยต้องแสดงออกถึงความเต็มใจ
5. ให้ความช่วยเหลือที่สามารถทำให้แก่ผู้ป่วย
6. รู้และเข้าใจถึงวิธีที่จะต้องปฏิบัติ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
7. ทำงานร่วมและประสานงานกับกลุ่มผู้ร่วมงาน
8. จัดหาและเตรียมอุปกรณ์และสิ่งของต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลา และ
9. ชี้แจงและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน

## 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของทีมงาน ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการตัดสินใจแก้ปัญหาและสถานการณ์ตามลำดับความสำคัญก่อนหลังซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พยาบาลต้องคำนึงถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้วย ผู้ป่วยที่มาใช้บริการพยาบาล อาจจะมีหรือไม่มีภาวะวิกฤตร่วมด้วย แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วแล้ว อาจจะมีผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ที่สำคัญได้ เช่น ผู้ป่วยเสียเลือดมากขึ้น หรือพิการมากยิ่งขึ้น เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีหลักการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยอาศัยจากอาการแรกที่พบเห็นในผู้ป่วยฉุกเฉิน นำมาวินิจฉัยแยกโรคอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง โดยใช้กระบวนการ 5B ดำเนินการช่วยเหลือดังนี้ คือ (James Cosgriff, 1975 อ้างถึงใน สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2534: 70) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

Breathing ช่วยการหายใจเป็นอันดับแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยให้ส่งออกซิเจนแก่ปอด โดยการใช้อุปกรณ์ในการ

ให้ออกซิเจนชนิดธรรมดา หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ กระตุ้นให้หัวใจทำงานโดยการกดหน้าอก หรือใช้เครื่องมือพิเศษช่วย เช่น Defibrillator

Bleeding รักษาระบบไหลเวียนของโลหิตให้คงที่ ถ้ามีเลือดออกควรรักษาสาเหตุ และการห้ามเลือด แล้วให้เลือดหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามความจำเป็น

Brain รักษาระดับความรู้สึกและระบบการทำงานของประสาท ถ้ายังไม่ทราบสาเหตุของพยาธิสภาพไม่ควรให้นอนหลับหรือยากล่อมประสาท เพราะจะทำให้ระดับความรู้สึกเสียไป ควรบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองเป็นระยะตามความเหมาะสม

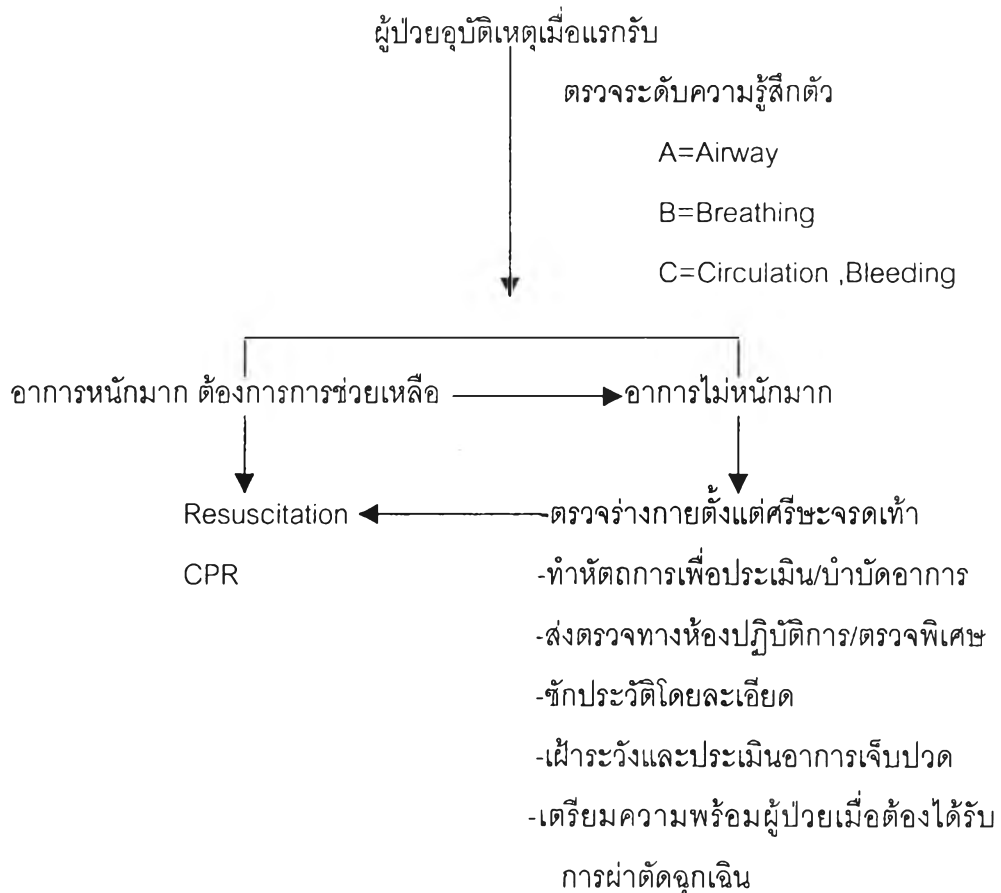
Bone เมื่อดูแลผู้ป่วยถึง 3B แล้วจึงควรหอร่องรอยการหักของกระดูกและผลของการหักว่าเป็นอย่างไร พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ เช่น กระดูกหักก็ใช้ไม้ตามบริเวณที่หักเพื่อป้องกันการกดของกระดูก และช่วยไม่ให้เลือดออกจากบาดแผลมากเกินไป

Burn เป็นการพยาบาลเบื้องต้นเพื่อยับยั้งการทำลายของเนื้อเยื่อไม่ให้ลุกลาม และพยายามรักษาความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยให้สารน้ำทดแทน

จากหลักการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน จึงมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ดังนี้ (สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล, 2537: 65)

1. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง
2. จำแนกประเภทของผู้ป่วยและตัดสินใจกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. วินิจฉัยการพยาบาล ศึกษาปัญหาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและทันต่ออาการเจ็บป่วย
4. ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิด และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักก่อนจะย้ายไปตีผู้ป่วยหรือที่อื่น ๆ ต่อไป
6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเฉียบพลันได้ทันทีทันใด เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ถูกต้องและทันที่
7. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
8. ติดตามประสานงาน เพื่อ การรักษาโรคทั่วไปและรักษาเฉพาะทาง ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการประสานงาน เพื่อส่งต่อการรักษาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ

สรุปการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (อัมภา ศรารักษ์, 2540: 66)



แผนภูมิที่ 3 แสดงการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ  
ที่มา : อัมภา ศรารักษ์ (2540: 66)

การปฏิบัติการพยาบาลภาวะฉุกเฉิน พยาบาลจะต้องมีองค์ความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคหลายระบบและต้องมีประสบการณ์หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะต้องการช่วยชีวิตฉุกเฉินต้องกระทำทันทีที่ถึงตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องมี บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญและความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในการวิจัยผู้วิจัยจะกล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยใน 4 กลุ่มปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ ปัญหาเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิต ปัญหาเกี่ยวกับสมองและไขสันหลัง และปัญหาเกี่ยวกับกระดูกหักและข้อเคลื่อน โดยสังเขปดังต่อไปนี้



### 5.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจ

ระบบทางเดินหายใจเป็นระบบเปิดของร่างกายที่ติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยการสูดอากาศจากภายนอกเข้าสู่ปอด เพื่อนำออกซิเจนเข้าสู่ปอด แล้วกระจายไปยังเนื้อเยื่อ โดยมีเลือดเป็นตัวนำเข้าสู่กระบวนการออกซิเดชัน(Oxidation)ในเนื้อเยื่อ ผลผลิตสุดท้ายที่เนื้อเยื่อไม่ต้องการ คือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะผ่านเข้ากระแสเลือดกลับออกไปปล่อยยังปอดโดยการหายใจออก กระบวนการนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อรักษาภาวะสมดุลของก๊าซ และกรด ต่าง ในร่างกาย ดังนั้นถ้ามีสิ่งหนึ่งสิ่งใดผิดปกติเกิดขึ้นในระบบนี้ ก็จะมีผลกระทบต่อเกิดความผิดปกติในระบบอื่น ๆ ของร่างกายที่สำคัญคือทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง พิษของคาร์บอนไดออกไซด์เป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ภาวะฉุกเฉินของลมหายใจที่พบบ่อยคือ ภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการประเมินอาการในผู้ป่วยฉุกเฉินจึงมักถือเรื่องการหายใจนี้เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก

ภาวะการหายใจล้มเหลว คือ ภาวะที่ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถรักษาความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงให้อยู่ในระดับปกติได้ การหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น

การหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะเลือดขาดออกซิเจน สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบรวมถึงกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (Adult Respiratory Distress Syndrome) ก็จัดอยู่ในกลุ่มภาวะการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะการขาดออกซิเจน จะมีอาการและอาการแสดงของระบบการไหลเวียนโลหิต

การหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะเลือดขาดออกซิเจน ในกลุ่มนี้ผู้ป่วยจะมีความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงและมีความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง มักเกิดจากการใช้ยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางเกินขนาด เช่น ยานอนหลับ มอร์ฟีน หรือสุราและโรคของปอดและหลอดลม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น อาการแสดงทั้งทางระบบไหลเวียนโลหิตและทางสมอง แต่อาการทางสมองจะเด่นกว่า

ภาวะเลือดขาดออกซิเจน	ภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์
หัวใจเต้นเร็ว ระยะหลังจะช้าลง	ง่วงซึม
ความดันเลือดต่ำ	มีน้ตึรชะ
ลักษณะเขียวคล้ำ	ผิวหนังรู้สึกร้อนวูบวาบ
ปวดศีรษะ	เหงื่อออก
กระสับกระส่าย	หมดสติ
ชักกระตุก	มือเท้ากระพือ (asterixis)
การทำงานของหัวใจซีกขวาล้มเหลว	หัวใจเต้นผิดจังหวะ
หมดสติ	papilledema
	ความดันเลือดสูง

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของภาวะเลือดขาดออกซิเจน และภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ (พิกุล ตันติธรรม, 2537: 129)

สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลวที่จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวใน 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากการอุดตันทางเดินหายใจ

กรณีที่ 2 ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากความผิดปกติของกลไกการหายใจ

กรณีที่ 1 ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากการอุดตันของทางเดินหายใจภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจนได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวได้ในที่สุด

ในเด็ก โรคที่ก่อให้เกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจ มักจะเป็นโรคทางระบบหายใจที่พบบ่อยและมีความสำคัญ เพราะการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก ทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ ได้แก่ Acute laryngitis infectious croup, Acute epiglottitis , Foreign body aspiration

สำหรับในผู้ใหญ่ นั้น โรคหลอดลมอุดตันเรื้อรังพบได้บ่อยประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคปอด จากพยาธิสภาพที่มีการอักเสบบริเวณหลอดลมเล็กมีการทำลายของถุงลม ก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดลม เกิดความผิดปกติในสัดส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเลือดในปอด การซึมซ่านของก๊าซผ่านถุงลมจะผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น การหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรัง อาจทำให้เกิดหัวใจซีกขวาล้มเหลวได้

การประเมินอาการ อาการที่สำคัญคือ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะเรื้อรัง เมื่อเริ่มมีอาการแล้วจะไม่หายไป อาจคงเดิม หรือเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจมีอาการแทรกซ้อน คือ ตัวบวม หัวใจซีกขวาล้ม

ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเป็นสาเหตุการตายในกลุ่มผู้เสียชีวิตระยะแรกที่ได้รับบาดเจ็บ สาเหตุของอุดกั้นทางเดินหายใจ คือ (อนันต์ ตัณมุขกุล, 2539)

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับของconsciousness ความไม่รู้สึกรู้สึกรวมผลทำให้การควบคุมการทำงานของระบบหายใจและreflex ต่างๆ ลดลง ความสามารถในการควบคุมการหายใจเสียไป ผู้ป่วยอาจสำลักสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งที่อาเจียนออกมาได้
2. การสำลักสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งที่อาเจียน เป็นสาเหตุที่พบบ่อย ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้สึกรวม เนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยเมาสุรา จมน้ำ
3. การได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้า ลำคอ และช่องปาก จะทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอย ทำให้มีเลือดเซาะเข้าไปในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง บางรายออกมากจนเกิดเป็น hematoma ในบริเวณปาก ลำคอ ทำให้หายใจลำบาก ในกรณีที่มีกระดูกหน้าหักบั้งขึ้น เช่น ขากรรไกรบนหัก แล้วเคลื่อนไปข้างหลัง หรือขากรรไกรล่างหักหลายแห่งรุนแรง อาจทำให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้

กรณีที่ 2 ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากความผิดปกติของกลไกการหายใจ

ผลของความผิดปกติของกลไกการหายใจ มักพบว่ามีผลต่อการระบายอากาศและการหายใจที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ได้ โรค/สาเหตุของความผิดปกติดังกล่าวได้แก่ การบาดเจ็บที่ทรวงอกจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ การบาดเจ็บมีสองชนิดคือ การบาดเจ็บที่ไม่มีแผลทะลุ (Blunt หรือ Non-penetrating chest injuries) เช่น การที่ทรวงอกกระแทกอย่างแรงกับพวงมาลัยรถ การตกจากที่สูง เป็นต้น และการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (Penetrating chest injuries) เช่น ถูกยิง หรือถูกแทงด้วยวัตถุมีคม ซึ่งจะทำให้เกิดชอกช้ำหรือมีบาดแผลต่ออวัยวะทั้งในทรวงอกและส่วนอื่นของร่างกายได้

ประเมินและบันทึกลักษณะการหายใจ เช่น หายใจลำบาก หายใจตื้นหรือลึก อัตราการหายใจ ฟังเสียงหายใจ (Breath sound) ว่าเบาหรือไม่มี สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกว่าเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ มี Trachea เบี่ยงเบนไปด้านใด เส้นเลือดที่คอโป่งหรือแฟบ มีบาดแผลหรือรอยช้ำที่หน้าอก หากร่องรอยการเสียเลือดจากบาดแผลหรือจากอวัยวะภายใน

## TENSION PNEUMOTHORAX

เมื่อมีลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural cavity) ในขณะที่หายใจเข้า แต่ลมไม่สามารถจะออกมาได้เมื่อหายใจออก ทำให้ปริมาณของลมและแรงดันในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้นทำให้ปอดข้างนั้นแฟบ และถูกดันไปด้านตรงข้ามร่วมกับ ปอดอีกข้างหนึ่งจะถูกเบียดไปด้วย ซึ่งจะไปรบกวนการไหลกลับของเลือด (Venous return) และกดการหายใจของปอดข้างที่ดี สาเหตุมักเกิดจากกระดูกซี่โครงหักหรือมีการบาดเจ็บของทรวงอก

ผู้ป่วย จะมีอาการหายใจลำบาก อีกอึด กระสับกระส่าย เหงื่อ เจ็บหน้าอกข้างที่เป็นหลอดลมที่คอจะเอียงไปด้านตรงข้าม เคาะด้านที่เป็นจะพบเสียงปรั้งผิดปกติและฟังเสียงหายใจจะได้ยินเบาหรือไม่มีเสียง ภาวะนี้จะเป็นอันตรายมาก ถ้าช่วยผู้ป่วยไม่ทันอาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

การรักษาพยาบาล ในกรณีฉุกเฉินที่เตรียมใส่ Intercostal chest drainage ไม่ทัน แพทย์อาจจะใช้เข็มฉีดยาขนาดใหญ่แทงเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ลมออกมา เพื่อลดแรงดันในช่องเยื่อหุ้มปอดก่อน แล้วจึงใส่ chest drain เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด หลังจากนั้นก็สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างระมัดระวังว่าจะมีสภาวะนี้ขึ้นมาอีกหรือไม่ พร้อมกับการรักษาสาเหตุของ Tension Pneumothorax ต่อไป

## OPEN PNEUMOTHORAX

เกิดขึ้นเมื่อมีบาดแผลที่ผนังทรวงอก ทำให้ช่องเยื่อหุ้มปอดเปิดติดต่อกับอากาศภายนอก ส่วนใหญ่เกิดจากถูกยิงหรือถูกแทง

อาการแสดงจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับขนาดของบาดแผล ถ้าขนาดของบาดแผลใหญ่ เวลาหายใจเข้าและออก ความดันภายในช่องเยื่อหุ้มปอดและอากาศภายนอกจะเท่ากัน ปอดจะขยายเข้าออกอย่างผิดปกติ และ Mediastinum เคลื่อนไปมา ทำให้การหายใจไม่ดี ซึ่งอาจจะรุนแรงมากจนทำให้เกิดภาวะช็อคจากความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและ Cardiac output ลดน้อยลง เนื่องจากเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง ในรายที่แผลขนาดเล็ก ลมจะเข้าสู่ช่องเยื่อปอดได้น้อยจะมีผลไม่มากนัก

การรักษาพยาบาล ควรปิดแผลทันทีด้วย Vaseline gauze และเตรียมเครื่องมือช่วยแพทย์ทำ Intercostal chest drainage ทันที เพื่อที่จะเอาอากาศออก และให้ปอดขยายตัวได้ตามปกติอย่างรวดเร็ว

## HEMOTHORAX

เมื่อมีการบาดเจ็บที่ทรวงอก จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เลือดไหลเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ มักจะเกิดร่วมกับการมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemopneumothorax)

การมี Massive hemothorax จะเสียเลือด 2000-4000 มล. ในช่องเยื่อหุ้มปอด

ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของการเสียเลือด หายใจลำบาก เสียงหายใจข้างที่เป็นจะลดลงหรือไม่มี และเมื่อเคาะจะมีเสียงทึบ

การรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับ Open Pneumothorax คือ Chest drain เพื่อเอาเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด และให้ปอดขยายตัวได้ตามปกติอย่างรวดเร็ว

#### FRACTURED RIBS

บาดเจ็บที่ทรวงอก Blunt trauma มักจะทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายอันได้ กระดูกซี่โครงหักอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือด เกิด Hemopneumothorax หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดลมหรือหลอดอาหารได้ ถ้าเป็นกระดูกซี่โครงส่วนล่าง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไต หรือม้ามร่วมด้วย จึงต้องการประเมินและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณซี่โครงที่หัก และจะเจ็บมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยหายใจเข้า ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็ว ตื้น อาจเห็นรอยช้ำ และคลำได้เสียงกรอบแกรบบริเวณที่หัก อาจพบมีลมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก จะช่วยวินิจฉัยซี่โครงหักได้

การ Strapping ของทรวงอก โดยใช้ทิงเจอร์เบนซอไซด์ทา แล้วเอาพลาสติกปิดไว้ที่บริเวณซี่โครงหัก เพื่อให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกลดน้อยลงจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

#### FLAIL CHEST

เป็นภาวะที่มีกระดูกซี่โครงหักหลายแห่งในซี่เดียวกัน จำนวนมากกว่า 3 ซี่ขึ้นไป ร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้นจะเคลื่อนไหวยุบเข้าเมื่อหายใจเข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออก ทำให้ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก (Dyspnea) เขียว (Cyanosis) ก่อให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) และมีคาร์บอนไดออกไซด์มาก (Hypercapnea)

การรักษาพยาบาล ถ้าหายใจไม่ดีควรใส่ท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจ

ทำให้ผนังทรวงอกอยู่นิ่ง โดยให้นอนทับหมอนทราย หรืออัดแน่นด้วยแผ่นผ้าที่มีขนาดเท่ากับบริเวณของผนังที่เป็นแล้วยึดด้วยพลาสติก

ถ้าประเมินแล้วไม่มีอาการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย การให้ยาแก้ปวดจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด

#### การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของระบบทางเดินหายใจ

Airway Management เป็นวิธีทำให้ทางเดินหายใจโล่ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซจากภายนอกร่างกายเข้าสู่ปอดได้ดี โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

จัดทำให้ทางเดินหายใจโล่ง วิธีที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ Head-tilt, Chin-lift และ Jaw thrust maneuver

ทำให้ทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการตรวจหาสิ่งแปลกปลอม เช่น เลือด เศษฟัน secretion ที่เป็นสาเหตุของการอุดตันของทางเดินหายใจโดยใช้ผ้าก๊อสนี้วกวาดออก หรือให้การดูดเสมหะ

การใส่ท่ออากาศ ( Pharyngeal airway) โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวจะช่วยป้องกันลิ้นตกไปปิดทางเดินหายใจได้อีกวิธีหนึ่ง

### การใช้ Oxygen Therapy

การให้ออกซิเจนนั้นมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะ hypoxia การแก้ไขความผิดปกติโดยการให้ออกซิเจนนั้นมีได้หลายวิธีแตกต่างกัน แต่ต้องคำนึงว่าการให้ออกซิเจนมากไป หรือให้ผิดวิธีก็มีผลเสีย เนื่องจากออกซิเจนมีทั้งคุณและโทษ การให้ออกซิเจนเพื่อบำบัดรักษาจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากการขาดออกซิเจนร่วมกับการคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ การให้ออกซิเจนในขนาดสูงๆ จะทำให้การกระตุ้นของภาวะการขาดออกซิเจนที่มีต่อศูนย์การหายใจลดลง เป็นผลให้มีการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะหมดสติหรือเกิดอาการง่วงซึมจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเร็วขึ้น นอกจากนี้การให้ออกซิเจนขนาดสูงๆ เป็นเวลานานๆ จะทำให้ปอดได้รับอันตรายจากพิษของออกซิเจน

### 5.2.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของระบบไหลเวียนโลหิต

#### ช็อก (Shock)

ช็อกเป็นภาวะที่ระบบไหลเวียนโลหิตไม่สามารถนำออกซิเจน และสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิตไปสู่เซลล์ และไม่สามารถนำของเสียที่เกิดจากการแปรสภาพในเซลล์กลับออกมาได้ตามปกติ เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว

มีการจัดกลุ่มภาวะของการช็อกแตกต่างกันออกไป แต่ในที่นี้จะขอล่าวถึงภาวะช็อกสำคัญ ๆ ที่ควรระวังไว้ดังนี้

**Hypovolemic shock** สาเหตุสำคัญของการเกิด Hypovolemic shock คือ การสูญเสียปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่เข้าและออกจากหัวใจลดลง เมื่อระบบการไหลเวียนไม่เพียงพอทำให้มีการแลกเปลี่ยนของก๊าซและสารที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตภายในเซลล์ (Tissue perfusion) ไม่เพียงพอ ถ้าภาวะช็อกรุนแรงขึ้นอีกมีผลทำให้เซลล์ตายได้

สาเหตุของการสูญเสียปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือด ได้แก่ Hemorrhage (External และ Internal) Burns อาเจียน ท้องเสียอย่างรุนแรง เป็นต้น

**Cardiogenic shock** สาเหตุเกิดจากการหดรั้งตัวของกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว มีผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงทุกส่วนของร่างกายได้อย่างทั่วถึง สาเหตุของความผิดปกติของการหดรั้งตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ Myocardial infarction Cardiac dysrhythmias และ Obstructive causes ได้แก่ Cardiac tamponade, Tension pneumothorax, Acute vascular damage และ Pulmonary embolism

**Neurogenic shock** เกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัวอันเป็นผลมาจากการสูญเสีย sympathetic vasoconstrictor tone ในผนังของหลอดเลือด ผลจากการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดที่เข้าและออกจากหัวใจลดลง ทำให้ Tissue perfusion ไม่เพียงพอ สาเหตุของการนำไปสู่ภาวะ Neurogenic shock ได้แก่ Spinal cord injury Spinal anesthesia

**Septic shock** เป็นผลมาจาก endotoxin ของเชื้อแบคทีเรียพวกกรัมลบ ซึ่งจะปล่อยสารพวก histamine ออกมา มีผลให้ capillary permeability เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณของสารน้ำภายในหลอดเลือดลดลง ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ septic shock จะมีอาการแสดง 2 ลักษณะที่เรียกว่า Warm shock และ Cold shock ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการที่เรียกว่า Warm shock ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจอาจจะเพิ่มขึ้นหรือปกติ ความดันโลหิตมักจะต่ำแต่ผิวหนังจะอุ่น แดงและแห้ง จำนวนปริมาณปัสสาวะที่ออกมาอยู่ในเกณฑ์ดี ระยะต่อไปเรียกว่า ระยะ Cold shock ในระยะนี้ระบบประสาท Sympathetic จะถูกกระตุ้นมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความต้านทานของหลอดเลือดมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกมาจากหัวใจลดลง ปริมาณปัสสาวะออกน้อยลง ความดันโลหิตต่ำ เกิดภาวะ Metabolic acidosis กล้ามเนื้อหัวใจหดรั้งตัวมากขึ้นเพื่อให้ระบบการไหลเวียนเป็นปกติ ร่วมกับผลของ Endotoxin ซึ่งทำให้ capillary permeability เพิ่มขึ้น ปริมาณของสารน้ำในหลอดเลือดลดลง ผู้ป่วยจึงมีผิวหนังที่เย็น ชื้น และซีด

**Anaphylactic shock** เป็นภาวะช็อกที่เกิดอย่างรวดเร็ว และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็วจาก Acute upper airway obstruction อันเป็นผลจากปฏิกิริยาการแพ้ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดทั้งใหญ่และเล็ก และเพิ่ม capillary permeability

**Endocrinic shock** เกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมน โดยมีมากหรือน้อยเกินไปจนทำให้เกิดกลไกการช็อกแบบต่าง ๆ

#### การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะช็อก (Treatment and Nursing Care)

ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะช็อกที่เกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ผลสุดท้ายของภาวะช็อกมีผลทำให้เซลล์ตาย และการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายล้มเหลวในที่สุด การแก้ไขผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกทุกราย วัตถุประสงค์เพื่อ การกลับสู่สภาพปกติของระบบไหลเวียนโลหิต

โดยการให้ออกซิเจนและสารน้ำที่เพียงพอ รวมถึงการรักษาความสมดุลของกรด-ด่างและเกลือแร่  
ภายในร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ

การรักษาภาวะช็อคจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุดในผู้ป่วย Hypovolemic  
shock มักจัดให้นอนราบ ในภาวะ Cardiogenic shock อาจต้องให้นอนศีรษะสูง (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

1. ตรวจทางเดินหายใจ ถ้าไม่รู้สีกัดตัวหรือซีมมาก อาจต้องช่วยหายใจ และเตรียม  
การใส่ท่อหลอดลมคอ

2. ให้ออกซิเจน เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ขนาด 10 ลิตร/นาที  
(ถ้าไม่มีข้อห้าม)

3. เปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำอย่างน้อย 2 เส้น ด้วยเข็มขนาดเบอร์ 16, 18

4. พยายามทำให้ความดันโลหิตกลับเป็นปกติมากที่สุดโดยการให้ Fluid  
resuscitation และระหว่างการให้สารน้ำต้องเฝ้าระวังอาการ Fluid overload ด้วย

5. แก้ไขหรือควบคุมปัญหาที่นำไปสู่ภาวะช็อค

6. ตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อหาสาเหตุของช็อคเพื่อให้การแก้ไขทันที

7. ตรวจสอบสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

8. ประเมินผลการศึกษา เช่น ปริมาณปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัว

#### การเสียเลือด (Hemorrhage)

การทำงานของร่างกายจะดำเนินไปได้ต้องมีการไหลเวียนเลือด ภายในร่างกาย  
ที่เพียงพอ ถ้าหลอดเลือดมีการฉีกขาด การสูญเสียเลือดจะเกิดขึ้นยิ่งถ้าขนาดของหลอดเลือด  
ใหญ่จะมีผลต่อการสูญเสียเลือดมากขึ้น ซึ่งภาวะการเสียเลือดนี้ถ้าไม่ดำเนินการห้ามเลือด และ  
เลือดยังออกมามากอยู่จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เร็วเท่านั้น

#### ประเภทของการเสียเลือด

ถ้าใช้ฉีควินเป็นเกณฑ์จะพบว่า การเสียเลือดเกิดได้ 2 รูปแบบ คือ

1. เสียเลือดจากภายนอก (External bleeding) เลือดที่ออกถ้าปริมาณมาก  
อัตราการไหลออกมาก มีการเปราะเปื้อนมาก จะเป็นสิ่งกระตุ้นเร่งเร้าให้ผู้พบเห็นเกิดความตกใจ  
ตื่นเต้นมากขึ้น ช่วยเร่งเร้าให้ทำการช่วยเหลือเร็วขึ้น ลักษณะของการเสียเลือดภายนอกร่างกาย  
แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

2. เสียเลือดภายใน (Internal bleeding) จะทราบได้จากอาการและอาการ  
แสดงของการเสียเลือด เลือดที่ออกจะแทรกไปตามช่องว่างต่าง ๆ ส่วนมากจะเกิดขึ้นภายหลัง  
การได้รับอุบัติเหตุ Blunt trauma , Penetrating trauma ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อ



ทำการผ่าตัดห้ามเลือด การเสียเลือดภายในเป็นสาเหตุการตายและพิการมากกว่า external bleeding

### ผลของการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน

ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ปริมาณและความเร็วในการเสียเลือดออกจากร่างกาย การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายเสียเลือดไปร้อยละ 20 ของปริมาณเลือดในร่างกาย และถึงตายได้ถ้าเสียเลือดไปทันทีถึงร้อยละ 30 ของร่างกาย ในกรณีเสียเลือดอย่างช้า ๆ แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขภายใน 24 ชั่วโมง และสูญเสียเลือดไปร้อยละ 50 ก็อาจมีผลรุนแรงเกิดขึ้นต่อร่างกายได้

### อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยที่เกิดการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน

ในระหว่าง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังจากเสียเลือด การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาท อาจทำให้เกิดการเป็นลมเนื่องจาก Vasovagalattack ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้คนหันอันตราย ผู้ป่วยจะมีอาการหาวนอน ถอนหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน แล้วเกิดอาการหมดสติ ซึ่งจะเกิดเพียง 2-3 วินาที ในระยะนี้พบว่าความดันเลือดต่ำลง ชีพจรช้า ซีดมือเท้าเย็น แต่ถ้าผู้ป่วยได้นอนราบความดันเลือดจะเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น ผู้ป่วยจะฟื้นสติขึ้น

หลังจากในระยะแรกผ่านพ้นไปแล้ว ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับแก้ไขภาวะเสียเลือด จะมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจและออกจากหัวใจลดน้อยลง เลือดส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะช็อคได้ (Hypovolemic shock) ซึ่งแบ่งระยะของการช็อคเป็น 4 ระยะคือ (Brunner and Suddarth,1982: 129 ,Perkins and Kennally,1989: 37 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์ ,2534)

ระยะที่ 1 ร่างกายมีการสูญเสียจนถึง ร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในร่างกาย(ปริมาณ 600-700 มิลลิลิตร) ร่างกายมีการตอบสนองด้วยการมีกลไกปรับความดันเลือดโดยมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว เพื่อรักษาภาวะสมดุลของการไหลเวียนเลือด ซึ่งจะมีอาการและอาการดังนี้

- 1) ผู้ป่วยยังคงมีระดับความรู้สึกและความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติหรือสูงขึ้นเล็กน้อย
- 2) ชีพจรปกติหรือเร็วขึ้นเล็กน้อยแต่ยังคงแข็งแรง ระยะสม่าเสมอ
- 3) อัตราและความลึกของการหายใจปกติ
- 4) อุณหภูมิของร่างกาย สีผิวหนังยังอยู่ในระดับปกติ
- 5) จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง มี 30-35 มิลลิลิตร
- 6) Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 2 ร่างกายมีการสูญเสียเลือดถึงร้อยละ 30 ของจำนวนเลือดที่ไหลเวียนในร่างกาย (ประมาณ 1,350 - 1,500 มิลลิลิตร) ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงร่างกายตอบสนองในการปรับความดันเลือดซึ่งใช้เวลาปรับในระยะสั้นเป็นวินาที เมื่อปริมาณเลือดในร่างกายลดต่ำลง จะกระตุ้นบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) ซึ่งอยู่บริเวณ Carotid sinus และ Aortic arch ให้ส่งกระแสประสาทไปยัง Vasomotor center ในเมดัลลา ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัวตลอดเวลาเพื่อรักษาความดันเลือด เลือดจะไปเลี้ยงยังอวัยวะที่สำคัญ ๆ มากขึ้น เช่น สมอง หัวใจ ฯลฯ แต่จะไปเลี้ยง ลำไส้ ไต และผิวหนังลดลง ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยอาจมีการสับสน กระวนกระวาย หรือกระสับกระส่าย
- 2) สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง
  - 2.1) ชีพจรเบาเร็ว 100-120 ครั้ง/นาทีหรือมากกว่า 120 ครั้ง/นาที
  - 2.2) หายใจเร็ว มากกว่า 20-30 ครั้ง/นาที
  - 2.3) ความดันโลหิตลดต่ำลง โดยความดันโลหิตซิสโตลิกเริ่มลดลงเหลือ 90-100 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ แต่ส่วนมากมักเพิ่มขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดมีการหดตัว
  - 2.4) Pulse pressure แคบ
- 3) Capillary filling time ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจช้ากว่าปกติ เล็กน้อยในผู้ป่วยบางราย
- 4) ผิวหนังเริ่มเย็น ซีด แห้ง เหงื่อออก มือเท้าเย็นมากขึ้น เนื่องจากมีการไหลลัดของเลือด (Shunting of blood) ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย
- 5) จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงน้อยลงเหลือ 25-30 มิลลิลิตร

ระยะที่ 3 ร่างกายมีการสูญเสียเลือดไปถึงร้อยละ 40 ของจำนวนเลือดที่ไหลเวียนในร่างกาย (ประมาณ 1800-2000 มิลลิลิตร) ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยมีกลไกการปรับความดันเลือดอย่างมาก ถึงแม้หลอดเลือดจะมีการหดตัวอย่างมากตลอดเวลา ก็ไม่สามารถรักษาระดับความดันเลือดไว้ได้ตลอด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขความดันเลือดจึงลดต่ำลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และ Tissue perfusion ลดลงอีก ระยะนี้เป็นระยะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ หากได้รับการรักษาพยาบาลทันที่และถูกต้อง ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น
- 2) มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคชัดเจน ได้แก่
  - 2.1) ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที
  - 2.2) หายใจเร็ว 30-40 ครั้ง/นาที
  - 2.3) ความดันโลหิตลดต่ำลง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดต่ำลงเหลือ 90 หรือต่ำกว่า 90 mm.Hg
  - 2.4) Pulse pressure แคบ
  - 2.5) Capillary filling time ช้ากว่า 2 วินาที
  - 2.6) ผิวหนังเย็นขึ้นมากขึ้น
- 3.) จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงเหลือ 5-15 มิลลิลิตร

ระยะที่ 4 ร่างกายมีการสูญเสียเลือดไปมากกว่าร้อยละ 40 ของจำนวนเลือดที่ไหลเวียนในร่างกาย (มากกว่า 2000 มิลลิลิตร) ผลจากการที่ร่างกายมีการปรับความดันเลือดอย่างมากและตลอดเวลา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาคือ เนื้อเยื่อได้รับเลือดและออกซิเจนน้อยลง ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเริ่มซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว
- 2) มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคมากขึ้น
  - 2.1) ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที
  - 2.2) หายใจเร็วมากกว่า 35 ครั้ง/นาที
  - 2.3) ความดันโลหิตลดต่ำลงมาก ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดต่ำกว่า 60 mm.Hg มักจะวัดไม่ได้
  - 2.4) Pulse pressure แคบ แต่อาจกว้างได้ถ้าความดันโลหิตไดแอสโตลิกวัดไม่ได้
  - 2.5) Capillary filling time นานกว่า 3 วินาที
- 3) จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรหรือไม่มีเลย
- 4) ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง(ABG) พบว่ามีภาวะมีภาวะ Metabolic acidosis และ Respiratory acidosis
- 5) ผิวหนังซีดขาว อุณหภูมิตัว มือเท้าเย็น อาจมีเหงื่อออกมาก
- 6) ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีหรือไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองและอวัยวะสำคัญอื่นๆเช่น หัวใจ ตับ ไต ซึ่งจะเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว

## ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเลือดที่เสียไปกับอาการและอาการแสดง

จำนวนเลือดที่เสียไป ประมาณร้อยละ	อาการและอาการแสดง
15	ไม่เปลี่ยนแปลง
20-25	ชีพจรเร็วขึ้น ความดันลดลงเล็กน้อย มือเท้าซีดเย็น
30-35	ชีพจรเร็ว (เกิน 100/นาที) pulse pressure ลดลง BP-systolic 90-100 mmHg. กระสับกระส่าย เหงื่อออก
40 ขึ้นไป	ชีพจรเร็วเกิน 120/นาที วัดความดันเลือดต่ำกว่า 60 mmHg หรือวัดความดันไม่ได้ซีด มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก หายใจหอบเร็ว เลอะเลือด หมดสติ และหัวใจหยุดเต้น อุจจาระ ปัสสาวะ

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเลือดที่เสียไปกับอาการและอาการแสดง  
( ดารณี จามจุรี, 2537: 235 )

### การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งระดับความรู้สึกตัว
2. ในกรณีผู้ป่วยมีการหายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ต้องรีบช่วยโดยการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน ป้องกันการเกิด metabolic acidosis
3. เปิดเส้นสำหรับไว้ให้สารเหลว อย่างน้อย 2 เส้น ด้วยเข็มเบอร์ 16, 18
4. ทำการห้ามเลือดเมื่อมีเลือดออกภายนอกร่างกาย โดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

#### 4.1 Mechanical methods

4.1.1 Pressure การกดบนเส้นเลือดขนาดใหญ่ที่บาดเจ็บจะช่วยห้ามเลือดได้ชั่วคราวจนกว่าผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลหรือห้องผ่าตัด การกดแผลที่มีเลือดซึมเป็นเวลา 5-10 นาที อาจช่วยให้เลือดหยุดได้เอง จากการแข็งตัวของเลือด การรัดแขนหรือขาด้วย tourniquet ด้วยความดันที่สูงกว่าความดัน systolic เพื่อห้ามเลือดควรใช้เป็นวิธีสุดท้าย เพราะจะเกิด ischemic damage ถ้ารัดนานเกินไป โดยเฉพาะเส้นประสาทซึ่งไวต่อการขาดเลือดมาก

4.1.2 Elevation การยกแขนหรือขาที่บาดเจ็บให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจจะลดความดันโลหิตในเส้นเลือด วิธีนี้ลดอัตราการเสียชีวิตและอาจห้ามเลือดได้ในรายที่เส้นเลือดดำหรือเส้นเลือดฝอยถูกบาดเจ็บ

4.1.3 Ligation เป็นการผูกหรือเย็บผูกเส้นเลือดที่บาดเจ็บ วิธีนี้ห้ามเลือดได้ดี แต่จะทำลายเส้นเลือดเส้นนั้น จึงควรใช้เฉพาะในเส้นเลือดที่ไม่ใหญ่จนเกินไป และยังมีเส้นเลือดอื่นไปหล่อเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ

4.1.4 Suture repair เป็นการเย็บซ่อมหรือเชื่อมต่อเส้นเลือดที่บาดเจ็บ วิธีนี้ควรใช้ในเส้นเลือดขนาดใหญ่ หรือในกรณีที่มีเส้นเลือดเส้นเดียวไปหล่อเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ

กล่าวโดยสรุป การห้ามเลือดที่ดีที่สุดคือ กดบริเวณเลือดออกด้วยมือ หรือผ้าก๊อซแล้วพันด้วยแถบผ้ายืด ความผิดพลาดที่พบได้บ่อยคือ การปล่อยปลดละเลยเลือดออกภายนอกจุดเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่หลายจุดรวมกันทำให้ช็อคได้ การใช้ clamp จับเส้นเลือดโดยมองไม่เห็นอย่างชัดเจน เป็นการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง

### 5.2.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินของสมองและไขสันหลัง

ภาวะฉุกเฉินของสมองและไขสันหลัง สามารถพบได้ทั้งปัญหาอายุรกรรมและศัลยกรรม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สงสัยว่าจะมีปัญหาฉุกเฉินทางสมองและไขสันหลัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลบริเวณศีรษะ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับความรู้สึกของร่างกายบางส่วน เปลี่ยนแปลงผู้ป่วยที่มีปัญหาอ่อนแรงของแขน ขา ร่างกาย ภาวะฉุกเฉินทางสมองที่พบบ่อย คือ

5.2.3.1 บาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะจะพบพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อสมองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทุกอย่างได้ดังนี้

บาดเจ็บหนังศีรษะ : ผู้ป่วยหัวโน มีการฉีกขาดเกิดบาดแผล หนังศีรษะฉีกขาด และเกิดก้อนเลือดภายในหนังศีรษะ

บาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ : พบกะโหลกศีรษะแตกร้าว ในผู้ป่วยที่ฐานกะโหลกแตกร้าว (Fracture base of skull) อาจมีเลือดออกจากจมูกหรือหู

บาดเจ็บที่เนื้อสมอง : แบ่งเป็น 2 ประเภทตามพยาธิสภาพ คือ พยาธิสภาพปฐมภูมิ (Primary lesion) ซึ่งเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ สมองช้ำ กระเทือน ฉีกขาด การมีเลือดออก และพยาธิสภาพทุติยภูมิ (Secondary expadary lesion) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังพยาธิสภาพปฐมภูมิ เช่น เลือดที่ออกเพิ่มขึ้น สมองบวม เป็นต้น

5.2.3.2 **ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ** (Increased Intracranial Pressure) เป็นภาวะที่พบบ่อยในโรคประสาทส่วนกลาง ที่ต้องรับบำบัดอย่างรีบด่วนทันที ซึ่งถ้าการบำบัดรักษาช้าหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้อย่างรวดเร็ว

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทันที ประกอบด้วยระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง

1. อาการแสดงเนื่องจาก Brain herniation ตามกำหนดที่เนื้อสมองถูกกด
2. อาการแสดงเนื่องจากปรากฏการณ์ Cushing คือ ในระยะแรกที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงผู้ป่วยจะมีชีพจรช้า และความดันเลือดสูงในระยะท้ายทั้งชีพจรและความดันเลือดจะค่อย ๆ ลดลงจนวัดไม่ได้ในที่สุด

5.2.3.3 **ภาวะหมดสติ** (Coma) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งสาเหตุของภาวะหมดสติ ได้แก่

1. มีรอยโรคของสมอง
2. มีความผิดปกติของ Metabolism (Metabolism disorder) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยกดการทำงานของสมอง เช่น สาเหตุทางจิต มักพบอาการหายใจเร็ว นิ่งจิบ น้ำตาไหล การตรวจทางห้องปฏิบัติการมักไม่พบอะไรผิดปกติ

5.2.3.4 **ชัก** เป็นปรากฏการณ์ของการระคายเคือง แสดงออกโดยการกระตุ้นที่เหมือนกันอย่างผิดปกติของกลุ่มเซลล์ประสาทในสมอง ลักษณะการระคายเคืองเหล่านี้แสดงออกในอาการทางคลินิกหลายลักษณะ ขึ้นกับการทำงานตามปกติของกลุ่มเซลล์ประสาทที่ถูกกระตุ้น ความสัมพันธ์ทางกายวิภาคของเซลล์ประสาท และการทำงานในแต่ละบริเวณของสมอง

อาการชักที่สำคัญและจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน คือ Grand Mal Seizures และ Status Epilepticus เนื่องจากผู้ป่วยมักหมดสติ หายใจลำบาก และโดยเฉพาะ Status Epilepticus ซึ่งเป็นอาการชักที่กลับเป็นซ้ำอีกอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีการฟื้นตัว มักจะรบกวนการหายใจอย่างรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษารีบด่วน เนื่องจากจะเกิดการทำลายของสมองจากการขาดเลือดและออกซิเจนอาจถึงตายได้

5.2.3.5 **CVA (Cerebrovascular Accident) หรือ Stroke** เป็นกลุ่มอาการทางสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเลี้ยงไม่พอ จากหลอดเลือดแดงของสมองแตกตีบหรืออุดตัน อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเกิดนำมาก่อน ความรุนแรงของอาการแตกต่างกันตั้งแต่เพียงรู้สึกขาแขนขาเพียงเล็กน้อย จนถึงหมดสติ

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาอุกเงินของสมองและไขสันหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาอุกเงินของสมองและไขสันหลังที่สำคัญที่สุดคือการดูแลระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสมองและไขสันหลัง พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินอาการชักประวัติ ตรวจร่างกาย เป็นผู้ที่ไม่ต่อปัญหาเพื่อทราบว่าจะเกิดปัญหาอะไรขึ้น ช่วยในการแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ และปลอดภัยต่อภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือกลับสู่สภาพปกติได้มากที่สุด เพื่อการดำเนินชีวิตได้เต็มศักยภาพ

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง เป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วนที่สุด ถ้าช้าเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเร็ว หรือมีเจนนั่นก็ทำให้เกิดการทำลายของสมองมากขึ้น เนื่องจากการขาดออกซิเจนทำให้สมองบวม มีภาวะแทรกซ้อนได้มาก ถ้าผู้ป่วยหายใจไม่ดีจำเป็นต้องพิจารณาว่าสาเหตุมาจากที่ใด เช่น มีเสมหะ น้ำลายหรือลิ้มเลือดอุดตันทางเดินหายใจหรือไม่ หรือจากการที่กล้ามเนื้อตามส่วน ๆ ของร่างกายผู้ป่วยอ่อนแรง กรณีที่ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังหักร่วมด้วยหรือไม่ โดยเฉพาะกระดูกสันหลังส่วนคอ ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีอาการเจ็บต้นคอให้สงสัยว่า อาจมีกระดูกสันหลังระดับคอหักร่วมด้วยไว้ก่อน ในกรณีนี้ให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้หมอนทรายหรือม้วนผ้า หรือวัตถุหนักวางข้างศีรษะ ห้ามผู้ป่วยหันหน้าไปมาเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง การเปิดทางเดินหายใจในกรณีนี้ให้ใช้วิธี Jaw thrust ระหว่างการดูแลทางเดินหายใจ ต้องไม่สัมผัสสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง แต่เมื่อมั่นใจว่าไม่มีปัญหาทางไขสันหลังจึงจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ ส่วนในรายที่ไม่รู้สึกตัวมีการหายใจที่ผิดปกติแพทย์อาจพิจารณาใส่ Endotracheal tube

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางสมองรุนแรง จะเห็นถึงความสัมพันธ์ของทางเดินหายใจกับรอยโรคในสมองที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การอุดต้นทางเดินหายใจ มีผลทำให้เกิด Hypercapnia และ Hypoxia ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดในสมองขยายพองออก ทำให้สมองบวมและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเกิดอันตรายเพิ่มขึ้น

2. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต อาจเป็นปัญหาข้อคหรือการเต้นผิดปกติของหัวใจ กรณีคลำชีพจรที่ Carotid ไม่ได้ ต้องรีบทำการช่วยฟื้นคืนชีพ กรณีสงสัยว่าผู้ป่วยข้อคควรรีบหาสาเหตุของข้อค เช่น ผู้ป่วยมีบาดแผลที่ใดบ้าง ลักษณะการเสียเลือด ลักษณะและจำนวนรวมทั้งตำแหน่งของบาดแผล ควรเตรียมเครื่องมือสำหรับการทำ Venesection ให้พร้อม และที่สำคัญที่สุดคือ ข้อมูลการเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโดยละเอียดและต่อเนื่องเพื่อใช้ในการวินิจฉัยและแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างทันที่

## การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง

อุบัติเหตุก่อให้เกิดอันตรายได้หลายอย่าง เราสามารถป้องกันอันตรายบางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในเวลาต่อมาได้โดยเฉพาะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่เวลารปел บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจะต้องมีความรู้ในเรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ถ้าพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุขยับแขน-ขาข้างใดข้างหนึ่งได้น้อยกว่าอีกข้างหนึ่ง อาจสงสัยได้ว่าได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือถ้าขยับได้แต่แขนขยับขาไม่ได้ อาจเกิดบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ตั้งข้อสงสัยไว้ก่อนว่าอาจมีบาดเจ็บที่ กระดูกสันหลังเพื่อป้องกันอันตรายทั้งแก่ชีวิตและความพิการที่อาจตามมาภายหลังได้โดยเฉพาะจากการเคลื่อนย้าย ควรทำการเคลื่อนย้าย ดังนี้

1. ขั้นตอนแรก คือ ให้สงสัยไว้ก่อนว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุอาจมีกระดูกสันหลังหักร่วมด้วย โดยเฉพาะหากมีอาการเจ็บต้นคอให้สงสัยว่าอาจมีกระดูกคอหัก จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนและให้นอนนิ่งใช้หมอนทราย ม้วนผ้าหรือวัตถุที่มีน้ำหนักวางข้างศีรษะทั้ง 2 ข้าง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ให้จัดในท่าเดียวกัน หรือถ้ามีที่ตามคอสำเร็จรูป (Cervical collar) สำหรับใช้ในผู้ป่วยฉุกเฉินก็ให้ใส่ไว้แก่ผู้บาดเจ็บเลย

2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระดูกคอหัก จะมีผลให้เกิดอันตรายได้มาก เพราะเป็นส่วนที่เล็กอยู่ต่อระหว่างส่วนของร่างกายที่หนักสองส่วน คือ ศีรษะและลำตัว การเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยอีกส่วนหนึ่งไม่เคลื่อนไปด้วยจะมีผลให้กระดูกคอที่หักเคลื่อนไปทับไขสันหลังได้ การยกแต่ละครั้งให้ศีรษะห้อยหรือการยกศีรษะขึ้นพับ หรือการจับให้นั่งหรือการนอนในรถที่กระเทือนมากระหว่างเดินทางอาจทำให้อันตรายเพิ่มมากขึ้นได้

ข้อผิดพลาดที่อาจพบในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองและไขสันหลัง

1) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธีมีผลให้เกิดความพิการเพิ่ม

2) ละเลยการประเมินปัญหาการบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น ๆ นอกเหนือจากการบาดเจ็บของสมองและไขสันหลัง เช่น Pneumothorax, Flail chest, Internal bleeding ฯลฯ เนื่องจากการบาดเจ็บร่วมบางอย่างอาจไม่แสดงอาการให้เห็นในระยะแรก แต่อาจแสดง อาการในระยะเวลาต่อมา ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

3) การช่วยเหลือผู้ป่วย multiple trauma ที่อยู่ในภาวะช็อค โดยการใส่ Endotracheal tube รวมทั้งการ resuscitate อื่น ๆ จนละเอียดหรือลืมนึกถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับกระดูกสันหลังและไขสันหลัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี Head injury ร่วมด้วย

4) ละเลยการแก้ไขภาวะช็อคในผู้ป่วย เนื่องจากคิดว่าอาการแสดงที่ปรากฏเป็นความผิดปกติ เนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองและขาดการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง



- 5) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงทางสมองไม่ได้รับออกซิเจนเพียงพอระหว่างการเคลื่อนย้าย
- 6) ให้ Mannitol หรือ Furosemide โดยไม่ได้คำสั่งสวนปัสสาวะให้กับผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย
- 7) ละเลยการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองหรือไขสันหลังที่อยู่ในภาวะมีเนมา เนื่องจากคิดว่าอาการแสดงทางระบบประสาทของผู้ป่วยเนื่องมาจากฤทธิ์ของสุรา
- 8) ขาดการแนะนำอาการผิดปกติทางระบบประสาท ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หรือคิดว่าผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำที่ให้แล้ว โดยไม่ได้สอบถามกลับ

#### 5.2.4 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักและข้อเคลื่อน

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะกระดูกหักและข้อ อาจปรากฏอาการเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของอุบัติเหตุแรงที่มากระแทกและอวัยวะ ที่ได้รับบาดเจ็บ ปัญหาเร่งด่วนแตกต่างกัน เช่น เจ็บปวดบริเวณแขน ขา ข้อบวม ปวดมาก เคลื่อนไหวไม่ได้ กระดูกหักอาจไม่มีบาดแผล หรือมีบาดแผล และอาจมีหรือไม่มีอาการช็อคร่วมด้วย

##### สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก

กระดูกหัก เป็นการบาดเจ็บอันเป็นผลการถ่ายทอดพลังงานชนิดหนึ่งเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่น แรง → กระดูก → แตก, หัก → แรงสลายตัว ทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เอ็นโดยรอบกระดูกได้รับอันตรายด้วยไม่มากนักน้อย แล้วแต่ความรุนแรงที่กระทำให้กระดูกนั้นหัก ซึ่งแบ่งสาเหตุออกได้ดังนี้

1. จากความแรง ซึ่งแบ่งเป็น
  - 1.1 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยตรง เช่น ถูกทุบตี ถูกยิง ถูกกระแทก
  - 1.2 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยอ้อม เช่น หกล้มใช้มือยันพื้นในท่าเกิดแรงสะท้อนทำให้กระดูกแขนหรือกระดูกไหปลาร้าหัก
  - 1.3 แรงที่มากกระทำต่อกระดูกโดยบิดหมุน เช่น การหกล้มขณะเล่นฟุตบอล เมื่อเท้าสะดุดแรงบิดหมุนมากพอที่จะทำให้กระดูกขาหัก
2. จากสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้กระดูกหัก
  - 2.1 จากกระดูกนั้นมีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อน เช่น กระดูกอักเสบ (Osteomyelitis) ทำให้กระดูกเปราะบางหักได้ง่าย

## 2.2 จากอายุ คนสูงอายุมักมีกระดูกเปราะบางกว่าคนอายุน้อยแม้มีแรง กระแทกเพียงเล็กน้อย ก็ทำให้กระดูกหักได้ง่าย

### พยาธิสภาพของกระดูกหัก

1. เมื่อกระดูกหักเส้นเลือดในกระดูกจะได้รับอันตรายฉีกขาดโดยตรง นอกจากนั้น เนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่อยู่ใกล้เคียง อาจได้รับบาดเจ็บด้วยจากการตีบแหว่งของกระดูกที่หัก หรือ จากสาเหตุของกระดูกหักมากหรือน้อยแล้วแต่ลักษณะตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

จำนวนเลือดที่สูญเสียตามการหักของกระดูก

- กระดูก Pelvis                    เสียเลือดได้มาก ถึง 4,000 มล.
- กระดูก Femur                    เสียเลือดได้มาก ถึง 400 - 2,700 มล.
- กระดูก Tibia                    เสียเลือดได้มาก ถึง 250 - 1,300 มล.
- กระดูก Humerus และไหล่ เสียเลือดได้มาก ถึง 200 - 800 มล.

เลือดที่ออกอาจเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบๆกระดูกถึงหักหรืออาจออกมานอกบาดแผล ในกรณีเลือดออกในเนื้อเยื่อรอบกระดูกไม่ออกมาภายนอกก็มีโอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยช็อคได้

2. เมื่อกระดูกหัก ทำให้เกิดสูญเสียความมั่นคงของกระดูก เกิดความอ่อนแอ ความพิการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอันตรายที่ได้รับ

3. อันตรายต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระดูก ทำให้เสียหน้าที่ชั่วคราว หรืออาจถาวรขึ้นอยู่กับความรุนแรงที่ได้รับ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดจี๊ด (Sharp pain) ที่บริเวณกระดูกหัก ขากล้ามเนื้อรอบ ๆ กระดูกหักจะอ่อนปวกเปียก ซึ่งระยะนี้เรียกว่าช็อคชั่วคราว (Local Shock) ระยะนี้อาจสิ้นสุดใน 2 - 3 นาที - 1/2 ชั่วโมง ถ้ากระดูกที่หักเข้าที่ได้ง่าย จะมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย แต่ความเจ็บปวดนั้นอาจกลับมาอีก ร่วมกับการเกร็งและหดตัวของกล้ามเนื้อรอบๆ บริเวณกระดูกหัก การเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น

4. กรณีกระดูกหักเข้าไปในข้อ จะมีเลือดออกในข้อ (Hemarthrosis) ผู้ป่วยจะปวดตึงข้อกดเจ็บ เคลื่อนไหวข้อลำบาก

5. การทำอันตรายอวัยวะใกล้เคียงบริเวณกระดูกหัก ส่วนกระดูกเชิงกรานหักทำให้เกิดอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ กระดูกซี่โครงหักทำอันตรายต่อปอด กระดูกสันหลังหักทำอันตรายต่อไขสันหลังและรากประสาท เป็นต้น

### ข้อเคลื่อน

ข้อเคลื่อน (Dislocation) หมายถึง การมีผิวของข้อเคลื่อนออกจากกันโดยตลอด ข้อเคลื่อนเป็นการบาดเจ็บอันเป็นผลการถ่ายทอดพลังงานชนิดหนึ่งเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่น แรง → ข้อ → เคลื่อนที่ → แรงสลายตัวทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทโดยรอบ

อาการและอาการแสดงของข้อเคลื่อน

ผู้ป่วยข้อเคลื่อน จะมีอาการปวดข้อที่หลุด ข้อบวมผิดรูป ปวดมากเมื่อเคลื่อนไหว  
ข้อผู้ป่วยจะไม่สามารถขยับใช้งานข้อที่เคลื่อนได้ และอาจพบว่าข้อติดแข็งขยับไม่ได้

**กระดูกสันหลังหัก** หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกสันหลังแตกหัก  
เคลื่อนที่ หรือแยกจากกัน ซึ่งอาจเป็นการหักแบบหลังงอ หลังแอ่นหรือการหักแบบคงที่ก็ได้

การหักของกระดูกสันหลัง แบ่งเป็น 2 แบบ

- 1) การหักของกระดูกสันหลังแบบมีอัมพาตร่วมด้วย
- 2) การหักของกระดูกสันหลังแบบไม่มีอัมพาตร่วมด้วย

เนื่องจากอวัยวะสำคัญที่อยู่ร่วมกับกระดูกสันหลังคือ ไขสันหลัง ดังนั้นเมื่อเกิด  
การบาดเจ็บหรืออันตราย จึงมักเกิดอันตรายที่เกิดกับไขสันหลัง

ขณะที่ได้รับบาดเจ็บ โดยแรงมากกระทำต่อไขสันหลังโดยตรง หรือขึ้นกระดูกที่หัก  
มากกระทำอันตรายต่อไขสันหลังทำให้เกิดการชอกช้ำของไขสันหลัง หรือไขสันหลังถูกตัดขาด

อันตรายที่เกิดในระยะหลัง เนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ผิดวิธีทำให้กระดูกหัก  
ไปกดไขสันหลัง

**ลักษณะการบาดเจ็บของไขสันหลัง**

1. ไขสันหลังกระทบกระเทือน (Cord concussion) เมื่อได้รับบาดเจ็บ แล้วไม่  
ทำงานชั่วระยะหนึ่งแล้วกลับทำงานได้ตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไปอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

3. ไขสันหลังชอกช้ำหรือฉีกขาด (Cord contusion, laceration) ไขสันหลังบวม  
ช้ำอาจมีการฉีกขาดบางส่วนหรือขาดออกจากกันเลย ทำให้เสียหายที่โดยสิ้นเชิง หรือเสียเป็นบาง  
ส่วนจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นกลับเป็นปกติได้

**ภาวะแทรกซ้อนของกระดูกหัก**

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดภายหลังกระดูกหัก ได้แก่

1. ช็อค จากการเสียเลือดจำนวนมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียน  
ของเลือดผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ ผิวหนังเย็นชื้น ให้การ  
ช่วยเหลือโดยการให้ Fluid resuscitation

2. อัมพาต จากการที่ไขสันหลังถูกทำลายในผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก

3. อันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น กระเพาะปัสสาวะ

4. อันตรายต่อข้อ กระดูกหักเข้าไปในข้อ เกิดเลือดออกในข้อทำให้ข้ออักเสบ ปวด  
ตึงในข้อไม่สามารถใช้ข้อนั้นได้

5. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) จากกระดูกหักที่พบบ่อยที่สุด คือ กระดูกหน้าแข้งหัก และ การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุกล้ามเนื้อถูกบีบรัดชอกช้ำมาก ร่วมกับกระดูกแตกหัก (Cursh injury) ทำให้มีการเพิ่มขนาดของส่วนประกอบต่าง ๆ ภายใต้อุ้งเท้าที่หุ้มห่อไว้ หรือมีการบีบรัดส่วนประกอบต่าง ๆ ให้เล็กลง ซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อเนื้อเยื่อบริเวณนั้นโดยตรง เป็นผลให้มีการอักเสบเฉพาะที่เกิดขึ้นทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด และการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติในการปล่อยให้สารซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอย (Capillary membrane permeability) เกิดการรั่วของพลาสมาและโปรตีนเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อวมขึ้นหลอดเลือดฝอยตีบลง เลือดดำจากส่วนปลายไหลกลับไม่ได้ อัตราการไหลของเลือดลดลงเกิดภาวะเซลล์ของเนื้อเยื่อขาดเลือดรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อเป็นวงจรรซ้ำอีก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขภาวะนี้จะทวีความรุนแรงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทได้

## 6. ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน

การศึกษาพยาบาลมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับ "การปฏิบัติ" หรือการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล กลุ่มคน หรือประชาชนในส่วนรวมของสังคม ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญมากเพราะต้องทำกับชีวิตมนุษย์และต้องยึดเป้าหมายของการกระทำว่าผู้รับบริการ จะต้องปลอดภัย และ มีความสุขสมบูรณ์ขึ้นทุก ๆ ด้าน (วรรณวิไล จันทราภา, 2522: 194) และนอกจากนั้นวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีลักษณะของการปฏิบัติในรูปของการให้บริการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ต้องตัดสินใจแก้ปัญหาผู้รับบริการที่เกิดขึ้นมาอย่างกระทันหันได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำตลอดเวลา ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลจะต้องเผชิญกับสภาพของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตบ่อยครั้ง ซึ่งจะเห็นได้จากสถานการณ์อุบัติเหตุของประเทศนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นทุกปี จำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2540 สูงถึง 82,336 คน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติ, 2540: 53) ผู้รับบริการส่วนมากจะอยู่ใน สภาวะการณีสัญญเสียโลหิตกระทันหัน ภาวะช็อคหมดสติ ภาวะหยุดหายใจกระทันหัน ภาวะฉุกเฉินเหล่านี้ พยาบาลจะต้องใช้ความคิดพิจารณาอย่างรวดเร็วในการตัดสินใจสภาพการณ์ที่พบ และประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมรวดเร็วและถูกต้องเสมอ เพราะการตัดสินใจของพยาบาลทุกขั้นตอนมีความสำคัญต่อชีวิตและความปลอดภัย แต่การเรียนการสอนบางสถานการณ์ยังไม่เชื่ออำนาจในการฝึกการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

เพราะนักศึกษายังเป็นพยาบาลที่อ่อนหัด(Novice) ยังขาดทักษะในการประยุกต์และบูรณาการความรู้ ในการปฏิบัติการพยาบาลและนักศึกษายังขาดความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล (การสัมมนาการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 2536 :124-127 และ สิริระยา สัมมาวาจ, 2539 ) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนนั้น นักศึกษาพยาบาลไม่มีโอกาสในการฝึกปฏิบัติได้แต่เป็นผู้ช่วยเหลืออยู่รอบนอกหรือปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การบอกของพยาบาลเท่านั้น ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันมีอุบัติเหตุและมีภาวะฉุกเฉินบ่อยครั้ง ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงควรได้รับการพัฒนาให้มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความพร้อมและมีความสามารถในการให้การพยาบาลผู้รับบริการทุกสถานการณ์รวมทั้งให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี ตัดสินใจและแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย จะทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ลดการสูญเสียและลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น การเตรียมนักศึกษาให้มีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี จะมีส่วนส่งเสริมให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจ ที่จะทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไปได้อย่างมีคุณภาพ และเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน

## 7. การวัดและประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน

จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยต่างๆ พบว่า การศึกษาความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลนั้นเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น โดยเน้นการแก้ปัญหาที่ใช้แบบทดสอบทางสติปัญญา ผู้ที่ทำแบบทดสอบทางสติปัญญาได้ดี มีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาได้ดี (จำเนียร ช่วงโชติ, 2521 อ่างถึงโน ทองสุข คำธนะ, 2538) ต่อมามีการพัฒนาการใช้แบบทดสอบแนวคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เรียก The Balance Problem Test (BPT)

ต่อมาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมีการพัฒนาตลอดมา เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ ได้แก่ ข้อสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (Patient Management Problem) และข้อสอบอัตรณ์ประยุกต์ (พวงแก้ว ปุณยกนก; 2532) เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดคือ แบบสอบถามวัดแบบ 3 ชั้น (Triple Jump Exercise) รองลงมา คือ แบบสอบเอ็ม อี คิว (The Modified Easy Questions) (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532 อ่างถึงโนอาภรณ์ ชูดวง, 2534: 29 ) และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย(PMP) และแบบสอบเอ็ม อี คิว (MEQ) พบว่า แบบสอบการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย (PMP) นอกจากจะวัดความสามารถในการแก้ปัญหาแล้ว ยังมีความเป็นปรนัยสูง แต่มีข้อจำกัดที่ผู้สอบไม่ได้คิดหาทางเลือกในการตัดสินใจเอง เพราะผู้ออกข้อสอบเสนอไว้ให้แล้ว ส่วนแบบสอบเอ็ม อี คิว (MEQ) นั้น สามารถวัดทักษะการแก้ปัญหา

ได้เช่นกัน โดยการเสนอเป็นกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์ แล้วแทรกคำถามเป็นระยะๆ ผู้ตอบต้องสังเกตข้อมูลเท่าที่มี เพื่อคิดหาคำตอบเองอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของการปฏิบัติจริง และพบว่า สามารถวัดความสามารถในการกำหนดปัญหาและวางแผนการจัดการแก้ปัญหา และยังเปิดโอกาสให้ได้ตรวจสอบเจตคติด้วย (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532 อ้างถึงใน อารมณ์ ชูดวง, 2534: 35)

จากการศึกษาของสมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) และเพ็ญศรี รักสละ (2539) เกี่ยวกับการวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยมีโครงสร้างเป็นแบบการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Patient Management Problem) ตามคุณลักษณะของ McGuire (1967 อ้างในสมศรี สัจจะสกุลรัตน์, 2537 : 87 ; พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532:19) และ ใช้สถานการณ์จำลองปัญหาผู้ป่วยเป็นกรอบของแบบทดสอบการวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และจากการศึกษาของอารมณ์ ชูดวง (2534) ได้ใช้แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล แบบเอ็ม อี คิว (MEQ) ซึ่งเมื่อทดสอบแล้วสามารถจัดกระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ลักษณะของสถานการณ์รวมทั้งข้อคำถาม มีความใกล้เคียงถึงสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย โดยทองสุข คำธนะ (2538) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2539) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล ศรีประภา ปิยะศิริศิลป์ (2539) นำมาสร้างเป็นเครื่องมือ วัดความสามารถในการตัดสินใจในปัญหาความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล รัชมน นามวงษ์ (2540) และวิมลนิจ สังหะ (2540) ได้นำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล ซึ่งผลจากการวิจัยทั้ง 7 เรื่อง แสดงให้เห็นได้ว่าแบบสอบ เอ็ม อี คิว ที่สร้างขึ้น สามารถตรวจสอบความสามารถในการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การแก้ปัญหาทางการพยาบาล และความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลได้

#### ลักษณะของแบบสอบเอ็มอีคิว

ลักษณะของแบบสอบถาม เอ็ม อี คิว ซึ่งผู้เริ่มใช้คือ ราชเวชปฏิบัติทั่วไป กำหนดรูปแบบไว้ว่า เป็นข้อสอบที่นำเสนอกรณีศึกษา ซึ่งเป็นเรื่องจริงตามลำดับขั้นตอนการเกิดเหตุการณ์ แต่มิได้ให้ข้อมูลทั้งหมดครั้งเดียวเหมือนแบบสอบเรียงความแต่ให้ข้อมูลเป็นตอนๆ แล้วมีคำถามแทรกเป็นระยะๆ ข้อมูลที่ให้นั้น อาจเกี่ยวข้องกับคำถาม มาก น้อย หรือไม่สัมพันธ์กันเลย ผู้ตอบต้องตัดสินใจเลือกข้อมูลนำมาสังเคราะห์หาคำตอบ เพื่อตอบคำถามปลายเปิดเอง การตอบค่อนข้างอิสระ แต่ต้องอยู่ในกรอบของข้อมูลที่กำหนดให้ คำถามแต่ละข้อเป็นอิสระจากกัน ถ้าผู้ตอบตัดสินใจผิดและตอบคำถามข้อข้างหน้าผิดไปแล้ว ข้อต่อไปผู้ตอบจะได้ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้สอบจึงสามารถคิดแก้ปัญหา หรือตัดสินใจใหม่ที่ถูกต้องได้และจะทราบว่าคำตอบที่ถูกต้องของคำถามข้อหน้าเป็นอย่างไร ดังนั้น ข้อสอบเอ็ม อี คิว จึงกำหนดให้ผู้สอบทำข้อสอบเฉพาะในหน้านั้นๆ มิให้ย้อนกลับไปแก้คำตอบที่ทำไปแล้ว หรือเปิดดูข้อมูลข้างหน้า (Knox, 1975 : 5.4 – 5.7 อ้างถึงในพวงแก้ว ปุณยกนก, 2532 : 28)

การที่แบบสอบเอ็ม อี คิว ไม่มีการชี้แนะคำตอบเหมือนแบบสอบเลือกตอบ ผู้สอบจะต้องวิเคราะห์คำถามและสังเคราะห์คำตอบเอง แบบสอบนี้จึงสามารถประเมินกระบวนการคิดตลอดจนเจตคติของผู้ตอบได้ด้วย (Knox, 1975 : 5.4 – 5.7 อ้างถึงพวงแก้ว ปุณยกนก, 2532 : 24) ดังนั้น จึงเป็นการวัดความสามารถของวัตถุประสงค์การศึกษาทั้ง 3 ด้าน คือทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ (พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532: 24)

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

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนทั้งเนื้อหาและระดับความสามารถที่ต้องการ
2. ตั้งใจท้อย่างผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติการจริง มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปตั้งสมมติฐาน เพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไป โดยโจทย์จะต้องเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการออกสอบและครอบคลุมวัตถุประสงค์
3. สร้างคำถามตามวัตถุประสงค์การจัดที่ตั้งไว้ คำถามเป็นแบบสอบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบได้คิดตั้งสมมติฐาน และการตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไป โดยผู้สอบเตรียมคำตอบของตนเองไว้
4. จำนวนข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ควรมีตั้งแต่ 5 – 35 ข้อ (Feletti, 1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)
5. การทำโมเดลคำตอบและการกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ทำโดยการนำข้อสอบแบบอัตนัยประยุกต์ที่สร้างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประมาณ 12 คน เป็นผู้ทำข้อสอบเพื่อกำหนดคำตอบที่เป็นไปได้ และกำหนดเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนน ซึ่งการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์มากจะช่วยให้แบบสอบอัตนัยประยุกต์มีความตรง (Knox, 1980 อ้างใน พวงแก้ว ปุณยกนก, 2532)
6. ผู้ทรงคุณวุฒิประชุมร่วมกัน เพื่ออภิปรายข้อคิดเห็นในแต่ละคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันกับคำตอบที่ควรเป็น และกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละคำถามให้ชัดเจนเพียงพอที่จะตรวจและมีความเป็นปรนัยมากที่สุด
7. กำหนดเวลาในการตอบแต่ละคำถาม โดยทั่วไปมักจะแบ่งช่วงละ 5 นาที แต่อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่ลักษณะและความยาวของคำตอบที่จะต้องตอบ

8. จัดเตรียมข้อสอบที่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่ของแบบสอบอัตนัยประยุกต์จะจัดพิมพ์เป็นเล่มโดยการเรียงหน้า คำถามใดที่อาจจะเป็นแนวทางให้คำตอบแรก ควรจะพิมพ์ในหน้าต่อไป เพื่อไม่ให้นักศึกษาเดาคำตอบได้

ควรพิมพ์คำแนะนำในการตอบไว้บนแผ่นหน้าขวาของข้อสอบ พร้อมทั้งอธิบาย และ ชักชวนความเข้าใจกับนักศึกษา ถ้าวิธีการตอบคำถามและคะแนนที่จะได้ก่อนทำการสอบเสมอ

9. ทดลองใช้สอบกับนักศึกษาและอาจารย์ แล้วปรับปรุงคำถามและคำตอบเพิ่มเติมให้ดีขึ้น

#### จุดเด่นของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. สร้างให้ค่อนข้างง่ายคล้ายกับการสร้างข้อสอบแบบอัตนัย
2. เป็นเครื่องมือที่ประเมินได้ทั้งแบบประเมินผลความก้าวหน้า และการประเมินผลรวบยอด

ผลรวบยอด

3. สามารถใช้ประเมินนักศึกษาได้ครั้งละจำนวนมาก โดยอาจดัดแปลงการใช้แบบทดสอบด้วยการฉายบนเครื่องฉายข้ามศีรษะ แล้วให้คำตอบที่ละคำถามแทนการพิมพ์เป็นเล่ม

4. ใช้ทดสอบความสามารถในการหาข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่า

5. สามารถวัดความรู้ เจตคติและทักษะในการปฏิบัติได้

#### จุดอ่อนของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

1. มีความยุ่งยากในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
2. ครอบคลุมเนื้อหาได้ไม่กว้างเท่าข้อสอบแบบปรนัย
3. นักศึกษาอาจแอบพลิกกระดาษไปข้างหน้าหรือย้อนหลังได้
4. ใช้เวลาในการตรวจสอบค่อนข้างมาก
5. คำตอบที่กำหนดไว้อาจไม่เจาะจง ประกอบกับนักศึกษาไม่ทราบว่าต้องตอบ

สิ่งซึ่งมาน้อยเท่าใด

#### คุณภาพของแบบสอบอัตนัยประยุกต์

Feletti (1980 อ้างถึงใน พวงแก้ว ปุณยงนก, 2532) ได้คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Coefficient Alpha ของครอนบัต พบว่า มีค่าระหว่าง 0.57 ถึง 0.91 และ หาค่าความตรงตามโครงสร้างพบว่า มีค่าระหว่าง 0.34 ถึง 0.87 Stratford and others (1985 อ้างใน ทองสุข คำธนะ, 2538; เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2539) รายงานว่าค่าความเที่ยงแบบสอบอัตนัยประยุกต์ที่มีจำนวนคำถาม 25 คำถาม มีค่าเท่ากับ 0.63 และถ้าแบบสอบ อัตนัยประยุกต์มีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจนจะมีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.73 ถึง 0.83 ทั้งนี้ค่าความเที่ยงจะมากขึ้นอยู่กับจำนวนคำถาม ตัวคำถามมีมากข้อค่าความเที่ยงจะยิ่งสูง



## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อत्मโนทัศน์ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการ กับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน ยังไม่มีผู้ใดได้ศึกษามาก่อนทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบ้าง ดังนี้

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2527 : 46) ได้ศึกษาอत्मโนทัศน์ ความวิตกกังวลในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 - 4 ปีการศึกษา 2526 จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามวัดอत्मโนทัศน์ และแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า อत्मโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง และระดับต่ำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2537) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียน อत्मโนทัศน์ สภาพแวดล้อมทางคลินิก กับความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่างประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งเรียนวิชาบังคับทุกวิชาในปีที่ 1 ครบถ้วนแล้ว วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดอत्मโนทัศน์ แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางคลินิก และแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่าความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ชั้นระบุปัญหา ชั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ชั้นการวิเคราะห์ทางเลือก และชั้นการเลือกทางปฏิบัติ ทุกขั้นตอน จัดอยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษาพยาบาลแบบคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลอยู่ 2 แบบ ได้แก่ การคิดแบบรีบด่วน ให้ข้อสรุป และการคิดแบบพิจารณาอย่างรอบคอบ

นุชมาศ แจ่มหมื่นไวย (2539: บทคัดย่อ ) ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานในคลินิกของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือ นักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานในคลินิกของอาจารย์พยาบาลโดยรวมและรายด้าน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น การเป็นแบบอย่างมีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล ขณะฝึกปฏิบัติงานในคลินิกของอาจารย์พยาบาล จำแนกตามอายุ วุฒิทางการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล ขณะฝึกปฏิบัติงานในคลินิกของอาจารย์พยาบาลจำแนกตามภาควิชาและตามการอบรมครูคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

สมิต ออบสุวรรณ (2539 ) ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านการตัดสินใจ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยใช้กระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล พบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านการตัดสินใจ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

ธัสมน นามวงศ์ (2540) ได้ศึกษา ผลของการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 36 คน โดยกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยแบบปกติ พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

วิมลนิจ สิงหะ (2540) ได้ศึกษา ผลของการสอนที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลเด็ก ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 30 คน โดยกลุ่มที่ได้รับการสอนที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้กรณีศึกษา กับกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยแบบปกติ พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลเด็ก ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้กรณีศึกษา สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05

Purkey (1970 : 15) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรานักเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้ที่ม้อัตรานักเรียนในทางดีจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง และผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำจะมีอัตรานักเรียนในทางไม่ดี

Olson, Gresley and Heater (1984อ้างถึงใน สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ ,2537: 77) ศึกษาผลของการฝึกภาคปฏิบัติต่ออัตรานักเรียนและการเรียนรู้บทบาทวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี โดยใช้แบบวัดอัตรานักเรียนเนสซีของพีทส์ พบว่า อัตรานักเรียนไม่มีความแตกต่างกับการเรียนรู้บทบาทวิชาชีพ แต่การศึกษาของ Hughes (1991) ศึกษาผลของการปฏิบัติแบบสังเคราะห์ต่ออัตรานักเรียนและการรับรู้บทบาทของนักศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10 และการรับรู้บทบาทมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Windson (1987: 150-154) ได้ศึกษา การรับรู้ประสบการณ์การเรียนทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ที่เรียนอยู่ในภาคการศึกษาสุดท้าย จำนวน 9 คน โดยการทำวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การเรียนในคลินิกส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการปฏิบัติทักษะต่างๆ นักศึกษาได้ใช้เวลาส่วนมากในการศึกษาและเตรียมตัวทั้งก่อนและในระหว่างการมีประสบการณ์ในคลินิก การเรียนรู้เพื่อเข้าสู่วิชาชีพส่วนมากเกิดจากการสังเกตพยาบาลประจำการ และการมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ด้านการพยาบาล การพัฒนาเข้าสู่วิชาชีพของนักศึกษามี 3 ระยะ คือระยะแรก นักศึกษามีความวิตกกังวลมาก รับรู้ว่าการพยาบาลเป็นการฝึกทักษะต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับตนเอง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาอาจารย์ผู้สอนมาก และขาดความมั่นใจในตนเอง ระยะที่สอง นักศึกษาหมกมุ่นเรื่องฝึกทักษะน้อยลง นักศึกษาบางคนรู้สึกสับสนในระยะนี้ ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่นักศึกษามีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น พึ่งพาอาจารย์น้อยลง รู้จักแสวงหาความรู้ต่างๆ มีความรู้สึกเหมือนตนเป็นพยาบาลแล้ว ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ในคลินิก คือ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับอาจารย์พยาบาลประจำการ เพื่อนนักศึกษาและผู้ป่วย โดยบุคคลเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้และสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

Del Bueuno (1983 cited in Andrews,1991 : 153 อ้างถึงใน วิมลนิจ สิงหะ, 2540 : 75) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนการสอนและประสบการณ์ กับความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับปริญญาตรี พยาบาลระดับต่อเนืองและประกาศนียบัตรจำนวน 85 คน ดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ศึกษา

สถานการณ์ของผู้ป่วย 12 สถานการณ์ และวัดความสามารถในการตัดสินใจ จากการสังเกต และการเขียนบรรยายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผลของการปฏิบัติการวิเคราะห์ สิ่งที่ได้จากการสังเกต พบว่า การจัดการเรียนการสอน และประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจ และพบว่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาตรี ดีกว่าพยาบาลในระดับการศึกษาอื่น

Facione and Facione (1996 : 129-136 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาความรู้กับการตัดสินใจในการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย โดยนำขั้นตอนของการตัดสินใจ ได้แก่ การตีความ (Interpretation) การวิเคราะห์ (Analysis) การประเมิน (Evaluation) และการสรุปอ้างอิง (Inference) มาใช้ในการสอน และสร้างเครื่องมือในการประเมินทักษะ และกำหนดความจำเป็นที่พยาบาลต้องนำมาใช้ในการตัดสินใจ ใช้วิธีการสอนที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่าการสอนการคิดต้องมีรูปแบบการสอน ได้แก่ รูปแบบการสอนการแก้ปัญหาในคลินิก รูปแบบการสอนใช้เหตุผล รูปแบบการสอนที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในจิตใจ รูปแบบการสอนการอภิปรายเกี่ยวกับกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย